

2014

Alternativer Sucht- und Drogenbericht

Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014



Alternativer **Sucht- und Drogenbericht** 2014

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband
Deutsche AIDS-Hilfe
JES Bundesverband

Inhalt

A | Moderne Drogenpolitik

Vorwort

Evidenzbasierte, integrierte Drogen- und Suchtpolitik Herausgeber	1
--	---

B | Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht

B 1 Alkohol

1.1 Alkoholkonsum im Jugendalter John Litau	3
--	---

1.2 Alkoholpolitik – Stillstand auf niedrigem Niveau Raphael Gaßmann und Gabriele Bartsch	8
--	---

B 2 Tabak

2.1 Für eine konsequente Tabakprävention Forderungen des Aktionsbündnisses Nichtraucher e.V. (ABNR) Inga Jesinghaus / Uwe Prümel-Philippsen	11
---	----

B 3 Medikamente

Medikamentenpolitik – Defizite in der Epidemiologie Gerd Glaeske	14
---	----

B 4 Illegale Drogen

B 4-1 Crystal – eine neue psychoaktive Substanz bewegt das Land Gundula Barsch	18
---	----

B 4-2 Zur Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) Bernd Werse	22
---	----

B 4-3 Die Sache mit dem Crack Martin Dörrlamm	27
--	----

B 4-4 Tod durch Cannabis? Eine kritische Betrachtung Maximilian Plenert	31
--	----

B 4-5 Macht Kiffen dumm? Georg Wurth und Bernd Werse	34
---	----

B 5 Pathologisches Glückspiel

Glücksspielpolitik: „Entschärft die Automaten“ Jens Kalke	37
--	----

B 6 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Eine kritische Betrachtung des Mainstreams zur Erklärung der „Computer-Internet-Sucht“ Jörg Petry	40
---	----

C I Schwerpunkte der Drogen und Suchtpolitik

C 1 Prävention

C 1.1 Schulische Sucht-Prävention? Ein – leider – grundsätzlich verfehlter Ansatz

Stephan Quensel 47

C 1-2 Neue psychoaktive Substanzen (NPS): Spezifische Risiken und Prävention

Cornelia Morgenstern 53

C 1-3 Hepatitis C und Drogengebrauch - über das Fehlen einer nationalen Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland

Heino Stöver, Dirk Schäffer und Astrid Leicht 57

C 1-4 Prävention weiter denken

Florian Schulze 60

C 1-1 Beispiele Guter Praxis

Information statt Vorurteile! - Das Drogeninfo-Projekt Drug Scouts aus Leipzig
Daniel Graubaum, Antje Kettner und Henning Arndt

63

C 2 Behandlung, Versorgung, Schadensminderung

C 2-1 Drug-Checking

Rüdiger Schmolke und Tibor Harrach 67

C 2-2 Die diamorphingestützte Behandlung in Deutschland – oder was unterscheidet Diamorphin und Methadon eigentlich?

Dirk Schäffer 69

C 2-3 Zur Strafverfolgung substituierender Ärzte

Rainer Ullmann 72

C 2-4 Der Einsatz von Naloxon durch geschulte Laien

Kerstin Dettmer 76

C 2-5 Berufliche Teilhabe suchtkranker Menschen in der Krise

Olaf Schmitz 79

C 2-6 Der Stand der medizinischen Versorgung mit Cannabis und Cannabinoiden in Deutschland

Franjo Grotenhermen 83

C 2-7 Cannabis als Medizin – Probleme und Handlungsbedarf aus Patientensicht

Axel Junker 87

C 2-8 Diagnosen für Cannabis-Verschreibungen

90

C 2-9 Prävention der Hepatitis C – die Qualitätsverbesserung der Spritzen- und Konsumutensilien-Angebote ist überfällig! Astrid Leicht	91
C 2-10 Drogenkonsumräume retten Menschenleben Dirk Schäffer und Urs Köthner	94
C 2-11 „Psychosoziale Betreuung“ in der Opioid-Substitutionsbehandlung Ralf Gerlach und Heino Stöver	97
C 2.1 Beispiele Guter Praxis	
C 2.1-2 Drogenabhängige suchen Kontakt zum normalen Leben – BuddyCare verbindet Menschen und Lebenswelten Sandra Köhler	101
C 2.1-3 Qualitätsentwicklung in der Konsumutensilien-Vergabe Fixpunkt - Verein für suchtbegleitende Hilfen e. V., Berlin, Astrid Leicht	103
C 2.1-4 SMOKE-IT! - Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ) Heino Stöver und Dirk Schäffer	104
C 2.1-5 JES Marco Jesse	110
C 3 Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen	
C 3 -1 Strafrechtsprofessoren fordern Reform des Drogenstrafrechts Lorenz Böllinger	112
C 3-2 Für eine verantwortungsvolle Regulierung von Cannabis Maximilian Plenert und Bernd Werse	115
C 3-3 Verlagerung des Strafrechts auf das Fahrerlaubnisrecht Theo Pütz	121
C 3-4 Die Polizei - Dein Freund und Helfer? Frank Tempel	126
C 3-5 Drogen und Strafverfolgung – Plädoyer für einen Paradigmenwechsel Holger Gundlach	129
C 3-6 Das unbarmherzige Betäubungsmittelgesetz und besonders gravierende Urteile im Bereich Cannabis Maximilian Plenert	133
C 3-7 Ein Tag im Zeitalter der Drogenprohibition	136
C 3-8 Drogentests Simon Egbert, Henning Schmidt-Semisch, Katja Thane und Mona Urban	137

C 3-9 Ist das Drogenverbot geeignet, erforderlich und verhältnismäßig? Rechtsstaatliche Aspekte des Drogenverbots Gerrit Kamphausen	141
C 3-10 Das falsche Signal – Anmerkungen zu einem häufig genannten „Argument“ Bernd Werse	143
C 3-11 Gesetzliche Regulierungen für den Umgang mit Drogen Matthias Häde	145
C 3-12 Zum Primat der Repression in der Drogenpolitik Maximilian Plenert	149
C 3-14 Elektronische (E-)Zigaretten und E-Shishas auf dem Vormarsch – fehlende gesetzliche Regelungen behindern den Verbraucherschutz Heino Stöver	153
C 3.1 Fallbeispiele	
C 3.1-1 Legalisierung von unten Wie die Realität neue Wege in der Drogenpolitik aufzwingt Jonas Schemmel und Werner Graf	156
C 3.1-2 Legalisierung aus Sicht der Eltern Heidrun Behle, Jürgen Heimchen	160
C 3.1-3 Niedrigschwellige Drogenhilfe bleibt weiterhin bedroht – zu den Vorfällen um das Café Balance in Mainz Urs Köthner	163
C 4 Internationales	
C 4 -1 Die Zukunft der internationalen Drogenpolitik als Wettbewerb der Systeme: Verbot oder Regulierung? Harald Terpe	167
C 4 -2 Der sogenannte Drogenkrieg in Mexiko 2006-2012 und die aktuelle Politik der PRI-Regierung im Umgang mit Drogenhandel und organisierter Kriminalität - Ein kurzer Einblick Annette von Schönfeld	169
C 4 -3 Zur Wirkungslosigkeit des Drogenverbotes im Hinblick auf das Drogenangebot: Übersetzung einer Studie aus Nordamerika (Eingangstext und Bearbeitung: Bernd Werse)	172
C 4 -4 Die Rolle der Internationalen Verträge, nationale Handlungsoptionen und die Entkriminalisierung in Portugal Max Plenert	178
Autorinnen und Autoren	180
Impressum	185

Alternativer Sucht- und Drogenbericht, 1. Ausgabe 2014

Hg.: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe e.V., JES e.V.

Redaktion: Bernd Werse, Heino Stöver, Maximilian Plenert und Dirk Schäffer

A | Moderne Drogen- und Suchtpolitik

Vorwort

Evidenzbasierte, integrierte Drogen- und Suchtpolitik

Warum ein **Alternativer** Drogen- und Suchtbericht? Immerhin erscheint jährlich seit mehr als 15 Jahren bereits ein Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, der durchaus detailliert auf Drogenhilfeprojekte und Entwicklungen im Suchtbereich in Deutschland eingeht. Allerdings lässt dieser „offizielle“ Bericht zentrale Fragen der Drogenpolitik und, daraus folgend, der Drogenhilfepraxis unbeantwortet, z.B. Fragen

- nach kurz-, mittel- und langfristigen Zielen der Drogenpolitik und wie diese Ziele innerhalb von Aktionsprogrammen umsetzbar und kontrollierbar wären,
- nach dem Erfolg und der Angemessenheit der Drogenkontrolle mit Mitteln des Strafrechts,
- nach den Auswirkungen der gegenwärtigen Form der Drogenkontrolle, oder besser ‚Kontrollversuche‘ auf die Drogengebraucherinnen und -gebraucher, auf deren soziales Umfeld und auf die Glaubwürdigkeit eines Gesundheits- und Strafrechtspolitikfeldes an sich,
- nach den Auswirkungen der selektiven Prohibition auf die Drogenhilfe und deren konkrete Arbeitsmöglichkeiten, und danach, inwiefern das Drogenverbot die Arbeit an den Folgen der Sucht verhindert, zumal stattdessen stetig die drogenpolitikindu-

zierten Probleme der Klientel bearbeitet werden müssen, und

- nach angemessenen Politikschritten gegenüber den legalen Drogen Alkohol, Tabak und Medikamente sowie nicht-stoffgebundenen Risiken zwischen den Interessen der Anbieter auf der einen Seite und den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer auf der anderen Seite.

Die Vielzahl der Beiträge in diesem Alternativen Drogen- und Suchtbericht macht deutlich, dass viele der Kernforderungen der Fachverbände, Drogenhilfeträger und Expertinnen und Experten nach Verbesserung und Zielgenauigkeit der Drogenpolitik nicht nur nicht erfüllt, sondern sogar von der Tagesordnung der Drogenpolitik verschwunden sind. Uns erscheint es, als würde die Lücke zwischen dem Wissen über das, was drogenpolitisch wirkt und dem, was tatsächlich umgesetzt worden ist, immer größer.

Wissenschaftliche Erkenntnisse gehen – wenn überhaupt – nur zögerlich in eine Anpassung der Drogenpolitik ein. Gleichzeitig werden weiterhin Unsummen für eine in weiten Teilen unwirksame, für die Betroffenen aber teils existenzbedrohende Strafverfolgung ausgegeben, während bei legalen Drogen bzw. Suchtmitteln kaum am Status quo gekratzt wird.

Deshalb haben sich die Herausgeber entschlossen, mit dem Format eines Alternativberichtes eine Gegenöffentlichkeit zu den

offiziellen Verlautbarungen zu schaffen. Das Ziel ist es, den bei einer Vielzahl von drogenpolitikbedingten Fragen feststellbaren Reformstau zu thematisieren: Wir verlangen von der Bundesdrogenpolitik eine verstärkte strategische Steuerung in Drogenfragen auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens. Vor allem bei neu auftretenden Phänomenen ist es enorm wichtig, schnell und entschlossen zu handeln, um die Verbraucher zu informieren und zu leiten, die Drogenhilfepraxis zu bestärken und – wo es notwendig und erlaubt ist – die Hersteller zu begrenzen und zu kontrollieren.

Dabei sollen die Interessen der handelnden Akteure stärker zusammengebracht werden, um, im Interesse aller, Risiken der Suchtentwicklungen möglichst bereits im Entstehen, auf jeden Fall aber, wenn sie bereits aufgetreten sind, zu reduzieren.

Beispiele für den Reformstau in der Drogenpolitik sind unter anderem:

- Verbot von Alkohol-/Tabakwerbung,
- Entkriminalisierung des Drogengebrauchs mit klaren Grenzen zum Eigenbedarf¹,
- Aufzeigen von Wegen für ein Gesetz zur Regulierung des Cannabismarktes auf der Grundlage der Erfahrungen in Ländern mit entsprechenden Gesetzen,
- gesetzliche Regelungen zu E-Zigaretten und E-Shishas,
- Belegung eines Aktionsplans zu Hepatitis C und
- Verbesserung der Substitutionsbehandlung.

Wir wollen mit diesem nun jährlich erscheinenden **Alternativen** Drogen- und Suchtbericht die Unzufriedenheiten mit der nationalen Drogenpolitik bündeln, Wege der

Veränderungen beschreiben und ein dringend erforderliches Gegengewicht zu den wenig zielgerichteten Drogen- und Suchtberichten der Bundesregierung aufbauen.

Frankfurt, Berlin, 2.7.2014

Die Herausgeber

¹ Dem in letzter Zeit öfters gehörten Gegenargument hierzu, Cannabiskonsum sei doch quasi schon entkriminalisiert, seien die Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik zu „Allgemeinen Verstößen mit Cannabis und Zubereitungen“ (also Verfahren wegen Konsumdelikten) entgegengestellt, die seit dem sogenannten „Haschisch-Urteil“ 1994 fast um das Dreifache und allein zwischen 2012 und 2013 um 10,6% angewachsen sind (BKA: Polizeiliche Kriminalstatistik, Grundtabelle ohne Tatortverteilung, Wiesbaden 2014, <http://www.bka.de>).

B | Aktuelle Daten zu Drogen und Sucht

1 Alkohol

B1-1 John Litau

Alkoholkonsum im Jugendalter

In der öffentlichen Debatte zum Thema Alkohol kommt der Bevölkerungsgruppe der Jugendlichen eine gesonderte Aufmerksamkeit zu. Besonders der riskante Alkoholkonsum im Jugendalter – bekannt als Phänomen des „Rauschtrinkens“, „Komasaufens“ oder „Binge Drinking“ – und dessen Folgen und Zusammenhänge mit Gewaltbereitschaft, erhöhter Verletzungs- und Unfallgefahr, Verkehrsdelikten, ungeschütztem Sexualverhalten oder Schulversagen, stehen dabei im Vordergrund des öffentlichen sowie drogen- und suchtpolitischen Interesses. Übersehen wird häufig hingegen, dass die jugendkulturelle Trinkkultur an gängige gesellschaftliche Konsummuster angelehnt ist, die in der Peergroup im Hinblick auf Trinkrituale, Anlässe, Motive und Getränke re-ritualisiert werden (Sting 2008). Alkohol kann als Kulturgut unserer Gesellschaft betrachtet werden und ist damit gebunden an eine übergreifende lebensweltliche Relevanz, wodurch für Jugendliche eine Art Auseinandersetzungspflicht mit dem Thema Alkohol besteht. Individuell wird Alkohol den eigenen Bedürfnissen entsprechend funktionalisiert, was sich in der damit verbundenen spielerischen Bewältigung von unterschiedlichen Herausforderungen zeigen kann, denen sich Jugendliche während der Adoleszenz stellen müssen (z.B. Übergang ins Erwachsenenalter oder Integration und Initiation in die Peergroup) (Litau 2013).

Sieht man von der medialen Berichterstattung ab und konzentriert sich auf die tatsächliche Datenlage, auf die sich beim Phänomen des Rauschtrinkens häufig bezogen wird, lässt sich lediglich der rasante Anstieg von alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen bei Jugendlichen als besorgniserregendes Element der Debatte identifizieren. Basierend auf der Datenlage des Statistischen Bundesamtes (2013) hat sich die Zahl der wegen

akuter Alkoholintoxikationen stationär im Krankenhaus behandelten Jugendlichen im Alter von 10 bis 20 Jahren in den letzten 12 Jahren mehr als verdoppelt (von 9.514 auf 26.673 Fälle). Diese Zahlen sind auf den ersten Blick erschreckend, relativieren sich jedoch bei einem genaueren Blick. So stellen die 26.673 Fälle der 10- bis 20-Jährigen nur 21,9% aller 121.595 Fälle von akuten Alkoholintoxikationen im Jahr 2012 dar. 29,2% (35.592) der Fälle entfallen dabei auf die 30- bis 40-Jährigen und 44,6% (54.291) auf die 40- bis 70-Jährigen, also die Erwachsenenbevölkerung, bei der sich im selben Zeitraum die Fälle ebenfalls mehr als verdoppelt haben (GBE 2014). Erwähnenswert ist auch, dass bei den 10- bis 15-Jährigen, also der Altersgruppe, der per Jugendschutzgesetz der Konsum noch nicht gestattet ist und deshalb präventionspolitisch die größte Aufmerksamkeit zukommt, seit 2009 ein tendenzieller Abwärtstrend bei den alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen ist, der lediglich 2011 (4.330 Fälle) unterbrochen wurde (2008: 4.512 Fälle; 2012: 3.999 Fälle).

Die unterschiedlichen Facetten dieser häufig zitierten Statistik sind wichtig, um die Relationen und Kontexte zu verdeutlichen, in denen die Entwicklung des auffälligen Konsums bei Jugendlichen zu betrachten ist. Angemerkt sei auch, dass damit ein Bild einer bestimmten auffällig gewordenen Gruppe von Jugendlichen entsteht, welches weder Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung junger Menschen erlaubt, noch detaillierte Aussagen über diese spezielle Gruppe von Jugendlichen zulässt, da die Umstände, Konstellationen und Schwere der Intoxikation die zur Krankenhauseinweisung geführt haben höchst divergent sein können (Kraus et al. 2013). Relativ wenig lässt sich daher auf der Grundlage der Krankenhausstatistik über den Großteil der wenig bis exzessiv konsumierenden Jugendlichen aussagen, die nicht durch einen Krankenhausaufenthalt auffällig geworden sind. Verallgemeinerungen hinsichtlich zunehmendem Alkoholkonsum im Jugendalter auf der Basis von Krankenhausstatistiken sind daher widerspruchsvoll.

Hinsichtlich empirischer Evidenz lässt sich die Debatte noch weiter explizieren. Aufschlussreich ist hier die „Drogenaffinitätsstudie“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, eine regelmäßige Repräsentativbefragung der 12- bis 25-jährigen Bevölkerung in Deutschland hinsichtlich des Konsums von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen. Mit Hilfe der letzten vorliegenden Erhebung aus dem Jahr 2011 (BZgA 2012) soll im Folgenden die Entwicklung von drei Merkmalen des Alkoholkonsums im Jugendalter nachgezeichnet werden: Das Einstiegsalter, der regelmäßige Konsum sowie der als exzessiv deklarierte Konsum bzw. das sogenannte „Rauschtrinken“.

Zusammengenommen zeigen die ersten beiden Merkmale, dass der Alkoholkonsum bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 25 Jahren in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zurückgegangen ist und später beginnt. So hat sich der Erstkonsum (erstes Glas Alkohol) im Durchschnitt von 14,1 Jahren im Jahr 2004 auf 14,5 Jahre im Jahr 2011 nach hinten verschoben. Ähnlich verschoben hat sich auch der erste Alkoholrausch von 15,5 Jahren 2004 auf 15,9 Jahre im Jahr 2011. Bei der Teilstichprobe der 12- bis 17-Jährigen sind die Verschiebungen sogar noch deutlicher (2004: von 13,0 auf 13,6 Jahre bei Erstkonsum und 2008: 14,3 auf 14,9 Jahre bei erstem Rausch). Was den regelmäßigen Konsum betrifft, ist bei Jugendlichen, die mindestens einmal in der Woche Alkohol konsumieren, ein eindeutig fallender Trend zu erkennen. Während 1973 noch 67,1% der 18- bis 25-Jährigen regelmäßig getrunken haben, waren es 2011 noch 39,8%. Auch bei den 12- bis 17-Jährigen ging der regelmäßige Konsum von 25,4% (1979) auf 14,2% im Jahr 2011 zurück. Die 30-Tages-Prävalenz, also der Anteil derjenigen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert haben, ging bei den 12- bis 17-Jährigen von 58,4% im Jahr 2004 auf 42,0% und bei den 18- bis 25-Jährigen von 84,4% im Jahr 2004 auf 81,9% im Jahr 2011 zurück.

Interessant ist auch die Veränderung des dritten Merkmals, der 30-Tages-Prävalenz des

Rauschtrinkens, also dem Konsumindikator, der für den als exzessiv deklarierten oder riskanten Konsum steht und häufig auch als Binge Drinking bezeichnet wird. Das Trinkverhalten, welches darunter gefasst wird, entspricht in der BZgA-Studie dem hintereinander folgenden Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol in den letzten 30 Tagen. Dies betrifft im Vergleich zu 2004 (22,6%) nur noch 15,2% der 12- bis 25-Jährigen. Bei den 12- bis 15-Jährigen hat sich die 30-Tages-Prävalenz sogar mehr als halbiert. Gleichermaßen ist auch das häufige Rauschtrinken (mindestens viermal in den letzten 30 Tagen) seit 2004 signifikant zurückgegangen und betrifft nur 3,7% der 12- bis 17-Jährigen. Neben dem kontinuierlichen Rückgang bei der 30-Tages-Prävalenz des Rauschtrinkens sei auf einen weiteren Aspekt verwiesen: Die Konzentration auf diesen Indikator als Maß für problematischen Konsum, ist selbst nicht unproblematisch. Für Prävalenzraten nützlich ist der Versuch einer objektiv formellen Quantifizierung des Rausches bzw. des Alkoholkonsums über die „hintereinander“ konsumierte Menge. Internationale Studien, wie ESPAD oder HBSC (s. unten) beziehen sich dabei etwas deutlicher als die BZgA-Studie, auf den Konsum von mindestens fünf sogenannten Standardgetränken (gemessen am Reinalkoholgehalt in Gramm) bei Männern und vier Standardgetränken bei Frauen innerhalb eines Trinkereignisses in den letzten 30 Tagen. Ein gewisses wissenschaftsmethodisches Problem steckt jedoch in der Zeitdimension, die in beiden Fällen dem Konsum zu Grunde gelegt wird (Martinic/ Measham 2008). So wird die spezifische Trinkgelegenheit, in der die (Standard-) Getränke konsumiert werden (können), nicht weiter konkretisiert. Die Settings, in denen Jugendliche Alkohol konsumieren, können aber sehr unterschiedlich sein und sich im Verlauf der Trinkereignisse verändern. So kann eine Trinkgelegenheit den Konsum von fünf Gläsern Alkohol innerhalb einer halben Stunde umfassen, dieselbe Konsummenge kann aber auch auf eine ganze Nacht verteilt sein. Da zudem eine Intoxikation per Definition keine zwingende Folge dieses Indikators sein muss,

kann ein Jugendlicher mit einer gewissen Trinkerfahrung oder Alkoholtoleranz als Rauschtrinker deklariert werden, ohne dass dieser überhaupt einen subjektiven Rauschzustand erreicht hat. Daher lassen sich auf dieser Grundlage nur sehr eingeschränkte Aussagen bezüglich situativ riskantem Konsum treffen.

Ohne im Detail darauf eingehen zu können, bestätigt sich der Trend zu weniger Alkoholkonsum unter deutschen Jugendlichen auch in internationalen Studien, wie in der europäischen ESPAD-Studie zum Konsumverhalten von 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schülern (Hibell et al. 2012) oder in der internationalen HBSC-Studie zur Gesundheit und zum gesundheitsrelevanten Verhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern der WHO (Currie et al. 2012). Ähnliche Entwicklungstendenzen konnte auch Werse (2014) auf lokaler Ebene in einer deutschen Großstadt (Frankfurt) nachzeichnen. Zwar lassen sich die Untersuchungen auf Grund der unterschiedlichen Stichproben und Studiendesigns nicht direkt miteinander vergleichen, sie bestätigen jedoch die Tendenz und eine kontinuierliche Entwicklung zu generell geringerem Alkoholkonsum im Jugendalter. Die internationale Perspektive zeigt auch, dass sich unter Jugendlichen neue Formen des Umgangs mit Alkohol abzeichnen, die sich in einer jugendkulturell geprägten „neuen Kultur des Rausches“ (Measham/-Brain 2005; Järvinen/Room 2007) abbilden, welche sich beispielsweise dadurch kennzeichnet, dass sich die Trinkpraktiken von Jungen und Mädchen, vor allem aber ihre Motive und Begründungsmuster immer ähnlicher werden und sich weniger zwischen als innerhalb der Geschlechtergruppen unterscheiden (Demant/Törrönen 2011; Litau/Stauber 2012). Kennzeichnend ist dabei nicht die Absicht eines komatösen Betrunkenzustandes, sondern eher ein „kontrollierter Kontrollverlust“ (Measham 2002; Measham/-Brain 2005), bei dem die negativen körperlichen und sozialen Folgen des Rausches durch Selbst- und Gruppenkontrolle vermieden werden sollen.

Vor dem Hintergrund der dargelegten, insgesamt eher positiv zu bewertenden Konsumentwicklungen des Alkoholkonsums im Jugendalter, scheint es unverständlich, warum das Thema nach wie vor eine so stabile Konjunktur genießt und sich vor allem der zu Grunde liegende skandalisierende Duktus der Debatte nicht allmählich verändert. Durchaus ist aus der Jugendforschung das Phänomen bekannt, dass gesellschaftliche Probleme auf eine nicht weiter definierte Gruppe der „Jugend“ verschoben werden und in diesem Rahmen problematisiert und verhandelt werden (Griese 2007). Der Alkoholkonsum der Jugendlichen steht so stellvertretend und als „Seismograph“ einer Gesellschaft, in der das Keltern, Brauen und Brennen die nationale Kultur und regionale Traditionen seit Jahrhunderten geprägt haben. Die Objektivität der Berichterstattung bleibt daher fraglich, da sie offensichtlich eher auf Sensationsbefriedigung abzielt. Durch die mediale Aufmerksamkeit des Themas muss aber davon ausgegangen werden, dass es auch zu einer Aufmerksamkeitsverschiebung und so zu einer Sensibilisierung für trinkende Jugendliche gekommen ist – dies sowohl bei der Gesamtbevölkerung, als auch bei den Jugendlichen selbst. Somit stehen die gestiegenen alkoholbedingten Krankenhauseinweisungen bei einem gleichzeitigen Abwärtstrend von regelmäßigem und exzessivem Konsum auch für eine sinkende Schwelle, im Zweifelsfall einen Notruf zu tätigen, worauf beispielsweise der Trend zur kontinuierlich fallenden durchschnittlichen Blutalkoholkonzentration bei Krankenhauseinweisungen in Bayern hindeutet (Wurdak et al. 2013). Das hat zum einen Einfluss auf die immer weiter steigenden Zahlen von Alkoholintoxikationen, zeigt zum anderen aber auch den positiven Nebeneffekt, dass die Gefahren eines Alkoholrauschs aktuell offensichtlich ernster genommen werden als zuvor.

Alle oben zitierten Studien machen deutlich, dass die meisten im Verlauf ihrer Adoleszenz mit Alkohol in Kontakt kommen. Die Motive des jugendlichen Konsums sind in der Regel spaßorientiert, zielen auf Enthemmung und zeigen sich weniger in Form von Problem-

bewältigung (Stumpp et al. 2009). Der Umgang mit Alkohol ist bei Jugendlichen nicht willkürlich, sondern häufig verbunden mit detailliertem Orientierungswissen hinsichtlich der sozialen Situation, der Zusammensetzung der Trinkgruppe und der Getränkeart. Das Orientierungswissen resultiert aus positiven und negativen Erfahrungen im Umgang mit Alkohol, die handlungsleitend und identitätsstiftend sein können, gerade in einem Alter, das von Unsicherheiten geprägt ist (Litau 2011). Die Gruppe, in der in den meisten Fällen getrunken wird, bietet den Jugendlichen dabei einen wichtigen Erfahrungsraum und ist in dieser Funktion ambivalent, da sie einerseits einen Risikoraum darstellt, in dem Jugendliche über einen vereinfachten Zugang zu Alkohol verfügen und zum Konsum animiert werden. Andererseits stellt die Gruppe einen Schutzraum dar, in dem Normen für das Trinken durch Regeln festgelegt und Vorkehrungen getroffen werden, damit ein bestimmtes Verhaltenslimit nicht überschritten wird (Stumpp et al. 2009). Bei den meisten lässt der intensive Konsum nach einer unbestimmten Zeit nach und mündet in Abstinenz oder „normalen“ bzw. gesellschaftlich akzeptierten Konsum (Clark 2004). Ein erhöhtes Suchtrisiko besteht dagegen nur, wenn zu einem exzessiven Alkoholkonsum weitere Suchtgefährdungsfaktoren hinzukommen, die sich grob unter mangelnder Impulssteuerung oder erhöhter Komorbidität mit psychischen Störungen zusammenfassen lassen (Wells et al. 2004). Wie genau aber ein Großteil der Jugendlichen den Umgang mit Alkohol erlernen, darüber weiß man, im Unterschied zur Prävalenz von Alkoholkonsum im Jugendalter, noch relativ wenig. Dies sollte daher in Zukunft gerade auch aus präventionspolitischen Interessen stärker fokussiert werden.

Für die Zukunft ist eine erweiterte und nicht ausschließlich problemorientierte Perspektive auf das Thema Alkoholkonsum im Jugendalter erforderlich, um dieses aktuell und den Prämissen gesellschaftlicher Entwicklung angemessen einordnen und somit drogen- und suchtpolitische Strategien begründen zu können. Eine solche Perspektive mahnt auch zu

einem kritischeren öffentlichen Umgang mit wissenschaftlichen Daten und ihren unterschiedlichen Lesarten und Interpretationen, besonders hinsichtlich gesellschaftlich sensibler Themen.

Literatur

- Clark, D. B. (2004): The natural history of adolescent alcohol use disorders. In: *Addiction*, Jg. 99, S. 2, S. 5-22.
- Currie, C./Zanotti, C./Morgan, A./Currie, D./de Looze, M./Roberts, C./Samdal, O./Smith, O. R. F./Barnekow, V. (2012): Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Demant, J./Törrönen, J. (2011): Changing Drinking Styles in Denmark and Finland. Fragmentation of Male and Female Drinking Among Young Adults. In: *Substance Use & Misuse*, Jg. 46, H. 10, S. 1244-1255.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2014): Tabelle. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)
- F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=71898393&nummer=594&p_sprache=D&p_idsp=100&p_aid=94221246#LINKS (17.03.2014)
- Griese, H. M. (2007): Aktuelle Jugendforschung und klassische Jugendtheorien. Ein Modul für erziehungs- und sozialwissenschaftliche Studiengänge. Berlin: LIT Verlag.
- Hibell, B./Guttormsson, U./Ahlström, S./Balakireva, O./Bjarnason, T./Kokkevi, A./Kraus, L. (2012): The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).
- Järvinen, M./Room, R. (2007): Youth Drinking Cultures: European Experience. In: Järvinen, M./Room, R. (Hg.): Youth Drinking Cultures. European Experience. Aldershot, Hampshire: Ashgate, S. 1-16.
- Kraus, L./Hannemann, T.-V./Pabst, A./Müller, S./Kronthaler, F./Grübl, A./Stürmer, M./Wolstein, J. (2013): Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze eines Eisbergs? In: *Gesundheitswesen*, Jg. 75, S. 456-464.
- Litau, J. (2011): Risikoidentitäten. Alkohol, Rausch und Identität im Jugendalter. Weinheim: Juventa.
- Litau, J./Stauber, B. (2012): Riskante Identitätsarbeit? Zur Herstellung von Männlichkeiten und Weiblichkeiten in jugendkulturellem Rauschtrinken. In: Moser, V./Rendtorff, B. (Hg.): Riskante Leben? Geschlechterordnungen der reflexiven Moderne. Band 8 des Jahrbuchs Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft. Opladen: Barbara Budrich Verlag, S. 141-156.
- Litau, J. (2013): Alkohol, Rausch und Identitätsarbeit. Zur Funktion jugendkulturellen Rauschtrinkens. In: Hößelbarth, S./Schneider, J.M./ Stöver, H. (Hg.): Kontrollierter Kontrollverlust. Jugend, Gender, Alkohol. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 29-44.
- Martinic, M./Measham, F. (2008): Extreme Drinking. In: Martinic, M./Measham, F. (Hg.): Swimming with crocodiles. The culture of Extreme Drinking. New York, London: Routledge. S. 1-12.
- Measham, F. (2002): „Doing gender“ – „doing drugs“: conceptualizing the gendering of drugs cultures. In *Contemporary Drug Problems* 29, 2, S. 335-373.
- Measham, F./Brain, K. (2005): ‚Binge‘ drinking, British alcohol policy an the new culture of intoxication. In: *Crime, Media, Culture*, H.1, S. 262-283.
- Statistisches Bundesamt (2013): Tabelle. Krankenhäuser. Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) 2003 bis 2012
- F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol Akute Intoxikation (akuter Rausch). <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnoseAlkoholJahre.html> (17.03.2014)
- Sting, S. (2008) Jugendliche Rauschrituale als Beitrag zur Peergroup-Bildung. In: Bogner, R./Stipsits, R. (Hrsg.): Jugend im Fokus. Pädagogische Beiträge zur Vergewisserung einer Generation. Wien: Löcker, S. 139-147.
- Stumpp, G./Stauber, B./Reinl, H. (2009): Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Wells, E. J./Horwood, J. L./Fergusson, D. M. (2004): Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction*, Jg. 99, H. 12, S. 1529-1541.
- Werse, B. (2014): Die Mär von der immer besoffeneren Jugend. Alkohol-Konsumtrends und unter Heranwachsenden und die öffentliche Meinung. In: Groenemeyer, A./Hoffmann, D. (Hg.): Jugend als soziales Problem – soziale Probleme der Jugend? Diagnosen, Diskurse und Herausforderungen. Weinheim: Beltz Juventa. S. 199-217.
- Wurdak, M./Ihle, K./Stürmer, M./Dirnberger, I./Fischer, U. C./Funk, T./Kraus, L./Wolstein, J. (2013): Indikatoren für das Ausmaß jugendlichen Rauschtrinkens in Bayern. In: *SUCHT*, Jg. 59, H.4, S. 225-233.

B 1-2

Raphael Gaßmann und Gabriele Bartsch

Alkoholpolitik – Stillstand auf niedrigem Niveau

Vor mehr als fünfzehn Jahren (1997) veröffentlichte die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) einen ersten „Aktionsplan Alkohol“, in dem die Folgen des Alkoholkonsums in Deutschland detailliert geschildert und der gesundheitsbezogene Ansatz einer umfassenden Alkoholpolitik erläutert wurden. Im Jahr 2008 wurde ein neuer DHS-Aktionsplan Alkohol erarbeitet, der sich an den damals aktuellen Entwicklungen orientierte. Er berücksichtigte neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und benannte neben den wirksamen alkoholpräventiven Maßnahmen auch die für die Umsetzung zuständigen Akteure.

Alkoholprävention liegt nicht zuletzt im Interesse staatlicher Gesundheitspolitik. Sie ist eine Aufgabe des Bundes, der Bundesländer und der Kommunen. Es gilt, die Bevölkerung vor den mit dem Alkoholkonsum verbundenen Gefährdungen und Schädigungen zu schützen, und zwar sowohl die Konsumierenden selbst als auch ihr Umfeld. Um dies zu gewährleisten, wurden in der Vergangenheit das Jugendschutzgesetz sowie das Gaststättengesetz erlassen und die Grenzwerte für Alkohol am Steuer an neue Erkenntnisse und Technologien angepasst. Eine europäische Richtlinie „Fernsehen ohne Grenzen“ reguliert europaweit im audiovisuellen Bereich neben dem Verbot von Tabakwerbung u.a. den Schutz Minderjähriger. Hierunter fällt auch das Verbot von Alkoholwerbung, die sich an Jugendliche richtet. Darüber hinaus werden von Bund und Ländern Praxis- und Forschungsprojekte gefördert, die dazu beitragen sollen, gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum zu senken und Maßnahmen zu entwickeln und zu bewerten, die zu einer Reduzierung der Schäden beitragen können.

Aber reichen diese Maßnahmen für einen wirkungsvollen Schutz aus?

Alkohol ist eine toxische und abhängig machende Substanz, eine Droge, deren Konsum verantwortlich ist für das europaweit dritthöchste Risiko zu erkranken und vorzeitig zu sterben. Alkohol gehört neben Tabak, Fehlernährung und Bewegungsmangel zu den vier Hauptfaktoren für die Ausbildung der häufigsten Zivilisationskrankheiten. Alkohol ist beteiligt an der Entstehung von Herz-Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt), Krebs und Leberzirrhose (WHO 2011a&b).

Der Alkoholkonsum in Deutschland stagniert seit Jahren auf hohem Niveau. Der Pro-Kopf Verbrauch der Gesamtbevölkerung an reinem Alkohol liegt bei ca. 10 Litern jährlich. Wenn in Deutschland für alle Menschen ab 16 Jahren ein relativ risikoarmer Konsum von täglich 24 g für Männer und 12 g für Frauen angenommen würde, läge der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum an reinem Alkohol bei ca. 7,1 Liter im Jahr. Diese Zahl sollte als Benchmark für eine erfolgreiche Alkoholpolitik gelten. Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke ist einer der wichtigsten Indikatoren für zu erwartende alkoholbezogene Probleme in der Bevölkerung, besonders für gesundheitliche Probleme. In Deutschland gibt es jährlich etwa 74.000 Todesfälle, bei denen Alkohol ursächlich beteiligt ist. Ca. 10 Mio. Deutsche konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Weise oder missbräuchlich. Die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ ist bei Männern die häufigste Diagnose der vollstationär behandelten Patienten in Krankenhäusern. Am Hauptziel der Alkoholprävention, der Senkung des durchschnittlichen Alkoholkonsums, führt also kein Weg vorbei, wenn alkoholbedingte Risiken und Schädigungen gesenkt werden sollen.

Wirksame Präventionsmaßnahmen sind bekannt: Preiserhöhungen durch Besteuerung von Alkoholika sowie die Reduzierung der Verfügbarkeit von Alkohol haben nachweislich die größten Effekte auf die Reduzierung des Alkoholkonsums und sind daher die wichtigsten staatlichen Steuerungsinstrumente. Diese Präventionsmaßnahmen sind zudem nicht nur wirkungsvoll, sondern auch

besonders kostengünstig (Chisholm et al. 2009).

Da alkoholbezogenen Störungen aus dem Konsum aller alkoholhaltigen Getränke resultieren, gibt es keinen Grund, einzelne Getränke als mehr oder weniger gefährlich einzustufen. Deshalb fordert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) einen einheitlichen Steuersatz für den Liter Reinalkohol von derzeit mindestens ca. 15,00 Euro. Das schließt eine erstmalige Besteuerung von Wein ein und bedeutet eine höhere Belastung des meist getrunkenen Alkoholgetränks Bier.

Werbung und Marketing haben besonders auf die Ausprägung der Bedürfnisse und des Lebensstils Jugendlicher und Erwachsener Einfluss. Bezogen auf alkoholische Getränke fördern sie derzeit die Vorstellung, Alkoholika seien etwas Positives und Normales, ihr Konsum ein kontrollierbares und wünschenswertes Risiko. Aufgrund der großen Bedeutung für die Imagebildung von Alkohol darf die Regulierung von Alkoholwerbung, -marketing und -sponsoring nicht denjenigen überlassen werden, die ein wirtschaftliches Interesse am Verkauf dieser Produkte haben, sondern muss gesetzlich verankert sein, Verstöße müssen von einem unabhängigen Gericht geahndet werden können.

Um eine kritische gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Alkoholkonsum zu fördern und der Bagatellisierung von riskantem Alkoholkonsum entgegenzuwirken, sind die oben beschriebenen Präventionsmaßnahmen durch Medienkampagnen zu unterstützen; auch verhaltenspräventive Maßnahmen in verschiedenen Settings wie Schule, Betrieb, Freizeiteinrichtungen u.a. müssen weitergeführt werden.

Das gut ausgebaute Beratungs- und Behandlungssystem für Alkoholranke in Deutschland muss durch Früherkennung und Frühintervention ergänzt werden, um auch diejenigen zu erreichen, die durch die bestehenden Hilfeangebote bisher nicht zu einer

Verhaltensänderung motiviert werden konnten.

Die oben genannten verhältnispräventiven Maßnahmen – einheitliche und höhere Besteuerung von Alkoholika, Reduzierung der Verfügbarkeit, gesetzliche Regulierung von Alkoholmarketing – tragen darüber hinaus dazu bei, weitere wesentliche Ziele zu erreichen, wie die Anhebung des Einstiegsalters und die Reduzierung des Rauschtrinkens bei Jugendlichen und Erwachsenen. Darüber hinaus bilden sie die Basis für den Schutz Betroffener im Umfeld Alkoholkonsumierender: Angehörige (Kinder, Partner/innen u.a.), Schutz des ungeborenen Lebens, von Gewalt Betroffene, Verkehrsteilnehmer/innen und Arbeitskollegen und -kolleginnen.

Obwohl sich Präventions- und Suchtexperten und -expertinnen einig sind, dass ein Mehr an Verhaltensprävention keine Alternative zum Policy Mix von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen darstellt, spiegelt sich dieser Fokus nicht in den „Aktionsplänen“ oder „Präventionsstrategien“ der beiden vergangenen Bundesregierungen wider. Sie berücksichtigten die wirksamsten Präventionsmaßnahmen zur Erlangung des obersten Präventionsziels „Reduzierung des Pro-Kopf-Konsums“ leider nicht. Bislang wurden weder zielführende gesetzliche Maßnahmen verabschiedet und implementiert noch die Durchsetzung der bestehenden Gesetze ausreichend kontrolliert.

Fazit: Statt evidenzbasierte Prävention zu fördern, setzt Gesundheitspolitik auf Konzepte, die kaum Breitenwirkung entfalten. Eine Alkoholprävention, die alle Bevölkerungsgruppen erreicht und ausreichend finanziert ist, ist noch nicht in Sicht.

Zur Lektüre empfohlen und leider nicht verjährt: der Aktionsplan Alkohol der DHS 2008:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/aktionsplan_alkohol_der_dhs_2008final_din.pdf

Literatur

Chisholm, D.; Rehm, J.; Frick, U.; Anderson, P. (2009). Alcohol Policy Cost-effectiveness Briefing Notes for 22 European Countries. Institute of Alcohol Studies, London

WHO (2011a): Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020).

[http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/000](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/147730/RC61_gdoc12.pdf)

[9/148068/RC61](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/147730/RC61_gdoc12.pdf)

wd13G_Alcohol_111374_ver2012.pdf

WHO (2011b): Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/147730/RC61_gdoc12.pdf

B 2 Tabak

B 2-1

Inga Jesinghaus / Uwe Prümel-Philippsen

Für eine konsequente Tabakprävention Forderungen des Aktionsbündnisses Nichtrauchen e.V. (ABNR)

Ausgangssituation:

Der Konsum von Tabakprodukten führt in Deutschland jährlich zum vorzeitigen Tod von mehr als 100.000 Menschen. Das sind mehr Todesfälle als durch Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, AIDS, Morde und Selbstmorde zusammen verursacht werden. Zusätzlich sterben hierzulande jedes Jahr mehr als 3.000 Menschen durch Passivrauchen.²

Die Gefahren des Rauchens sind hinlänglich bekannt. Dessen ungeachtet rauchen in Deutschland immer noch ca. 30 Prozent der Erwachsenen. Da Tabak in hohem Maße suchterzeugend ist, können Aufklärungskampagnen alleine nicht zu einem relevanten Rückgang der Raucherquoten führen. Erforderlich sind daher konsequente regulatorische und gesetzliche Maßnahmen, die das Rauchen insbesondere für junge Menschen weniger attraktiv machen. In anderen EU-Ländern (z.B. Finnland, Schweden) konnte die Raucherquote durch strikte Tabakprävention bereits auf unter 20 Prozent reduziert werden. Der dringende Nachholbedarf Deutschlands bei der Tabakkontrolle wird unterstrichen durch das blamable Ergebnis der neuesten Europäischen Tabak-Kontroll-Skala 2013, wonach Deutschland unter den befragten 34 Ländern den vorletzten Platz einnimmt.³

Den Rahmen für Tabakprävention auf nationaler Ebene setzen insbesondere das WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) und die Tabakproduktrichtlinie der Europäischen Union sowie weitere Richtlinien der Europäischen Union, z.B. zum Tabakmarketing oder zur Tabakwerbung.

Anforderungen an eine konsequente Tabakprävention:

Um den Tabakkonsum in allen Teilen der Bevölkerung langfristig zu senken und die Bürgerinnen und Bürger besser vor Passivrauch zu schützen, sind vor allem effektive regulatorische Maßnahmen notwendig.⁴ Zentrale Forderungen des ABNR sind deshalb:

1. Nichtraucherschutz gesetzlich verbessern und vereinheitlichen
2. Tabakwerbung, Promotion und Sponsoring in jeder Form verbieten
3. Tabaksteuern kontinuierlich und deutlich erhöhen
4. Vertriebsmöglichkeiten von Tabakwaren einschränken
5. Hilfen zum Rauchstopp verbessern
6. E-Zigaretten und E-Shishas wirksam regulieren
7. Einflussnahme der Tabakindustrie transparent machen und eindämmen.

1. Nichtraucherschutz gesetzlich verbessern und vereinheitlichen ...in allen Arbeitsstätten
Arbeitgeber sind seit 2002 gesetzlich verpflichtet, die nicht rauchenden Beschäftigten in der Arbeitsstätte wirksam vor Tabakrauch zu schützen (§ 5 Arbeitsstättenverordnung - ArbStättV). In Arbeitsstätten mit Publikumsverkehr sind Schutzmaßnahmen allerdings „... nur insoweit zu treffen, als die Natur des Betriebes und die Art der Beschäftigung es zulassen.“ Daher sind Beschäftigte in der Gastronomie, in Friseursalons etc. durch die

² vgl. Homepage der Drogenbeauftragten der Bundesregierung:
<http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/tabak/situation-in-deutschland.html>
(abgerufen am 16.04.2014)

³ Joossens L, Raw M: The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Präsentiert auf der Sixth European Conference Tobacco or Health (TCToH), Istanbul, 26.-29. März 2014.

⁴ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg, 2014

Arbeitsstättenverordnung nicht ausreichend vor Tabakrauch am Arbeitsplatz geschützt. Erforderlich ist daher ein wirksamer Schutz ausnahmslos aller Beschäftigten vor Tabakrauch.

...in allen öffentlich zugänglichen Innenräumen

Der Nichtraucherchutz in Deutschland gleicht einem „Flickenteppich“ aus einem Bundesgesetz und 16 verschiedenen Landesgesetzen. Eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung wäre nicht nur rechtlich möglich, sondern auch aus Gründen der besseren Umsetzung und der Vermeidung der zurzeit unübersichtlichen Ausnahmeregelungen auch geboten.

Erforderlich ist daher ein ausnahmsloses und bundeseinheitliches Rauchverbot zum Schutz von Nichtrauchern in öffentlich zugänglichen Innenräumen durch ein umfassendes Bundesgesetz. Vorbildhaft dafür sind die gesetzlichen Regelungen der Länder Bayern, Nordrhein-Westfalen und Saarland.

2. Tabakwerbung, Promotion und Sponsoring in jeder Form verbieten

Seit 2006 ist Tabakwerbung in Printmedien, im Internet und bei grenzüberschreitenden Veranstaltungen grundsätzlich verboten. Auch in Funk und Fernsehen darf nicht für Tabakprodukte geworben werden. Plakatwerbung, Werbung an Verkaufsstellen und Werbefilme im Kino nach 18:00 Uhr sind allerdings immer noch erlaubt. Die Promotion von Tabakprodukten (z. B. Sonnenschirme mit Markenaufdruck für die Gastronomie) und das Sponsoring von öffentlichen Veranstaltungen sind ebenfalls weiterhin zulässig, sofern sie nicht grenzüberschreitend sind. Ferner nutzt die Tabakindustrie ihre Zigarettenverpackungen als wichtige für sie verbleibende Werbefläche.

Erforderlich ist ein absolutes Werbe-, Promotions- und Sponsoringverbot. Hierzu ist Deutschland schon aufgrund des WHO-Rahmenübereinkommens verpflichtet. Deutschland sollte außerdem den nationalen Spielraum im Rahmen der neuen Tabakprodukt-richtlinie nutzen und neutrale Verpackungen (Plain Packaging) einführen.

3. Tabaksteuern kontinuierlich und deutlich erhöhen

Preiserhöhungen für Tabakwaren führen erwiesenermaßen zu einem Rückgang des Tabakkonsums. Tabaksteuererhöhungen sind, wenn sie mit spürbaren Preiserhöhungen einhergehen, eines der wirksamsten Mittel der Tabakprävention. In der Gruppe der jugendlichen Raucherinnen und Raucher bewirkt ein Preisanstieg für Tabakwaren sogar eine überproportionale Reduzierung des Tabakkonsums.⁵

Erforderlich sind kontinuierlich vorzunehmende Tabaksteuererhöhungen, die zu einer spürbaren Preiserhöhung führen. Dabei sollten alle Tabakwaren wie Fabrikzigaretten, Zigarillos sowie loser und vorportionierter Feinschnitt gleich hoch besteuert werden.

4. Vertriebsmöglichkeiten von Tabakwaren einschränken

Tabakwaren sind in Deutschland fast rund um die Uhr erhältlich: z.B. in Supermärkten, an Tankstellen und Zigarettenautomaten. Von einer Million Zigarettenautomaten in der EU stehen über 400.000 allein in Deutschland. Technische Jugendschutzvorrichtungen zur Altersprüfung an Zigarettenautomaten sind unzureichend.

Erforderlich ist ein Verbot aller Zigarettenautomaten und eine Lizenzierung von Tabakverkaufsstellen.

5. Hilfen zum Rauchstopp verbessern

Rauchen ist die führende Ursache für Krankheiten, wird aber dennoch oft als „Life-Style“-Phänomen verharmlost, das allein der freien Willensentscheidung unterläge. Ein Großteil der Raucherinnen und Raucher hingegen erfüllt die Kriterien einer Tabakabhängigkeit. Wissenschaftlich anerkannte, qualitätsgesicherte Angebote, die individuell auf Raucherinnen und Raucher abgestimmt sind,

⁵ Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Tabakprävention in Deutschland – was wirkt wirklich? Aus der Wissenschaft für die Politik, Heidelberg, 2014

können dazu geeignet sein, Menschen beim Rauchausstieg zu unterstützen.

Erforderlich ist eine Regelung, die die Kostenübernahme für wissenschaftlich gesicherte Methoden der Tabakentwöhnung bei bestehender Abhängigkeit ermöglicht

6. E-Zigaretten und E-Shishas wirksam regulieren

Elektronische Inhalationsprodukte wie E-Zigaretten und E-Shishas – häufig als die gesündere Alternative zu Tabkzigaretten beworben – erobern zunehmend den Markt. Die gesundheitlichen Gefahren, die mit ihrem Konsum verbunden sind, sind derzeit aufgrund der geringen Datenlage nicht abschätzbar. Bisher unterliegen E-Zigaretten und E-Shishas keiner gesetzlichen Regelung. Künftig werden sie, sofern sie Nikotin enthalten, im Rahmen der europäischen Tabakprodukt-richtlinie reguliert. Sie können in Zukunft je nach Nikotingehalt entweder als Tabakerzeugnisse oder als Arzneimittel eingestuft werden. Bei einer Einstufung als Tabakprodukt unterliegen E-Zigaretten den gleichen Werbebeschränkungen wie Zigaretten und müssen wie diese mit Warnhinweisen versehen werden.

E-Zigaretten, die kein Nikotin enthalten, fallen allerdings wie nikotinfreie E-Shishas nicht unter die Tabakproduktrichtlinie und bleiben damit unreguliert und frei verkäuflich. Dies ist aus Sicht des ABNR höchst problematisch. Aktuelle Studienergebnisse weisen darauf hin, dass E-Zigaretten durch die Nachahmung des Rauchens als Einstiegsprodukt in das Rauchen dienen können.⁶ Es ist zu befürchten, dass dies auch für E-Shishas gilt.⁷ Nicht geregelt werden außerdem Aromastoffe in E-Zigaretten und E-Shishas. Hier besteht dringender Handlungsbedarf, da derzeit eine

bunte Palette an Aromastoffen in Liquids für E-Zigaretten und E-Shishas eingesetzt wird, die vor allem auf junge Menschen abzielen. Insbesondere E-Shishas gewinnen in jüngster Zeit in alarmierendem Maße an Beliebtheit bei Kindern und Jugendlichen.

Erforderlich ist eine zügige und konsequente Umsetzung der in der europäischen Tabakprodukt-richtlinie vorgesehenen Maßnahmen zur Regulierung von E-Zigaretten, die Nikotin enthalten. Darüber hinaus ist dringend eine Regulierung von E-Zigaretten und E-Shishas, die kein Nikotin enthalten, erforderlich. Für sie sollten die gleichen Regeln bezüglich Altersbeschränkung, Werbeverbot, Verbot von charakteristischen Aromastoffen und Warnhinweisen wie für Tabakprodukte gelten.

7. Einflussnahme der Tabakindustrie transparent machen und eindämmen

Die Etablierung und Umsetzung einer wirksamen Tabakprävention wurde und wird in Deutschland durch die starke politische Einflussnahme der Tabakindustrie erschwert oder sogar verhindert. In 2008 legte die WHO internationale Leitlinien für den Umgang von politischen Entscheidungsträgern mit Vertretern der Tabakindustrie vor. In den Leitlinien, an deren Entwicklung sich Deutschland beteiligt hat, wird der fundamentale und unüberbrückbare Konflikt zwischen den Interessen der Tabakindustrie und gesundheitspolitischen Interessen beschrieben. Die Leitlinien sehen vor, dass im Umgang mit der Tabakindustrie Maßnahmen zu ergreifen sind, die die Transparenz der Interaktionen zwischen staatlichen Stellen und der Tabakindustrie gewährleisten und die die Interaktionen mit der Tabakindustrie insgesamt beschränken.

Erforderlich ist die konsequente Umsetzung und Beachtung der WHO-Leitlinien für den Umgang von politischen Entscheidungsträgern mit Vertretern der Tabakindustrie.

⁶ Dutra LM, Glantz SA (2014): Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents - A Cross-sectional Study, JAMA Pediatr. Published online March 06, 2014. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5488

⁷ Deutsches Krebsforschungszentrum (2014) Informationen für Schulen: E-Zigaretten und E-Shishas. Fakten zum Rauchen, Heidelberg

B 3 Medikamente

Gerd Glaeske

Medikamentenpolitik – Defizite in der Epidemiologie

Noch immer muss davon ausgegangen werden, dass rund 1,2 Millionen Menschen von Benzodiazepinderivaten oder Benzodiazepinrezeptoragonisten (Z-Drugs) abhängig sind, weitere etwa 300 - 400.000 von anderen Arzneimitteln, vor allem stark wirksame Schmerzmittel, insgesamt also rund 1,5 Millionen Menschen. Einige Autoren schätzen die Zahl sogar auf 1,9 Millionen ein (Soyka et al. 2005). Damit ist die Medikamentenabhängigkeit das zweitgrößte Suchtproblem in Deutschland – nach der Tabakabhängigkeit, aber noch vor der Alkoholabhängigkeit. Diese Unterschiede bei den Angaben zur Medikamentenabhängigkeit sind darauf zurückzuführen, dass die Schätzungen auf Basis der verfügbaren Verordnungsdaten der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zustande kommen, die zwar Verläufe für einzelne Personen nachzeichnen und die verordneten Mengen im Zeitintervall darstellen können (z.B. ist davon auszugehen, dass Personen, die 3-4 Monate solche Benzodiazepin-haltigen Mittel ohne Unterbrechung einnehmen, eine Abhängigkeit entwickeln dürften (Madhusoodanan/ Bogunovic 2004; Mort/ Aparasu 2002)), dass mit diesen GKV-Verordnungsdaten die wirkliche Anzahl von Abhängigen aber nicht mehr valide dargestellt werden kann (Schwabe/ Paffrath 2013).

Verordnungen auf Privatrezept

Immer häufiger werden abhängigkeitsinduzierende Schlafmittel und Tranquilizer auch für GKV-Versicherte auf Privatrezepten verordnet, da Ärztinnen und Ärzte auf diese Weise der Verordnungstransparenz bei den Kassen und möglichen Auffälligkeitsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entgehen können – das Verordnungsgeschehen ist über die Daten z.B. des jährlich erscheinende Arzneimittelreports nicht mehr transparent zu machen (Hoffmann et al. 2006; Hoffmann et

al. 2009; Hoffmann et al. 2010; Hoffmann/ Glaeske 2014)). Empirische Studien sind daher aus gesundheitspolitischer und aus Public-Health-Sicht dringend erforderlich, um eine bessere Kenntnis von der Epidemiologie der Arzneimittelabhängigkeit zu erlangen – die Versorgungsforschung, die nach den Aussagen des aktuellen Koalitionsvertrags gefördert werden soll, könnte in diesem Zusammenhang von besonderem Nutzen sein und müsste GKV-Rezepte und Privatverordnungen einbeziehen. Dennoch geben die Daten der Krankenkassen Hinweise darauf, wer denn in welcher Häufigkeit solche abhängig machenden Arzneimittel verordnet bekommt. Die Auswertungen der BARMER GEK-Daten zeigen bei den Langzeitverordnungen, dass der Anteil von abhängigen Frauen im höheren Lebensalter deutlich höher liegt als bei den Männern und bis zu 8% bei den Frauen über 70 Jahre reicht (Glaeske/ Schick Tanz 2011). Für eine Dauertherapie mit Benzodiazepin-haltigen Mitteln gibt es jedoch keine entsprechende Evidenz. Die vorhandenen Studien untersuchen ausschließlich die Wirksamkeit von Benzodiazepinen in der Kurzzeitbehandlung. Therapiestudien mit einer Behandlungsdauer von über 4-5 Wochen existieren praktisch nicht (Holbrook et al. 2000; Madhusoodanan/ Bogunovic 2004; Nowell et al. 1997; Smith et al. 2002). Daraus ergeben sich wichtige Implikationen für eine rationale Arzneimitteltherapie. Der Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen, aber auch von Benzodiazepinagonisten wie Zolpidem oder Zopiclon ist daher unangebracht, insbesondere bei älteren Menschen. Gerade bei Menschen im höheren Alter sind aber Besonderheiten zu beachten – verlängerte Wirkdauer und Wechselwirkungen (vgl. Madhusoodanan/ Bogunovic 2004; Mort/ Aparasu 2002). Aber auch kurzwirksame Benzodiazepine in höherer Dosierung sollen vermieden werden (siehe vergleichende Übersicht in Holt et al. 2010). Gegen die schlaffördernde Wirkung entwickelt sich rasch eine Toleranz; was weiterhin verbleibt, ist allenfalls die angstlösende Wirkung (Wolter-Henseler, 1999). Eine solche Abhängigkeit findet zumeist als ‚low-dose-dependency‘ statt, als eine Abhängigkeit, die nicht

notwendigerweise mit einer Dosiserhöhung einhergeht. Dies wurde auch in einer amerikanischen Studie bestätigt. Von 2.440 Patienten, die Dauernutzer von Benzodiazepinen waren, lag die Rate der Dosiserhöhung bei lediglich 1,6%. Ältere Personen waren davon geringer betroffen (Soumerai et al. 2003).

Hypnotika und Tranquilizer: Noch immer das größte Problem

Als Hypnotika kommen Benzodiazepine und die neueren Benzodiazepinrezeptoragonisten zum Einsatz. Die Abgrenzung in Hypnotika und Sedativa/Tranquilizer (z.B. Temazepam, Lormetazepam, Flunitrazepam) bzw. Tranquillantien (z.B. Bromazepam, Lorazepam, Diazepam) ist oft eher willkürlich und beruht wahrscheinlich weitgehend auf Marketingaspekten. Grundsätzlich wirken alle Benzodiazepine angstlösend, sedativ, muskelrelaxierend und antikonvulsiv, wobei sich die einzelnen Wirkstoffe in ihren Ausprägungen unterscheiden. Die Benzodiazepinrezeptoragonisten Zolpidem und Zopiclon (Zaleplon gehört auch in diese Gruppe, spielt aber kaum noch eine Rolle), die aufgrund ihrer gleichen Anfangsbuchstaben auch oft als „Z-Drugs“ bezeichnet werden, sind hingegen ausschließlich bei Schlafstörungen (und für die Kurzzeitbehandlung) zugelassen. Eine im Jahr 2005 im renommierten British Medical Journal erschienene Meta-Analyse untersuchte speziell den Nutzen und Schaden von Hypnotika bei älteren Menschen (60+ Jahre).

Eingeschlossen wurden 24 Studien mit 2.417 Teilnehmern, die vorwiegend Benzodiazepine und Z-Drugs erhielten (Glass et al. 2005, Wagner et al. 2004). Der Gebrauch dieser Substanzen bei Älteren brachte im Vergleich zu Placebo zwar statistisch signifikante Vorteile, die erzielten Effekte fielen allerdings nur gering aus. Die Autoren kamen zu der Schlussfolgerung, dass die geringe Wirksamkeit dieser Mittel bei Älteren das erhöhte Risiko unerwünschter Ereignisse möglicherweise nicht rechtfertigt. In den eingeschlossenen Studien wurden als unerwünschte Wirkungen u.a. Gedächtnisschwächen, Desorientiertheit, Schwindel, Verlust des Gleichgewichts und Stürze untersucht. Missbrauch

und Abhängigkeit, die sowohl für die Langzeitanwendung von Benzodiazepinen wie auch Z-Drugs beschrieben sind (DG-Sucht & DGPPN, 2006), wurden in dieser Studie also noch nicht einmal auf die „Schadenseite“ hinzugerechnet. Darüber hinaus wurde in letzter Zeit zunehmend Evidenz dafür publiziert, dass auch bei älteren Menschen nicht-pharmakologische Therapiemaßnahmen im Vergleich zur medikamentösen Behandlung zu einem dauerhafteren Therapieerfolg führen (Sivertsen/ Nordhus 2007; Sivertsen et al. 2006).

Vorliegende Daten unterschätzen das Abhängigkeitsproblem

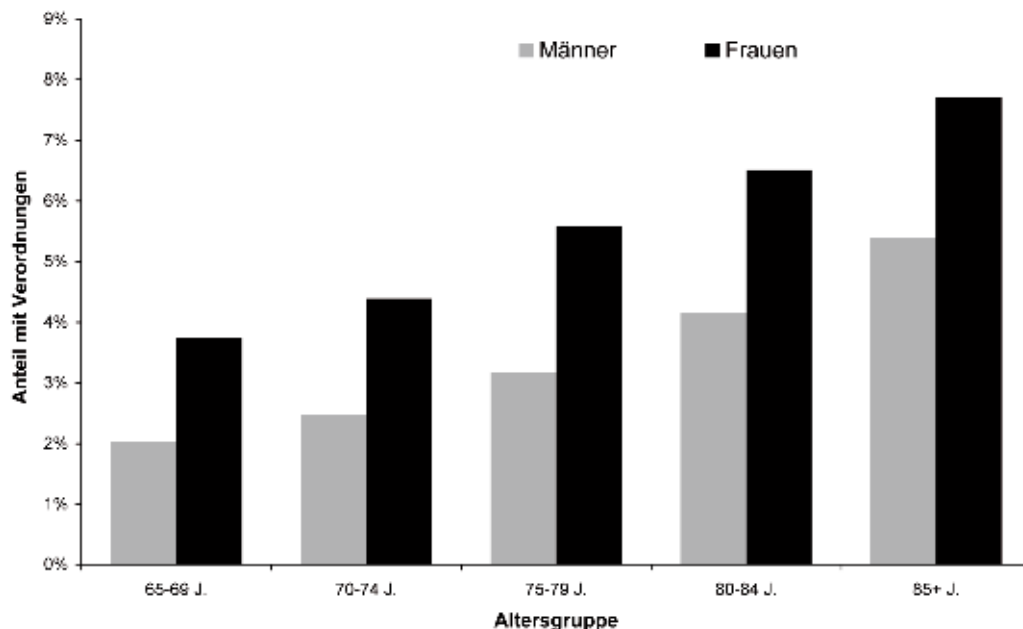
Um das Risiko von Missbrauch und Abhängigkeit zu minimieren, empfehlen nationale wie internationale Leitlinien, Benzodiazepine und Z-Drugs in der möglichst niedrigsten Dosis und maximal über 4 Wochen einzusetzen (DGN 2008; NICE 2004). Für ältere Menschen wird sogar empfohlen, dass eine Behandlung mit Hypnotika eine Dauer von 10 Tagen allgemein nicht überschreiten sollte. Die aktuelle Versorgungssituation liefert jedoch ein anderes Bild. Viele Studien konnten zeigen, dass diese Mittel häufig über einen deutlich längeren Zeitraum eingesetzt werden.

Wegen dieser Altersverteilung ist es im Übrigen schwer nachvollziehbar, dass in den epidemiologischen Untersuchungen zum Substanzkonsum und zu substanzbezogenen Störungen (Pabst et al. 2013) im Rahmen des Suchtsurveys des Instituts für Therapieforschung (IFT) nur Personen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren befragt werden. Und im Ergebnis kommt es dann z.B. bei Schlafmitteln zu einem problematischen Gebrauch bei 0,7% oder bei Beruhigungsmitteln von 1,0%. Die Daten unterschätzen das Problem, weil der Hauptanteil, wie hier dargestellt, erst bei Personen im Alter von über 65 Jahren beginnt – die öffentlich geförderte Untersuchung zur Erfassung des problematischen Medikamentenkonsums sollte daher dringend im Hinblick auf das Alter den „wahren“ Konsumgewohnheiten angepasst werden, damit in der gesundheitspolitischen Diskus-

sion endlich eine realistische Darstellung von Konsummustern verfügbar ist. Wenn dieses Problem der älteren Menschen und ihrer dauerhaften Einnahme von Arzneimitteln nicht zum Thema von Forschungsvorhaben gemacht wird, könnte zumindest der Eindruck entstehen, dass sich bei diesen Menschen eine Intervention nicht mehr lohnt. Dabei sind es gerade die älteren Patientinnen und Patienten, die unter den Auswirkungen von zu vielen Arzneimitteln nebeneinander leiden: Insbesondere im Zusammenhang mit Psychopharmaka verschlechtern sich die kognitiven Fähigkeiten und sozialen Kompetenzen, die Konzentrationsfähigkeit sinkt, es kommt zu Stürzen oder anderen schwerwiegenden Folgeerscheinungen, wie gravierende Wechselwirkungen, die oft genug zu Krankenhauseinweisungen führen – bei immerhin 10,2% der Einweisungen von Menschen über 65 Jahren sind nicht Krankheiten, sondern Nebenwirkungen und Wechselwirkungen der Grund für Krankenhauseinweisungen. Poly-medikation und häufige Verordnungen von Beruhigungs- und Schlafmitteln sind eine auffällige Begleiterscheinung des demographischen Wandels hin zu einer älter werdenden Gesellschaft.

Diese Aspekte in der arzneimittlepidemiologischen Forschung unberücksichtigt zu lassen, spricht nicht gerade für eine reflektierte Medikamentenpolitik, die sich vom Ziel der Therapiesicherheit und Patientenorientierung leiten lässt.

Abbildung 1: Anteil ältere Menschen mit Verordnungen von Hypnotika nach Alter und Geschlecht (Glaeske et al. 2010)



Literatur

DGN - Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008). Insomnie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/045, <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/030-045.htm> (letzter Zugriff: 31.3.2014).

DG-Sucht & DGPPN- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2006). Medikamentenabhängigkeit (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/009, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-009.htm> (letzter Zugriff: 31.3.2014).

Glaeske G (2014). Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2014. Geesthacht. Im Druck

Glaeske G, Schick Tanz C (Hrsg.) (2011). BARMER GEK Arzneimittel-Report 2011. St. Augustin: Asgard.

Glaeske G, Windt R, Hoffman F (2010) [Konsum psychoaktiver Medikamente im Alter](#). In: VPP - Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 03/2010: 649 - 660, DGVT Verlag

Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, Sproule BA, Busto UE (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 331 (7526), 1169.

Hoffmann F, Glaeske G, Scharffetter W (2006). Zunehmender Hypnotikagebrauch auf Privatrezepten in Deutschland. *Sucht*, 52, 360-366.2.

Hoffmann F, Scharffetter W, Glaeske G (2009). Verbrauch von Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezepten zwischen 1993 und 2007. *Nervenarzt*, 80, 578-83.

Hoffmann F, Hies M, Glaeske G (2010) Regional variations of private prescriptions for non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone in Germany. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19 (10): 1071-1077

Hoffmann F, Glaeske G (2014) Benzodiazepin-hypnotika, Zolpidem und Zopiclon auf Privatrezept. Verbrauch zwischen 1993 und 2012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24663439>

Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D (2000) Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *CMAJ*, 162, 2: 225-233.

Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA (2010) Potentiell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die Priscus-Liste. *Dtsch Arztebl Int*, 107(31-32): 543-551

Madhusoodanan S, Bogunovic OJ (2004): Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf*, 3(5): 485-93.

Mort JR, Aparasu RR (2002) Prescribing of psychotropics in the elderly: why is it so often inappropriate? *CNS Drugs*, 16, 2002. 2: 99-109.

NICE - National Institute for Clinical Excellence (2004). Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia. Technology Appraisal Guidance 77. NICE, London.

Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew MA, Reynolds CF3rd; Kupfer DJ (1997) Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA*, 278, 24: 2170-7.

Pabst, A./ Kraus, L./ Gomes de Matos, E./ Piontek, D. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *SUCHT*, 59 (6): 321-331

Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.) (2013) *Arzneiverordnungs-Report 2013*. Berlin, Heidelberg: Springer. 2013

Sivertsen B, Nordhus IH. (2007). Management of insomnia in older adults. *Br J Psychiatry*, 190, 285-6.

Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Havik OE, Kvale G, Nielsen GH, Nordhus IH (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 295 (24), 2851-8.

Smith M., Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry*, 159(1): 5-11.

Soyka M; Queri S; Küfner H; Rösner S (2005) Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Der Nervenarzt*. 76, 1: 72.77

Soumerai SB, Simoni-Wastila L, Singer C, Mah C, Gao X, Salzman C, Ross-Degnan D (2003) Lack of relationship between long-term use of benzodiazepines and escalation to high dosages. *Psychiatr Serv*, 54, 7: 1006-11.

Wagner AK, Zhang F, Soumerai SB, Walker AM, Gurwitz JH, Glynn RJ, Ross-Degnan D (2004): Benzodiazepine use and hip fractures in the elderly: who is at greatest risk? *Arch Intern Med*, 164(14): 1567-1572.

Wolter- Henseler, DK (1999) Benzodiazepine: Verordnung, Einnahme, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12, 2: 115-28.

B 4 | Illegale Drogen

B 4-1

Gundula Barsch

Crystal – eine neue psychoaktive Substanz bewegt das Land

Etwa seit dem Jahr 2009 präsentieren die deutschen Medien regelmäßig mehr oder weniger gut recherchierte Berichte über die „Monsterdroge Crystal“. Allerdings macht diese Substanz in verschiedenen Regionen der Welt schon lange Furore und ist vielerorts unübersehbar mit dramatischen gesundheitlichen und sozialen Folgen für die Konsumenten verbunden (vgl. u. a. Auslandjournal vom 27.03.2013).

Hilflos erscheinen jedoch die altbekannten Versuche, durch Abschreckung den Konsum dieser Substanz zu verhindern. Wie bei fast jeder neu aufkommenden psychoaktiven Substanz tauchen auch jetzt wieder Bilder von Menschen auf, die auf Vorher- und Nachher-Bildern mit den sogenannten Faces of Meth präsentiert werden. Dieses Mal sind es Crystal konsumierende Frauen und Männer, die in der Regel unter den Bedingungen ihrer Strafgefängnishaft im Gefängnis fotografiert werden. Deren augenscheinlich schlechter körperlicher Zustand sorgt bei den Lesern für Erschauern und Erschrecken. Auch wenn sie im Bemühen um Prävention gut gemeint sind, ist ihr Wert für eine sachgerechte Aufklärung mehr als zweifelhaft. In der ersten deutschen Studie, die Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag von Crystal-Konsumenten liefert, lassen sich sogar Hinweise dafür finden, dass diese medialen Inszenierungen bei den Konsumenten kontraproduktive Wirkungen auslösen (vgl. Barsch 2014).

In Deutschland haben diese Bilder ihre Popularität vor allem über die Titelseiten großer Tageszeitungen und Magazine erhalten. Auf diesen werden immer wieder die so betitelten „Crystal-Monster“ gezeigt und die sogenannte „Todesdroge“ indirekt geradezu beworben (vgl. u. a. Süddeutsche Zeitung vom 27.02.-



2012, Die Welt vom 22.05.2013) – dies, obwohl längst bekannt ist, dass Bilder dieser Art die sachgerechte Auseinandersetzung mit den Risiken einer psychoaktiven Substanz eher verhindern als fördern.

Die unbefriedigende epidemiologische Datenlage

Die Datenlage zu der Verbreitung und den Konsumformen von Methamphetamin, das gegenwärtig unter dem Szenenamen „Crystal“ kursiert, ist sowohl in Europa als auch in Deutschland unbefriedigend: In den epidemiologischen Berichten wird in der Regel nicht zwischen Amphetamin und Methamphetamin unterschieden. Deshalb beschränkt sich der Versuch, einen Überblick über die Verbreitung dieser Substanz zu präsentieren, darauf, den Daten zu Weckaminen nachzugehen, die unter „Amphetamine“ zusammengefasst werden.

Legt man diese Zahlen für eine Einschätzung zugrunde, wird schnell deutlich, dass der Konsum von Amphetamin in nichtmedizinischen Bezügen auch in Deutschland keineswegs neu ist: Hinweise auf seine Wiederentdeckung zumindest in verschiedenen Feinkulturen gibt es bereits seit Mitte der 1990er Jahre. Mit einem Durchschnittswert von 2,2 % bei der 12-Monats-Prävalenz unter jungen Erwachsenen im Alter von 15-34 Jahren für 2005 gehörte Deutschland jedoch zu den Ländern mit einer eher mittleren Verbreitung (vgl. EBDD 2006, Kapitel 4). Beschränkt auf einen episodenhaften Konsum blieben zu dieser Zeit ernstzunehmende physische, psychische und soziale Probleme für die Konsumenten mehrheitlich aus, so dass die verschiedenen Hilfesysteme kaum nennens-

wert mit Amphetaminkonsumenten konfrontiert waren.

Diese Situation hat sich in den zurückliegenden ca. vier Jahren zumindest in den Regionen Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Bayern deutlich geändert. Zum einen ist dem dominierenden Amphetaminkonsum (in Szenebezügen als „Speed“ kursierend) nunmehr ein verstärkter Konsum von Methamphetamin gewichen (in Szenebezügen als „Crystal“ kursierend). Zum anderen haben sich mit der Verbreitung von Crystal offensichtlich auch die Konsummuster verändert. Diese führen nunmehr für eine größere Konsumentengruppe auch relativ schnell zu physischen, psychischen und sozialen Problemen.

Als angrenzendes Nachbarland wird speziell Tschechien für das Ankommen dieser Substanz vor allem in den deutschen Grenzregionen verantwortlich gemacht. Allerdings weisen die heutigen Konsumenten unisono darauf, dass die Beschaffung von Crystal längst völlig unabhängig vom Grenzverkehr zu Tschechien möglich ist.

Crystal in Alltagsbezügen ist keineswegs unbekannt

Unter dem Szenenamen „Crystal“ bzw. „Crystal-Meth“ firmiert die schon lange bekannte psychoaktive Substanz Methamphetamin, die nunmehr in größerem Umfang auch für den Freizeitkonsum entdeckt wird.

Unter dem bereits seit 1933 bekannten Medikamentennamen „Pervitin“ war Methamphetamin zumindest in der DDR bis 1990 in der Roten Liste der Arzneimittel aufgeführt und als Medikament unspektakulär erhältlich (vgl. Arzneimittel-Verzeichnis 1982, S. 241). Nachdem das Medikament in Zuge der deutschen Vereinheitlichungen vom Markt genommen wurde, lassen sich bereits in den 1990er Jahren Hinweise dafür finden, dass Methamphetamin weiterhin in bestimmten kulturellen Milieus im Freizeitbereich genutzt wurde: u. a. in der schwulen Subkultur (vgl. Kreye 2005), in der Tanzpartyszene (vgl. Cousto 2005) und unter Sportlern (vgl. u. a. Agassi 2009). Allerdings avancierte der

Crystal-Konsum bis dahin nicht zu einem allgemeinen Trend (vgl. Reitox-Bericht 2011, S. 50). Befragte ältere Konsumenten erinnern sich regelmäßig, dass Methamphetamin in den 90er Jahren als „Piko“ verfügbar war und *„... immer mal wieder konsumiert wurde.“* (Barsch 2014, S. 14) Allerdings zog dieses Konsumverhalten keine besondere soziale Aufmerksamkeit auf sich und blieb weitgehend unbemerkt.

In Deutschland ändert sich diese Situation seit etwa 2007. Interessant ist, dass sich diese Entwicklungen mit einer erstaunlichen regionalen Unterschiedlichkeit vollziehen. Beobachtbar ist ein deutliches Süd-Nord-Gefälle, weshalb insbesondere die südlichen Bundesländer mit Problemen konfrontiert sind, die auf den Crystal-Konsum zurückgehen. Die nördlichen Bundesländer kennen das Phänomen des Crystal-Konsums zwar aus Einzelfällen, sind aber diesbezüglich nicht mit großen Belastungen konfrontiert. Im Gegensatz dazu wird insbesondere in den an Tschechien grenzenden bzw. grenznahen Teilen Bayerns, Thüringens und Sachsens sowie in den südlichen Teilen Sachsen-Anhalts und Brandenburgs auf eine wachsende Konfrontation der Hilfesysteme mit Problemen des Crystal-Konsums verwiesen.

Unabhängig von den jeweiligen regionalen Besonderheiten vollziehen sich die mit dem Crystal-Konsum einhergehenden Entwicklungen trotz regelmäßiger epidemiologischer Studien ohne große Vorwarnungen und treffen auf ein eher überraschtes und nicht gut vorbereitetes Präventions- und Hilfesystem.

Crystal-Konsum: Probleme kommen in vielen Hilfesystemen an

Während die Ausmaße des Crystal-Konsums, seine Einbettung in den Lebens- und Konsumalltag, die damit verbundenen Herausforderungen und Risiken für die Konsumenten und die in diesem Zusammenhang bisher praktizierten Bewältigungsstrategien wenig bekannt sind, kommen die durch Crystal-Konsum ausgelösten Folgen in sehr unterschiedlichen Facetten im Hilfesystem an. Sie stellen sich u. a. dar:

- in neuen Herausforderungen an Polizei und Sicherheitskräfte, die zu Auseinandersetzungen mit hoch agitierten und psychotischen Personen gerufen werden;
- in neuen Fragestellungen in Bezug auf das Wohl von Kindern Crystal konsumierender Eltern, die sich immer wieder in Situationen hineinmanövrieren, in denen sie die Verantwortung für ihre Kinder nicht wahrnehmen;
- in der Ratlosigkeit von Jugendsozialarbeitern, denen es mit bisherigen Angeboten nicht mehr gelingt, Kontakt zu Crystal-konsumierenden Kindern und Jugendlichen herzustellen und zu halten;
- dem Befremden von Eltern, Angehörigen und Freunden, die die Wesensveränderungen von Crystal-Konsumenten nicht einordnen können und auf deren verstörendes Sozialverhalten mit Wut, Verzweiflung und oft auch Kontaktabbruch reagieren;
- in Schwangerschaftsberatungsstellen, in denen werdende sehr junge Mütter (15-17 Jahre) betreut werden, die ihren Crystal-Konsum nicht einstellen, obwohl bereits Schädigungen des Kindes nachweisbar sind;
- in zumeist Hausarztpraxen, die die eigentlichen Ursachen der oft starken Behandlungsbedürftigkeit der Patienten nicht erkennen und diese nicht in nötigen längeren Behandlungen halten können;
- und nicht zuletzt im Drogenhilfesystem, in dem sich ein deutlicher Anstieg von Klienten nachweisen lässt, die zumindest neben anderen Substanzen Crystal konsumieren, während einer Substitutionsbehandlung Crystal beikonsumieren oder tatsächlich als Hauptproblem ihren problematischen Crystal-Konsum angeben und von diesem entgiften und/oder entwöhnen wollen, von den vorgehaltenen Angeboten aber nur bedingt profitieren können (vgl. unveröffentlichtes Protokoll des Runden Tisches Saalekreis/Halle vom 17.04.2013).

Deutlich wird, dass zumindest in vielen Regionen der südlichen Bundesländer Deutschlands große Teile des psycho-sozialen und medizinischen Hilfesystems mit Problemen konfrontiert sind, die durch Crystal-Konsum induziert werden und sich nicht mit den

bisherigen Routinen und Angeboten bewältigen lassen.

Mit innovativen Handlungsstrategien couragiert starten

Mit der Entdeckung billiger, ergiebiger und noch nicht kriminalisierter Rohstoffe zur Produktion hochpotenten Methamphetamins sind die Preisbarrieren schon jetzt gefallen. „Eine Nase Crystal“ ist derweil für weniger als 10 Euro zu haben und ermöglicht Konsumeffekte, die über 48 Stunden andauern können (vgl. Barsch 2014, S. 25). Sowohl die Verfügbarkeit als auch die Verbreitung des Konsums entwickeln sich so rasch, dass nicht genug Zeit für soziale Lernprozesse und eine Innovation der Drogenkonsumkultur bleibt, mit denen den Herausforderungen des Crystal-Konsums begegnet werden könnte. Hierzu ist rasches Reagieren von Seiten des Drogenhilfesystems gefragt.

Für Teile insbesondere der jugendlichen Bevölkerung avanciert Crystal derweil zu einem interessanten Rahmen für Geselligkeit, Spaß und Vergnügen. Es fehlen allerdings Wissen und Fähigkeiten, die Besonderheiten und Risiken des hochpotenten Methamphetamins einschätzen zu können. Insbesondere dort, wo die Konsumenten aus leistungsbezogenen und sinngebenden Strukturen ausgeschlossen sind und nur wenige Impulse erhalten, ihren Konsum zu limitieren, beschränkt sich der Crystal-Konsum nicht mehr auf einzelne Ereignisse und hochselektive Bezüge, sondern wird oft ein obligatorisches Element des Alltags. Daraus leiten sich vielfach verheerende Folgen für die physische, psychische und soziale Gesundheit sowohl der Konsumenten selbst, als auch der Menschen des näheren sozialen Umfeldes ab. Diese können das oft verstörende Sozialverhalten der Crystal-Konsumenten nicht deuten, leiden unter Stress, Unzuverlässigkeit und emotionalen Zurückweisungen und sehen sich hilflos diesen zerstörerischen Entwicklungen ausgeliefert.

Noch immer muss eingeschätzt werden, dass große Teile des Systems der Suchtprävention und Drogenhilfe von dieser Entwicklung überrollt werden – sowohl in den jeweils be-

troffenen Regionen, als auch auf bundespolitischer Ebene. Insbesondere die bundesdrogenpolitisch Verantwortlichen hoffen offensichtlich noch immer darauf, dass diese Konsummuster eine kurzlebige Mode bleiben und sich in ihrer Bedeutung schnell wieder relativieren werden. Nach wie vor dominiert in den Medien die Darstellung abschreckender Bilder und Berichte. Aus diesen ergeben sich allerdings für die Konsumenten kaum Hinweise, wie sie sich mit ihrem Tun einem passenden Risikomanagement unterwerfen könnten. Zu dieser fatalen Situation kommen Rufe aus Expertenkreisen, nach denen es für diese Substanz keine Safer-Use-Strategien geben dürfe. Es bleibt damit festzuhalten, dass es noch immer wertvolle Zeit kostet, die national wie international längst bewährten Strategien von Harm Reduction und Entwicklung von Drogenmündigkeit durchzusetzen und dafür mit entsprechenden Informations- und Aufklärungskonzepten Lernprozesse anzustoßen, selbstorganisierte Entwicklungsprozesse innerhalb der Drogenkultur zu fördern und die betroffenen Länder bei der Bewältigung der durch Crystal-Konsum entstehenden Problemlagen mit Modellprojekten zu unterstützen. Unübersehbar ist, dass es keineswegs an Ideen, wohl aber an Geldern für das Austesten innovativer Angebote mangelt.

Literatur

- Agassi, A. (2009): Open: An Autobiography. Knauer TB Verlag, München
Arzneimittel-Verzeichnis: Ausgabe 1982, Teil I. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin
Barsch, G. (2014): Crystal-Meth – Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag mit der Modedroge „Crystal“, Pabst Science Publisher, Lengerich
Cousto, H. (2005): Fachinformation: Speed, Amphetamin, Methamphetamin – Mischkonsum. In: <http://www.drogenkult.net/?file=Speed&view=pdf>
Stand 09.12.2013
Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) (2006): Jahresbericht. Stand der Drogenproblematik in Europa. EBDD, Lissabon.
Kreye, A. (2005): Lauter Gretchenfragen: Ist die jüngste Drogenepidemie in den USA an den steigenden Aidsraten schuld? In: Süddeutsche Zeitung 14.07.2005
Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, St., Jakob, L., Hammes, D., Raiser, P. (2011): Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD: DEUTSCHLAND – Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2010/2011

B 4-2

Bernd Werse

Zur Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS)

Seit einigen Jahren hat sich das Angebot an Produkten, die (noch) nicht illegalisierte synthetische Drogen enthalten, in Deutschland wie auch europaweit stark ausgeweitet. Derartige, zum Beispiel als Räuchermischungen, Badesalze oder Forschungsschemikalien (Research Chemicals bzw. RCs) irreführend deklarierte Stoffe werden häufig unter den Oberbegriffen „Legal Highs“ bzw. zunehmend auch „neue psychoaktive Substanzen“ (NPS) diskutiert. Nahezu alle Veröffentlichungen zum Thema verweisen auf die große und seit 2008 sprunghaft angestiegene Anzahl derartiger Substanzen, die – zumeist über Online-Shops – gehandelt werden (EMCDDA 2013). Durch diese Entwicklung ergibt sich für Drogenpolitik, Strafverfolgungsbehörden, Drogenhilfe und Forschung eine neuartige Problemlage: Änderungen nationaler Gesetze und internationale Empfehlungen zur Drogenkontrolle können dem rasanten Tempo, in dem neue Stoffe in Erscheinung treten, nicht annähernd gerecht werden. Auch die in diversen europäischen Ländern eingeführten generischen Gesetzgebungen, mit denen ganze Stoffklassen verboten wurden (van Amsterdam et al. 2013), hatten lediglich zur Folge, dass Substanzen aus anderen Stoffklassen auf den Markt kamen (siehe zu näheren Informationen über Rechtslage und Risiken von NPS Morgenstern in diesem Band).

Es stellt sich allerdings die Frage, ob diese Gruppe psychoaktiver Substanzen überhaupt eine quantitative Relevanz aufweist, sprich, von wie vielen Menschen diese Drogen konsumiert werden und welche Arten von NPS die größte Rolle spielen. Dieser Frage wird in diesem Artikel anhand verfügbarer Befragungen nachgegangen.

Bundesweite Repräsentativerhebungen zu NPS

Im „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (ESA) aus dem Jahr 2009 (Pabst et al. 2010) wurde erstmals die Prävalenz von Spice – dem zweifellos populärsten Legal-High-Produkt, das Ende 2008 hierzulande einen regelrechten Medienhype ausgelöst hatte (vgl. Werse 2009) – innerhalb der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland erfragt. 0,8% der 18- bis 64-Jährigen hatten das Produkt mindestens einmal im Leben konsumiert; die höchsten Werte waren mit 2,5% bei den jungen Erwachsenen zu beobachten. Die 12-Monats-Prävalenz beläuft sich auf 0,4%. Hier stellt sich indes die Problematik, dass das Produkt Spice zum Zeitpunkt der Erhebung in Form der enthaltenen Wirkstoffe JWH-018 und CP47-497 bereits verboten war. Dafür waren bereits zahlreiche neue sogenannte Räuchermischungen, also Cannabis-Ersatzprodukte, mit neuen Namen und neuen Wirkstoffen auf dem Markt verfügbar. Und auch die ersten „Badesalze“ mit zumeist stimulierenden Substanzen wurden zu diesem Zeitpunkt verkauft, ganz zu schweigen von „Research Chemicals“, die – allerdings beschränkt auf eine sehr kleine Gruppe von über das Internet vernetzten Insidern – bereits seit Jahren konsumiert wurden. Jedenfalls wurde nach all diesen anderen NPS-Produkten nicht gefragt, weshalb die o.g. Zahlen (die bei derartigen Repräsentativbefragungen, gerade im Hinblick auf eher spezifische Drogenphänomene ohnehin mit Vorsicht zu genießen sind) tatsächlich nur für das bereits illegalisierte Produkt Spice gelten. Im darauf folgenden ESA (Pabst et al. 2013) wurde die entsprechende Kategorie zwar erweitert, dies allerdings ebenfalls unzureichend: gefragt wurde nach „Spice, Smoke, Space, Badesalze, Cathinone u.a.“. Zusätzlich zu Spice wurden zwei sogenannte Räuchermischungen genannt, die schon seit mehreren Jahren vom Markt verschwunden waren („Space“ war dabei sogar ein reines „Fake“-Produkt), und Cathinone wurden als die einzige konkrete NPS-Substanzgruppe genannt, obwohl längst zahlreiche andere im Umlauf waren. Zudem fehlt mit „Räuchermischungen“ der zentrale

Oberbegriff für die wohl mit Abstand meist-konsumierte Gruppe von NPS-Produkten, und auch zu diesem Zeitpunkt aktuelle und populäre Produktnamen (etwa „Monkees go Bananas“ oder „Lava Red“) waren nicht angegeben. Folgerichtig wurde mit 0,2% (n=12) auch ein noch geringerer Wert für die 12-Monats-Prävalenz ermittelt; die Lebenszeitprävalenz ist in dieser Befragung nicht mehr enthalten.

Was andere wiederholt durchgeführte bundesweite Repräsentativerhebungen angeht, so kann die Sache kurz gemacht werden: es gibt keine, in denen nach NPS gefragt wird. Ohnehin existiert nur eine weitere wiederholt durchgeführte Befragung auf Bundesebene, die „Drogenaffinitätsstudie“ der BZgA, die sich an Jugendliche und junge Erwachsene richtet (aktuell: BZgA 2012). Obwohl es seit Beginn des NPS-Phänomens bereits drei Erhebungen gab und das Thema immer wieder in der Öffentlichkeit diskutiert wurde, wurden NPS nicht in den Fragebogen aufgenommen – ebenso wenig wie bei der 2009/10 erstmals bundesweit durchgeführten HBSC-Studie (HBSC-Team Deutschland 2012)⁸ und der nur in einigen Bundesländern stattfindenden internationalen Schülerbefragung ESPAD (Kraus et al. 2012).

Die einzige weitere bundesweite Repräsentativerhebung, in der nach NPS gefragt wurde, ist eine von der EU in Auftrag gegebene „Eurobarometer“-Befragung unter 15- bis 24-Jährigen aus dem Jahr 2011 (The Gallup Organization 2011). Dabei wurde in Deutschland eine Lebenszeitprävalenz in dieser Altersgruppe von 4% ermittelt, was nahezu dem europäischen Mittelwert entspricht⁹. In der entsprechenden Frage war von „Substanzen, die die Effekte von illegalen Drogen

imitieren“ (*eigene Übersetzung*) die Rede – eine Formulierung, die zwar zumindest im weiteren Sinne auf den Großteil der gehandelten NPS zutrifft, aber nicht auf alle: Gerade über die zeitweise populärste Einzelsubstanz Mephedron (seit 2010 dem BtMG unterstellt) wurde von Konsumierenden berichtet, dass deren Rauscheffekte nur schwer mit anderen Drogen vergleichbar seien.

Lokale Repräsentativerhebungen

In der im Rahmen des lokalen Drogenmonitoringsystem MoSyD durchgeführten Frankfurter Schülerbefragung (aktuell: Bernard et al. 2013) werden 15- bis 18-Jährige seit Ende 2008 nach Legal-High-Produkten gefragt. Die Zahl derer, die Konsumerfahrungen mit Räuchermischungen gemacht haben, stieg dabei zunächst von 6% auf 9% (2010) an, um sich dann auf einem etwas niedrigeren Niveau zu stabilisieren (2011/2012: 7%). Bei dieser Befragung wurde deutlich, dass es sich bei diesen Personen weit überwiegend um Personen handelt, die bereits Erfahrungen mit Cannabis hatten und den Konsum der Cannabis-Substitute zumeist nach wenigen Versuchen wieder einstellten. Lediglich 1% haben solche Produkte mehr als zehnmal konsumiert, 2% haben sie in den letzten 30 Tagen gebraucht (2012). Andere Legal Highs und/oder Research Chemicals wurden im Jahr 2012 von 2% der Jugendlichen ausprobiert. Dieser Anteil ist allerdings als Maximalwert einzustufen, da offenbar viele Befragte andere Substanzen (v.a. Pflanzendrogen und missbrauchbare Medikamente) unter diese Kategorie subsumierten, obwohl die Frage recht eindeutig formuliert war¹⁰. Im Übrigen ist auch denkbar, dass ein Teil derer, die die Frage nach Räuchermischungen positiv beantworteten, damit eigentlich Cannabis meinten – die Antworten auf einige offene Fragen im Fragebogen deuten darauf hin, dass ein kleiner Teil der Jugendlichen mit Drogenerfahrungen gar nicht genau wissen,

⁸ Wobei in dieser Erhebung der Altersfokus (11-, 13- und 15-Jährige) ohnehin eher unpassend für eine derartige Fragestellung wäre.

⁹ EU-weit lag der Wert bei 5%; an der Spitze der Rangliste lagen hier Irland (16%), Polen und Lettland (je 9%) sowie das Vereinigte Königreich (8%). Auf der anderen Seite wiesen Malta (0%), Italien und Finnland (je 1%) nur äußerst geringe Prävalenzraten auf.

¹⁰ So enthielt die Frage u.a. die Anmerkung „Nicht gemeint sind hier Pflanzendrogen (z.B. Salvia) oder Medikamente.“

was sie bereits konsumiert haben (und was nicht).

Auch in Hamburg wurde im Rahmen der SCHULBUS-Schülerbefragung, bislang zweimal, nach Legal Highs gefragt (Baumgärtner/Kestler 2013): Dabei sank in dieser etwas jüngeren Stichprobe (14- bis 17-Jährige) die Lebenszeitprävalenz von „Spice“/ Räuchermischungen zwischen 2009 und 2012 von 4,8% auf 3,3%; die 2012 erstmals erfragten Research Chemicals (ohne „Badesalze“ oder andere Legal Highs) waren von 1,2% mindestens einmal konsumiert worden.

Nicht-repräsentative Erhebungen zum Thema

Als Zwischenfazit gilt es hervorzuheben, dass in bislang erst wenigen Repräsentativerhebungen überhaupt der Konsum von Legal-High-Produkten erfragt wurde, und wenn, dann tut man sich oft schwer mit der Frageformulierung, was wohl ein Grund dafür ist, weshalb die Prozentanteile so unterschiedlich ausfallen. Deutlich wird aber, dass sich der Großteil des Probierkonsums von NPS auf Jugendliche konzentrieren dürfte, wobei weit überwiegend – häufiger als z.B. bei Cannabis – der Konsum nach einem oder wenigen Gelegenheiten wieder eingestellt wird. Aus Internetquellen sowie qualitativen Erhebungen zum Thema (Werse/ Müller 2010) gab es indes Hinweise darauf, dass die kleine Gruppe der regelmäßigen Konsument/inn/en am ehesten unter Erwachsenen jungen und mittleren Alters zu finden sei. Vor allem, um diese erfahrenen Konsumierenden näher zu untersuchen, wurden 2011 und 2013/14 zwei Online-Befragungen durchgeführt, die sich direkt an NPS-Konsument/innen in Deutschland richteten (Werse/ Morgenstern 2011¹¹).

Dabei wird zunächst die Einschätzung bestätigt, dass sogenannte Räuchermischungen die meistkonsumierte Kategorie von NPS-

Produkten darstellen, wenn sie auch nicht so dominant sind wie in den o.g. Repräsentativerhebungen. Letzteres liegt wohl daran, dass mit den Online-Befragungen wie intendiert eher erfahrenere sowie gut informierte Konsumierenden erreicht wurden, die eher auf Reinsubstanzen zurückgreifen und auch eher aus Experimentierfreude heraus diverse ‚neue‘ Drogen probieren. Zwischen den beiden Erhebungen zeigen sich zudem Unterschiede: während sich die Lebenszeitprävalenz von Räuchermischungen von 86% auf 82% nur leicht verminderte, sank der aktuelle Konsum(30 Tage) deutlich von 35% auf 17%. Zum Teil dürfte dies mit der Verbreitung der erstmals gesondert erfragten synthetischen Cannabinoide in Reinform zusammenhängen (2013/14: Lebenszeit: 46%, 30 Tage: 11%), wobei aber auch die zusammengefasste 30-Tages-Prävalenz für Räuchermischungen und synthetische Cannabinoide lediglich bei 22% liegt. Auch die Verbreitung von „Badesalzen“ und anderen Legal-High-Produkten liegt in der zweiten Befragung niedriger als in der ersten (Lebenszeit: 35% vs. 29%, 30 Tage: 15% vs. 6%), wogegen die Verbreitung von Research Chemicals leicht zugenommen hat (Lebenszeit: 39% vs. 45%, 30 Tage: 19% vs. 20%)¹². Es zeigt sich also insgesamt eine gewisse Tendenz weg von Legal-Highs-Mischungen ohne Deklaration der Wirkstoffe hin zum Konsum von NPS als Reinsubstanzen.

Eines der bemerkenswertesten Resultate der zwei Online-Befragungen bezieht sich auf die regionale Verteilung: Bereits 2011 war Bayern das Bundesland, aus dem relativ betrachtet die meisten Befragten teilnahmen¹³. In der

¹² Hierbei ist zu beachten, dass in der ersten Erhebung noch synthetische Cannabinoide als Reinsubstanz in der Kategorie „Research Chemicals“ enthalten waren, aber quantitativ wohl keine Rolle spielten (nur 3% aller Befragten bzw. 7% der RC-Erfahrenen gaben an, mindestens ein synthetisches Cannabinoid konsumiert zu haben). Daher hat der Konsum von RCs „real“ relativ deutlich zugenommen; die Lebenszeitprävalenz für RCs *inklusive* synthetischer Cannabinide beträgt 2013/14 67%, die 30-Tages-Prävalenz 25%.

¹³ Dies abgesehen von Hessen, dessen Überrepräsentation aber quasi ausschließlich auf die geographische Nähe zum ausführenden Institut zurück-

¹¹ Zur zweiten Befragung gab es bislang keine Fachveröffentlichung; voraussichtlich werden im Laufe des Jahres ein oder zwei Artikel dazu erscheinen.

zweiten Erhebung steigerte sich der Anteil bayerischer Befragter an der Stichprobe nochmals von 23% auf 32% – der Anteil der Einwohner/innen Bayerns an der deutschen Gesamtbevölkerung beträgt lediglich 15%. Daneben ist nur noch Baden-Württemberg in der Stichprobe nennenswert überrepräsentiert. Beide Länder – Bayern aber in besonderem Maße – sind dafür bekannt, dass die Drogenprohibition in besonders scharfer Form und mit z.T. unverhältnismäßig drakonischen Strafen durchgesetzt wird. Daher liegt es nahe, dass hier ein Zusammenhang besteht.

Schlussfolgerungen

Zunächst gilt es ein Forschungs- bzw. Empiriedefizit hervorzuheben: Obwohl das NPS-Phänomen immer wieder in den Medien sowie auf politischer Ebene, zuletzt in Person der Vizepräsidentin der Europäischen Kommission, Viviane Reding (Europäische Kommission 2013) zum Thema gemacht wird, ist das Interesse daran, wie stark diese Substanzen tatsächlich verbreitet sind, offenbar eher gering: Von zwei regelmäßigen bundesweiten drogenbezogenen Repräsentativbefragungen wird in einer nur unzureichend, in der anderen gar nicht nach NPS-Konsum gefragt.

Andere Erhebungen zum Thema deuten darauf hin, dass zwar ein gewisser Anteil junger Menschen solche Stoffe probiert, den Konsum aber überwiegend bald wieder einstellt. Ohnehin macht der Anteil der NPS-Probierer/innen jeweils nur einen kleinen Anteil aller Drogenerfahrenen aus; in der Frankfurter Befragung z.B. weniger als ein Fünftel.

Auch wenn das Phänomen also insgesamt quantitativ eher zu vernachlässigen ist (und wohl auch nicht weiter angewachsen ist), so verdient die kleine Gruppe, in der diese Stoffe konsumiert werden, dennoch Aufmerksamkeit. Letzteres allein schon deshalb, weil NPS – allen voran die synthetischen Cannabinoide – größere physische und wohl auch psychische Risiken bergen als illegale Drogen

(vgl. Auwärter et al. 2012, siehe auch Morgenstern in diesem Band). Zum anderen aber deswegen, weil die Verteilung der regelmäßig Konsumierenden sehr ungleich zu sein scheint: Dort, wo die Verfügbarkeit illegaler Drogen relativ hoch ist und sich die Angst vor Repression bei gelegentlichen wie intensiven Drogenkonsument/inn/en in Grenzen hält, findet man nur selten wiederholte oder gar regelmäßige NPS-Konsumierende. Unter umgekehrten Vorzeichen gibt es hingegen gleich mehrere Gründe, von illegalen Drogen auf Legal-High-Produkte auszuweichen: neben der allgemeinen Verfügbarkeit, Preisen, Qualität und der allgemeinen Furcht vor Repression bzw. Kriminalisierung auch die Sorge, seinen Führerschein zu verlieren, ganz ohne ein Fahrzeug zu führen (siehe auch Pütz in diesem Band). Wenn also die erhöhte Repression von Drogenkonsumierenden in Bayern offenbar eine eingeschränkte Verfügbarkeit und verstärkte Ängste der Konsumierenden mit sich bringt, so vermag sie ohnehin nicht die Anzahl jugendlicher Kiffer besonders gering zu halten (vgl. Kraus et al. 2012), und hat stattdessen zur Folge, dass Betroffene verstärkt auf schädlichere ‚Alternativen‘ ausweichen, mit bislang noch unbekannten möglichen Langzeitfolgen. Das NPS-Phänomen ist daher als weiteres Beispiel für die nicht-intendierten negativen Folgen der Drogenprohibition zu betrachten.

zuführen war, wie weitere Analysen zeigten. In der Befragung 2013/14 waren Befragte aus Hessen nicht mehr nennenswert überrepräsentiert.

Literatur

Auwärter, V., Kneisel, S., Hutter, M., Thierauf, A. (2012): Synthetische Cannabinoide. Rechtsmedizin, 22 (4): 259-271

Baumgärtner, T./ Kestler, J. (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich – Kurzbericht. Hamburg: Büro für Suchtprävention.

Bernard, C./ Werse, B./ Schell-Mack, C. (2013): Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2011. Frankfurt a.M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

BZgA (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

EMCDDA (2013): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.

Europäische Kommission (2013): Pressemitteilung - Europäische Kommission ergreift entscheidende Maßnahmen gegen neue Suchtstoffe („Legal Highs“). Brüssel: Europäische Kommission. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-837_de.htm

HBSC-Team Deutschland (2012). Studie Health Behaviour in School-aged Children –Faktenblatt „Drogenkonsum von Jugendlichen“. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion

Kraus, L./ Pabst, A./ Piontek, D. (2012): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. München: Institut für Therapieforschung

Pabst, A./ Piontek, D./ Kraus, L./ Müller, S. (2010): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. SUCHT, 56 (5): 327–336.

Pabst, A./ Kraus, L./ Gomes de Matos, E./ Piontek, D. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. SUCHT, 59 (6): 321–331

The Gallup Organization (2011): Flash Eurobarometer 330 – Youth attitudes on drugs. Analytical report. (On behalf of the European Commission). Budapest: The Gallup Organization. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_en.pdf

Van Amsterdam, J./ Nutt, D./ van den Brink, W. (2013): Generic legislation of new psychoactive drugs. J Psychopharmacol 27 (3): 317-324.

Werse, B. (2009): Spice und andere sogenannte Räuchermischungen - Kurzbericht einer Pilotstudie aus Frankfurt am Main. abhängigkeiten, 3: 47-52

Werse, B./ Morgenstern, C. (2011): Abschlussbericht – Online-Befragung zum Thema „Legal Highs“. Frankfurt a.M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

Werse, B./ Müller, O. (2010): Spice, Smoke, Sence & Co. – Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung. Unter Mitarbeit von

Nabil Ahmed. Frankfurt a.M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

B 4-3

Martin Dörrlamm

Die Sache mit dem Crack

Die „Teufelsdroge“¹⁴

Die Thematisierung von angeblich „neuen“ Drogen erfolgt in aller Regel wellenförmig.¹⁵ Dabei verstärken sich Beschreibung und Wahrnehmung wechselseitig im interessierten Zusammenspiel von (Boulevard-)Medien, öffentlicher Meinung, Politik und den Fachleuten aus Drogenhilfepraxis, Strafverfolgung und Wissenschaft. Was in diesem oft widersprüchlichen Prozess verloren geht, ist eine realistische Beschreibung des tatsächlich stattfindenden Konsums und der Lebensrealität der Konsumierenden. Insofern dient diese Thematisierung häufig genug mehr der (Selbst-)Vergewisserung der Öffentlichkeit über Normalitätsvorstellungen und ihren Nicht-Konsum als einem angemessenen Umgang mit Konsumierenden. Treibende Kraft, zumindest zu Beginn einer solchen „neuen Drogenwelle“, sind üblicherweise nicht die Fachleute, sondern die Boulevardmedien. Auch Sozialforscher/innen und Sozialarbeiter/innen lesen Stern, Spiegel und Bild.

Entsprechend wird dann häufig versucht, die medientypischen Dramatisierungen klein zu reden. So nimmt sich die Fachöffentlichkeit des „Problems“ an und bestätigt damit die Wahrnehmung und Thematisierung der „neuen“ Substanz. Beide Berufsgruppen sind dabei auf die öffentlich bereitgestellten Gelder angewiesen, die im Rahmen einer solchen Thematisierungswelle leichter zu akquirieren sind. Ein anschauliches Beispiel für diese Prozesse stellt die langjährige Thematisierung von Crack dar.

Vor mehr als einem Vierteljahrhundert wurde die Bundesrepublik von einer „neuen“ Droge überschwemmt: der „Todesdroge Crack“¹⁶.

Die „Flut“ fand allerdings nicht in den Drogenszenen statt, sondern beschränkte sich zunächst auf den Boulevard. Spiegel, Stern und Co. wussten sehr genau, wohin die Reise geht: „gefährlich wie die Seuchen des Mittelalters“¹⁷ überschwemmte die Kokainaufbereitung die USA und war kurz vor dem Sprung nach Europa. Damit das nicht passiert, haben die Fachleute aus Kriminalitätsbekämpfung, Drogenforschung, -politik und -hilfe erst einmal beschlossen, dass es Crack diesseits des Atlantiks nicht gibt.¹⁸ Während die „Crackwelle“ in den USA Konservativen und Reaktiönären zum Revival des „Krieg den Drogen“ diente, wuchsen hier gerade die ersten zarten Pflänzlein akzeptanzorientierter Harm Reduction-Angebote. Trotzdem wiederholten sich die Darstellungen der „Seuche“, „Welle“ und „Flut“ bis mindestens zur Jahrtausendwende in den Medien, die nicht mehr nur in auflagenstarken Zeitschriften, sondern inzwischen auch auf dem Bildschirm, effektheischend das Elend der Drogenkonsument/innen darstellten.

Zur tatsächlichen Verbreitung

Die Bilder hierzu ließen sich leicht in den Drogenszenen von Hamburg und Frankfurt finden. In den Straßenszenen beider Städte verbreitete sich Crack innerhalb relativ kurzer Zeit in der zweiten Hälfte der 90er Jahre flächendeckend. Das vorher neben Heroin in diesen Szenen konsumierte Pulverkokain wurde so vollständig ersetzt, dass auf der Straße kaum noch mit Kokain gehandelt wird. Dies führte zu einer deutlichen Trennung der Märkte von Straßenszene einerseits und Konsument/innen im „bürgerlichen“ Milieu andererseits. Auch aus Hannover wird seit der zweiten Hälfte der 90er von Crack- oder Freebase¹⁹-Konsum berichtet.

anlässlich des Aushebens eines „Crack-Labors“ in Essen getauft.

¹⁷ So der Spiegel in Anlehnung an „Newsweek“ am 20.10.1986

¹⁸ Und wenn doch, so sei das höchstens „Freebase“, keinesfalls das hysterisch in den Medien beschriebene „Crack“.

¹⁹ Crack und Freebase werden aus Kokainhydrochlorid (Pulverkokain) mittels Natron bzw.

14 DER SPIEGEL 32/1996 vom 05.08.1996

15 Siehe auch den Beitrag von G. Barsch in diesem Band

16 So wurde die Zubereitungsart zumindest von der Deutschen Presseagentur, dpa, am 17.10.1986

Nach Wahrnehmung von Drogenhilfe und Polizei spielt die Substanz in anderen Städten kaum eine Rolle. Entsprechend sieht auch die Polizeiliche Kriminalstatistik aus.²⁰ Sowohl Sicherstellungen wie auch erfasste Erstkonsument/innen sind im Wesentlichen diesen Szenen zuzuordnen. So werden nennenswerte Zahlen über die Jahre nur für die entsprechenden Bundesländer (Hamburg, Hessen, Niedersachsen) aufgeführt.

Trotzdem tauchen Berichte über den Konsum von Crack in allen Regionen an den unterschiedlichsten Orten auf. Das reicht von mündlichen Berichten von Jugendlichen über ihre vorhergehenden Konsumerfahrungen andernorts gegenüber Streetworker/innen in Hamburg und Frankfurt, über Rechtfertigungsversuche von Angeklagten vor Gerichten in den verschiedensten Landesteilen und Schilderungen auf Videokanälen bis zu Bekenntnissen im australischen Dschungel bei „Ich bin ein Star, holt mich hier raus“²¹. Der Boulevard kennt natürlich auch den Crackkonsum von Prominenten aus Musik, Kunst und Politik. Es spricht also viel dafür, dass das „Hellfeld“ im Bereich des Konsums von Crack vor allem im Auge der Betrachter liegt. Wo Drogenhilfe und Polizei nur den verelendeten Drogenkonsum kennen, kommen mehr oder weniger integrierte Konsument/innen

nur durch individuelle Bekanntheit oder Zufall ans Licht.²²

Voraussetzungen und Entwicklung in Hamburg und Frankfurt

Beide Städte haben relativ große, stabile und von außen wahrnehmbare Straßendrogenszenen, in denen Heroin und Kokainpulver Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre vorwiegend intravenös konsumiert wurden. In beiden Städten gibt es daneben relativ große Kreise, die Kokainpulver konsumieren, ohne eine Anbindung an die „Junkieszene“ zu haben,²³ und einen entsprechenden Markt. Zu Beginn der 90er wurde von Straßensozialarbeiter/innen aus dem Jugendbereich, also jenseits der i.v.-Szenen, das Auftauchen von Crack thematisiert. In Frankfurt entstand vorübergehend eine eigenständige „Crackszene“, mit eigenen Treffpunkten und Handelsorten, die zuletzt nur durch einen Straßenzug von der klassischen Szene getrennt war.²⁴ Der Handel wurde zwar von der Polizei ethnisch zugeordnet (angeblich wurde er damals von „Schwarzafrikanern“ dominiert), das Wissen um die Produktionsprozesse war aber relativ verbreitet. Basis hierfür war auch die Präsenz von US-Truppenangehörigen, die sich häufig genug aus den entsprechenden Kreisen in den USA rekrutierten. Damit gab es hier nicht nur Gelegenheiten, an die Ausgangsstoffe zu kommen²⁵

Ammoniak aufbereitet. Beide Stoffe sind gut rauchbar und wirken erheblich schneller und kürzer als das langsam anflutende Kokainpulver. Freebase verliert unter Licht und Sauerstoffeinfluss relativ schnell an Wirkung, so dass es für den Straßenhandel eher problematisch ist.

²⁰ In Frankfurt wurde Crack seit 1996 von der Polizei festgestellt, in der Statistik ab 1998 aufgeführt. In der PKS des Bundes tauchen „Erstkonsumenten“ ab 2003 auf. Entsprechende Delikte werden erst seit 2010 gezählt. Die Einordnung in die Kategorie „Kokain“ in den Jahren zuvor dürfte auch auf mangelnde Differenzierung(sfähigkeit) der Polizeidienststellen zurückzuführen sein. Dass die Zahlen immer auch auf die Kontrollintensität der Polizei zurückzuführen sind, wird seit einigen Jahren auch in den Berichten zur Polizeilichen Kriminalstatistik festgestellt.

²¹ Abendzeitung München vom 16.01.13

²² Insbesondere für Pulverkokain konsumierende Menschen, die sich nur im Ausnahmefall in der Straßenszene versorgen, ist dies ein lange bekanntes Phänomen. Vgl. auch Hess/Behr 2004 und Werse et al. 2005

²³ Damit ist hier die Verbreitung in den unterschiedlichsten Subkulturen gemeint: Kulturschaffende, „Kreative“, „Leistungsträger“ im Banken und Werbebereich, Schwulen- und Lesbenszene, aber auch Rocker oder Menschen im Prostitutionsmilieu.

²⁴ Vgl. hierzu die Schilderungen in den Arbeitsberichten des Crack-Street-Projekts, wo u.a. die Kaiserstraße als Trennungslinien zwischen diesen beiden Welten beschrieben wird.

²⁵ Nach Aussage von Menschen, die sich zeitweise dem Aufkochen von Kokainpulver widmeten, war z.B. das hier erhältliche Backpulver ungeeignet für die Freebaseproduktion. Es wurde zumindest in den 90ern aus den Geschäften für die US-Truppen bezogen.

und sie zuzubereiten²⁶, sondern auch entsprechende Käufer zu finden²⁷, die bereit waren, für diese merkwürdige Substanz Geld auszugeben.

Strafverfolgung als Verbreitungsmodus

Die massenmediale Darstellung von Crack und seinen Konsument/innen führte zumindest in Frankfurt insbesondere in der Anfangsphase zu einer verschärften Verfolgung²⁸ durch die Polizei wie auch härtere Verurteilungen durch die Gerichte. Auf Seiten der Polizei wurden Kräfte gezielt gegen die Crackszene eingesetzt, um eine weitere Verbreitung zu verhindern. Und die Justiz bestrafte selbst den Besitz geringster Mengen relativ unnachgiebig. Die Folge war zunächst eine Verlagerung der Handelsaktivitäten aus dem zu sehr im Rampenlicht stehenden Innenstadtbereich (die zentrale Einkaufsmeile Zeil und Umgebung, Börse etc.). Aber auch im Bahnhofsviertel wurde Dealern und Konsumentenden²⁹ gezielt nachgestellt, so dass es für beide Gruppen sinnvoll erschien, sich zwischen den klassischen Drogenkonsumie-

renden aufzuhalten. Hier fiel es der Polizei schwer, klar zu differenzieren, und selbst die Gerichte ließen sich eher auf die traditionellen Vorstellungen (Therapie statt Strafe, Eigengebrauchsmenge) ein. Parallel lernten die reinen Crackkonsumierenden die Vorteile einer sedierenden Droge wie Heroin angesichts der langen, häufig mehrtägigen „Runs“³⁰ kennen. Für die flächendeckende Verbreitung von Crack in der Straßenszene der Opiatkonsumierenden war es dabei auch von Bedeutung, dass die unterschiedlichen Handelsgruppen auf der Straße praktisch kein Pulverkokain mehr anboten. Der vorher so verbreitete „Cocktail“³¹ (Heroin und Kokainpulver) wurde durch die Kombination von Crack³² und Heroin innerhalb von anderthalb Jahren weitestgehend ersetzt. Im Laufe der Jahre hat die Straßendrogenszene einen Umgang mit der „neuen“ Substanz gelernt. Die tagelange Vernachlässigung von Grundbedürfnissen (Essen, Trinken, Schlafen, Hygiene) während der „Runs“ beim reinen, inhalativen Crackgebrauch ist einem kontinuierlichen Beigebrauch gewichen, der nur noch im Einzelfall zu psychotischen Zuständen oder extremster Verelendung führt. Umgekehrt gibt es aber in der Straßenszene nur noch vereinzelt reine Opiatkonsument/innen. Ein Anwachsen der Drogenszene durch das besonders hohe „Suchtpotenzial“ oder ein massenhaftes Auftreten neuer Gruppen von Konsumierenden hat sich dagegen auch

²⁶ Auch wird immer mal wieder von gescheiterten Versuchen des Aufkochens berichtet, so dass etliche Gramm Kokain zu einem flüssigen, nicht verwertbaren Brei werden. Ob dabei eher technische Probleme oder problematische Ausgangsstoffe eine Rolle spielen, entzieht sich meiner Kenntnis.

²⁷ Das Entstehen entsprechender „Szenen“ in anderen Regionen und Städten dürfte vielfach daran scheitern, dass es keinen breiteren Markt für Crack gibt. Das Crack-Street-Projekt in Frankfurt hatte in seinen Arbeitsberichten mehrfach auf die gegenseitige Stigmatisierung der Konsumentengruppen hingewiesen. Für die „ordentlichen Junkies“ war Crack die absurde „Horror Droge“, für die vorübergehend (1996 bis Mitte 98) eigenständige Crackszene waren offensichtliche Verelendung und der i.v.-Konsum absolute No-Gos.

²⁸ Scheerer z.B. verweist ganz allgemein auf die Behinderung eines domestizierten Konsums durch den Verfolgungsdruck (Scheerer 2001, 530)

²⁹ 1997 wurden vom Crack-Street-Projekt im Wesentlichen drei Personengruppen ausgemacht, die Crack konsumierten: junge Menschen, für die eine Droge besonders vorteilhaft erschien, die nicht intravenös konsumiert wurde; Substituierte, die sich auf diesem Weg einen „Kick“ ermöglichen wollten und (einzelne) klassische Opiatkonsument_innen. Zu diesem Zeitpunkt wurde Crack in Frankfurt fast ausschließlich geraucht.

³⁰ Tagelange Konsumphasen, die sich nur auf das Rauchen von Crack (Besorgen, Konsumieren, wieder Besorgen) beziehen. Begrenzt wurden sie nur durch fehlende Drogenverfügbarkeit oder körperliche Erschöpfung. Sowohl aus Hamburg wie auch aus Frankfurt wurde von solchen Konsumphasen berichtet, die teilweise eine volle Woche erreichten.

³¹ Oder als sogenannter „Frankfurter Cocktail“ ergänzt mit Benzodiazepinen. Die Kombination aufputschender und sedierender Substanzen verbindet die jeweiligen Vorteile und minimiert die negativen Folgen des einzelnen Substanzkonsums. So wird etwa die depressive Tendenz beim Abklingen der Wirkung von Crack durch die später anflutenden Opiate überdeckt.

³² Die Chemiker des hessischen LKA erklärten zwar, dass Crack nicht i.v. konsumiert werden könne, die Praxis widerlegte diese Behauptung aber tagtäglich.

durch die veränderte Darreichungsform von Kokain nicht ergeben.

Eigendynamik von Substanzen?

Die Durchsetzung einer (modifizierten) Substanz in einer Straßenszene ist ein hochkomplexer sozialer Prozess. Weder verbreitet „sich“ eine Substanz selbsttätig oder auf Grund ihres „Suchtpotenzials“, noch ist dies das unmittelbare Ergebnis der Suche gewinnmaximierender Dealer nach einem noch besser zu verkaufenden Stoff. Die Verbreitung des rauchbar gemachten Kokains in den Szenen von Hamburg und Frankfurt widerlegt solche Vermutungen ebenso wie die Nichtverbreitung/-wahrnehmung in anderen Städten. Sowohl das Fehlen von Know-How oder Substanzen wie auch der fehlende Zugang zu wahrnehmbaren Szenen kann zu einer Beschränkung auf individuell begrenzte Privatkreise führen, die es Fachleuten aus Drogenhilfe und Strafverfolgung erschwert, den Konsum überhaupt festzustellen.

Der gesellschaftlichen „Wahrnehmung“ liegen zudem Vorstellungen zu Grunde, die sehr viel mehr über die diese Drogen nicht konsumierende Mehrheitsgesellschaft als über die tatsächliche Verbreitung oder mögliche Probleme beim Konsum aussagen. Die von Haasen und Springer 2002 aufgenommenen vier „Vorurteile“, die zunächst den Diskurs in den USA und dann auch hier prägten, werden quasi bruchlos auf die nächste „neue“ Droge übertragen. So wird auch Crystal Meth wieder zugeschrieben, „sich“ (1) epidemisch zu verbreiten, da (2) einmaliger Konsum abhängig mache. Gleichzeitig führe der Konsum auf unerklärliche Weise (3) unmittelbar zu Gewalt. Auch über die Entsprechung zu den sogenannten (4) „Crack-Babys“ wird schon gelegentlich berichtet.

Damit wird die Distanz der „Normalen“ zu Konsumierenden und (dieser Form von) Drogenkonsum festgeschrieben und bestätigt. Ausgeschlossen ist dann auch die Anerkennung der (subjektiven) Funktion dieses Konsums, die sich beispielsweise in der individuellen und zielgerichteten Zubereitung der

Substanz zeigt.³³ Die Mehrheitsgesellschaft behauptet so die absolute Absurdität des Konsums dieser Drogen und muss zur Erklärung des dennoch stattfindenden Konsums den Stoffen eine Wirkmächtigkeit zuschreiben, die es immer neuen Drogen ermöglicht, „sich“ bedrohlich zu verbreiten. Dass der vor einem Vierteljahrhundert angekündigte Tsunami der „Horror Droge Crack“ ausgeblieben ist, spricht gegen all die Ansätze, die das Problem in Substanzen und nicht in der gesellschaftlichen Ausgrenzung ganzer Gruppen von Drogenkonsumierenden sehen.

Literatur

Crack-Street-Projekt (versch. Jahre): Arbeitsberichte, teilw. wieder abgedruckt in: Streetcorner, Nürnberg siehe <http://www.doerrlamm.de/Seiten/Texte.htm>

Dörrlamm, M. (2008): Drogenhandel zwischen Mythos und Alltag in der Frankfurter Straßenszene. In: Werse, B. (Hg.): Drogenmärkte. Strukturen und Szenen des Kleinhandels, Frankfurt, Campus: 253-273

Dörrlamm, M. (2004): Steinbruch Drogenhilfe - Wie Crack-Raucher an einem falschen Kompromiss kratzen. In: Prinzleve, M./Stöver, H. (Hg.): Kokain und Crack, Freiburg; Lambertus-Verlag: 216-228

Haasen, Chr./Springer, A. (2002): Kokain und Crack: Big Bang, Teufelsdroge oder Schnee von gestern? In: Suchttherapie; 3: 1-1

Hess, H./ Behr, R. (2004): Kokain in Frankfurt. Konsummuster und Verteilerhandel im bürgerlichen Milieu. In: Prinzleve, M./Stöver, H. (Hg.): Kokain und Crack, Freiburg; Lambertus-Verlag: 141-158

Scheerer, S. (2001): Suchttherapie und kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain/Crack. In: Suchttherapie Sonderheft; 2: 528-531

Stöver, H. (2001): Bestandsaufnahme „Crack-Konsum“ in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht http://www.bisdro.uni-bremen.de/crack_endbericht_stoever.pdf

Werse, B./Kemmesies, U./Müller, O. (2005): Kontrollierter Konsum illegaler Drogen – Einige Ergebnisse aus dem Projekt „Umgang mit illegalen Drogen im bürgerlichen Milieu“. In: Dollinger, B./Schneider, W.: Sucht als Prozess – Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin; VWB: 203-220

³³ Aus Konsumräumen in verschiedenen Städten wird berichtet, dass Kokainpulver vor Ort aufbereitet wird, um es in seiner rauchbar gemachten Form zu konsumieren.

B 4-4

Maximilian Plenert

Tod durch Cannabis? Eine kritische Betrachtung

Am 25.2.2014 erschien in der Rheinischen Post der Artikel [„Cannabis erstmals als Todesursache nachgewiesen“](#). Darin wird Dr. Benno Hartung, Rechtsmediziner und Mitautor des zugrundeliegenden Fallberichts, der in der Fachzeitschrift "Forensic Science International" erschienen ist (Hartung et al. 2014), mit den Worten zitiert: "Nach unserem Wissen sind das weltweit die ersten Cannabis-Todesfälle, die komplett nach den heutigen wissenschaftlichen Standards aufgearbeitet wurden". Zu diesem Ergebnis kamen er und seine Kollegen, nachdem sie THC im Blut der Toten gefunden hatten und ihrer Meinung nach alle anderen möglichen Ursachen ausgeschlossen hatten. Das Medienecho auf diese Meldung ist enorm, sie findet auch international Beachtung. Bei näherer Betrachtung ist der vermeintliche Beweis keiner und auch die Neuigkeit ist keine.

Die Studie kann aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden. Neben einer Kritik an der Studie selbst kann auch das vermeintlich gefundene Risiko in der Gesamtdebatte betrachtet werden.

1. Kritik an der Studie selbst

Die Untersuchung von Hartung und Kollegen weist viele Schwächen auf. Insbesondere die Vorgehensweise "Wir haben alles andere ausgeschlossen, darum muss es Cannabis sein" ist fragwürdig. Zudem litt beispielsweise einer der Toten an einer hypertrophen Kardiomyopathie. Plötzliche Todesfälle von Menschen unter 35 Jahren sind häufig auf Sport und eine unbemerkte Hypertrophe Kardiomyopathie zurückzuführen.

Dazu Franjo Grotenhermen (Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin): „Meistens findet man bei plötzlichem Herztod keine Ursache, und wenn man jetzt bei Betroffenen THC findet, dann sagt das ja über die Ursache nichts aus.“

In der ZEIT haben sich bereits Michael Tsokos, Leiter der Rechtsmedizin an der Berliner Charité, Frank Mußhoff vom Forensisch Toxikologischen Centrum München und Rainer Thomasius, Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters in Hamburg zu Wort gemeldet (Zeit Online 2014). Zur Frage der ZEIT: "Belegen die ausführlichen Obduktionsergebnisse der beiden Männer nun, dass sie am Hasch starben?" sagte Tsokos: „Die einzelnen Befunde stützen das nicht". "Aus ihnen geht hervor, dass der 23-jährige Verstorbene schwer am Herzen vorerkrankt war. Hätte er nicht zufällig am Tag vor seinem Tod Cannabis geraucht, wäre ein Zusammenhang mit seinem Tod gar nicht hergestellt worden. [...] Fälle, in denen die Todesursache unklar ist, haben wir vereinzelt immer wieder. Cannabis als Ursache zu vermuten, ist für mich eine Verlegenheitsdiagnose." Tsokos betont: "Hier geht es um Koinzidenz und nicht um Kausalität." Mußhoff wird mit folgenden Worten zitiert: "Da nach den Analysen nichts anderes mehr auftauchte, haben sich Hartung und sein Team auf Cannabis verstiegen". Er weist auch auf die niedrigen THC- und THCOOH-Werte im Blut der Toten hin. Diese sprechen gegen eine aktuelle Rauschwirkung. Rainer Thomasius, den niemand der Cannabisliebe verdächtigen würde, sagte: "Menschen mit Herzschäden, Blutfettstoffwechselstörungen oder Gefäßerkrankungen haben ein erhöhtes Infarktrisiko, wenn sie Cannabis konsumieren [...] Das ist aber keine neue Erkenntnis. [...] Das betrifft aber nur einen Bruchteil von Menschen und ist sehr selten"

Der ehemalige oberste Drogenberater der britischen Regierung Prof. David Nutt hatte sich jüngst ähnlich in einem ähnlichen Fall einer „Cannabistoten" in Großbritannien geäußert (Nutt 2014).

2. „Wie gefährlich ist Cannabis?“ ist nicht die entscheidende Frage

Raphael Gaßmann, Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, sagte

bei der "Cannabis Social Clubs"- Anhörung im Bundestag hierzu³⁴:

"Aus Sicht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ist die entscheidende Frage nicht, ob Cannabiskonsum abhängig machen kann und ob es schädlich ist. Die entscheidende Frage ist die des Cannabisverbots. Nutzt das Cannabisverbot im positiven Sinne? Bewirkt das Verbot, dass weniger Menschen Cannabis konsumieren und dass jene, die Cannabis konsumieren, auf Grund des Verbots weniger konsumieren. Das ist die entscheidende Frage und nicht die Frage, ob Cannabis abhängig machen kann."

Dies gilt insbesondere, wenn es sich um sehr seltene Probleme handelt, wie in diesem Fall oder auch das angeblich um 70 % gestiegene Hodenkrebsrisiko bei 7 Hodenkrebsfällen pro 100.000 Männer pro Jahr (Spiegel Online 2009).

3. Cannabis kann zu gesundheitlichen Schäden führen

Der Konsum von Cannabis, insbesondere geraucht und mit Tabak, kann zu gesundheitlichen Problemen führen. Besonders Schwangere, Menschen mit Schizophrenie oder Herzproblemen sollten generell vorsichtig sein. Cannabis, insbesondere geraucht und mit Tabak, erhöht die Herzfrequenz und das kann im ungünstigsten Fall tödlich sein. Bei unmerkten Vorerkrankungen ist dies ein nicht vermeidbares Risiko.

Gleichwohl ist dieses Risiko auch bei anderen Handlungen, die zu Herzrasen führen, gegeben, z.B. Sex, Sport, Saunagänge, Horrorfilme, Streitigkeiten, Besuche beim Jobcenter, Mobbing, gefährliche Situationen im Verkehr oder die Lektüre der Rheinischen Post zum Thema Cannabistote.

Wenn man genug Personen über einen ausreichend langen Zeitraum beobachtet, stirbt auch jemand. So ist z.B. 1 (Herz-)Toter pro

Berlinmarathon durchaus „normal“ (Welt Online 2013).

Damit ist diese Aussage von Hartung eine Nullaussage: „Das Problem ist: Wir können nicht abschätzen, wer die Herzrhythmusstörungen bekommt. Wir gehen jedoch davon aus, dass es theoretisch jeden Cannabis-Konsumenten treffen kann, auch wenn er vorher schon einmal gekifft hat, ohne dass er Symptome entwickelt hat.“

In den Aussagen von Hartung ist erkennbar, dass er mit seiner Untersuchung dringend etwas finden wollte, um einer angeblichen Verharmlosung von Cannabis entgegenzuwirken: „Bislang hieß es häufig, Cannabis könne nichts anrichten“. Cannabis werde allgemein als Droge mit „euphorisierendem Effekt ohne Nebenwirkungen“ wahrgenommen.

Er kritisiert in seinem Artikel "little public awareness of the potentially hazardous cardiovascular effects associated with the consumption of cannabis" (Hartung et al. 2014) – angesichts des relativen Risikos sei dies jedoch angebracht.

Zur Höhe des Risikos im Vergleich zu anderen Substanzen sagte Franjo Grotenhermen: „Wenn man über jedes Medikament sagen könnte, nachdem man es jahrzehntelang verwendet hat, ‚wir haben jetzt die ersten beiden Todesfälle ausgewiesen‘, dann sollte man eigentlich total begeistert sein“, erklärt der Experte. „Das werden Sie bei kaum einem Medikament finden.“

4. Politische Wirkung

Politisch ist diese Studie Wasser auf die Mühlen der „Cannabis ist gefährlich“ Fraktion. Wie schon bei der „Kiffen macht dumm“-Studie (vgl. Wurth/ Werse in diesem Band) wird bei ihnen sowie in der Öffentlichkeit nur die erste Überschrift im Gedächtnis bleiben, jede noch so fundierte Kritik wird kaum abgedruckt und beachtet werden. Damit hat Hartung vielleicht mutwillig, aber zumindest fahrlässig zu einer Verunsachlichung der Debatte beigetragen.

Zur Motivation von Hartung können wir nur spekulieren. Vielleicht war es schlicht wissenschaftliche Neugier. Allerdings konnten die

33 <http://www.alternative-drogenpolitik.de/2013/03/15/dr-raphael-gasmann-geschäftsführer-der-dhs-bei-der-cannabis-social-clubs-anhorung/>

Wissenschaftler ahnen – auch aufgrund von Erfahrungen ihrer Kollegen, die sich mit ähnlichen Fällen befasst hatten – welche Medienresonanz ihre These erzeugen würde. Der Wunsch, groß in die Öffentlichkeit zu kommen, wäre damit eine mögliche Motivation. Der Effekt auf die politische Debatte und die Verortung ihrer selbst ist klar.

Literatur

Hartung, B., Käuferstein, S., Ritz-Timme, S., Daldrup, T. (2014): Sudden unexpected death under acute influence of cannabis. Forensic Science International, 237, e11-e13.

Nutt, D. (2014): Death by cannabis? Blog post, 31.1.2014, Drug Science (Independent Scientific Committee on Drugs).

<http://drugscience.org.uk/blog/2014/01/31/death-by-cannabis/>

Rheinische Post (2014): Cannabis erstmals als Todesursache nachgewiesen. 25.2.2014.

<http://www.rp-online.de/leben/gesundheit/zum-ersten-mal-cannabis-als-todesursache-nachgewiesen-aid-1.4061016>

Spiegel Online (2009): Marihuana-Konsum: Joints erhöhen Hodenkrebs-Risiko. 9.2.2009.

<http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/marihuana-konsum-joints-erhoehen-hodenkrebs-risiko-a-606391.html>

B 4-5

Georg Wurth/ Bernd Werse

Macht Kiffen dumm?

Im August 2012 wurde eine interessante Studie veröffentlicht, die ein Paradebeispiel dafür lieferte, wie tendenziös und manipulativ viele Medien mit Meldungen über Drogen, insbesondere Cannabis, umgehen: Entsprechende Nachrichten werden oft möglichst dramatisch dargestellt, um mehr Leser und größere Einschaltquoten zu erreichen. Der Wahrheitsgehalt darf dabei auch mal auf der Strecke bleiben.

Zunächst zu den tatsächlichen Inhalten der Studie eines internationalen Forscherteams, aus der im Folgenden einige – übersetzte – Aussagen einiger der beteiligten Wissenschaftler wiedergegeben sind (Meier et al. 2012, Übersetzung: B. Werse):

In einer Langzeitstudien-Stichprobe von mehr als 1.000 neuseeländischen Staatsangehörigen zeigte sich bei Individuen, die in ihrer Jugend begonnen hatten, Cannabis zu konsumieren und diesen Konsum für mehrere Jahre fortgesetzt hatten, beim Vergleich ihrer IQ-Tests im Alter von 13 und 38 Jahren ein durchschnittlicher Rückgang des IQ von 8 Punkten. Eine Einstellung des Cannabiskonsums vermag offenbar diesen Rückgang nicht umzukehren. Probanden, die nicht vor dem Erwachsenenalter mit dem Cannabiskonsum begannen, zeigten keine ähnlichen Rückgänge der mentalen Fähigkeiten.

Beeinträchtigungen waren insbesondere bei Personen zu beobachten, die im Jugendalter begonnen hatten, regelmäßig Cannabis zu konsumieren, wobei intensiverer Konsum durchschnittlich mit größerer Beeinträchtigung einherging.

Es ist eine derart spezielle Studie, dass ich davon überzeugt bin, dass Cannabis sicher ist für Gehirne von Über-18-Jährigen, aber riskant für Gehirne von Unter-18-Jährigen.

Die angegebene durchschnittliche Senkung des IQ von 8 Punkten liegt nahe an der statistischen Unschärfe der Studie, ist also schon

deshalb kaum signifikant (auch angesichts der geringen Fallzahlen). Zudem bezieht sich der IQ-Rückgang insbesondere auf Personen, die bereits im Jugendalter andauernd und häufig Cannabis konsumieren.

Abgesehen von der ohnehin diskussionswürdigen Methode „IQ-Test“ seien hier ein paar Zahlen zum Vergleich angegeben:

- Bereits ein leichter Jodmangel während der Schwangerschaft kann den durchschnittlichen IQ des Kindes senken; chronischer Mangel bis zu 13,5 Punkte (Ärztblatt 2013);
- Bei Kindern mit einem bestimmten Gen wird der IQ durch Stillen um 7 Punkte erhöht (Bild der Wissenschaft 2007);
- der IQ von Kindern, die in Armut aufwachsen, liegt rund 9 Punkte unter dem Durchschnitt (Merten 2002).

Und was natürlich bei der Beurteilung der Ergebnisse auch nicht fehlen darf, ist der Vergleich mit Alkohol. So wurden z.B. in einer Studie unter 16- bis 19-Jährigen Veränderungen in der Hirnstruktur bei denjenigen festgestellt, die Alkoholräusche mit anschließendem „Kater“ erlebt hatten – und zwar umso stärker, je häufiger derartige Rausche erlebt wurden (McQueeney et al. 2009). Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen erläutert in ihrer Alkohol-Basisinfo die Folgen des Alkoholmissbrauchs drastisch:

Gleichfalls besonders gefährdet ist das Gehirn. Jeder Rausch zerstört Millionen von Gehirnzellen. Zuerst leiden Gedächtnis und Konzentrationsvermögen, Kritik- und Urteilsfähigkeit, später die Intelligenz, bis hin zu völligem geistigen Abbau. (DHS 2011)

Unter dem Strich bleibt vorläufig als Ergebnis der Studie festzuhalten: Es ist sicher nicht gut für das Gehirn, wenn früh und regelmäßig mit Cannabiskonsum begonnen wird. Das liegt daran, dass sich das Gehirn bei Jugendlichen noch in der Entwicklungsphase befindet. Das ist nicht neu; diese Erkenntnis gibt es bereits seit Jahren. Menschen, die erst als Erwachsene mit dem regelmäßigen oder auch intensiven Cannabiskonsum beginnen, sind von der beobachteten IQ-Minderung allerdings gar nicht betroffen.

Wenige Monate später analysierte im Übrigen ein anderer Wissenschaftler (Rogeberg 2013a) die Daten der besagten Langzeitstudie ein zweites Mal und merkte an, dass Meier et al. offenbar entscheidende mögliche Einflüsse vernachlässigt hatten: den sozio-ökonomischen Status derjenigen, die im Jugendalter regelmäßig Cannabis konsumierten, sowie andere Umweltfaktoren. Würden diese mit in die Analyse einbezogen, so Rogeberg, verschwänden die ohnehin nur schwach ausgeprägten IQ-Rückgänge. Darauf schloss sich ein akademischer Schlagabtausch im betreffenden Fachjournal an (Moffitt et al. 2013, Rogeberg 2013b), aus dem geschlossen werden kann, dass wegen der zahlreichen Umweltfaktoren, die auf Menschen in einer derartigen Langzeitstudie einwirken, ein kausaler Zusammenhang von Cannabiskonsum und IQ-Rückgang zumindest nicht sicher behauptet werden kann.

Nun zurück zu dem, was die deutschen Medien mit diesen Informationen gemacht haben. In der ursprünglichen Meldung einer britischen Nachrichtenagentur waren die Fakten noch einigermaßen korrekt wiedergegeben ("cannabis found to lower IQ of young"). Die dpa und andere deutsche Agenturen haben aber offensichtlich die relativierenden Aspekte nicht mit in ihre Meldungen übernommen (keine IQ-Senkung bei Erwachsenen) und stattdessen eine reißerische Überschrift gewählt. Dies führte dann zu dramatisierenden Meldungen quer durch praktisch alle deutschen Zeitungen, Radiostationen und Fernsehsender, von BILD bis taz. Hier einige der Überschriften:

- Studie über Auswirkungen von Cannabis – Kiffen macht dumm
- Langzeitstudie zeigt: Cannabis macht dumm
- Studie zu Cannabis-Konsum: Wer ständig kiff, wird dumm
- Studie: Cannabis-Konsum mindert Intelligenz
- Cannabis macht unwiderruflich dumm

In diesen Artikeln ist dann z.B. von einer irreversiblen Schädigung des Zentralen Nervensystems die Rede, ohne dass die festgestellte Senkung des IQ verständlich eingeordnet und

mit anderen Faktoren verglichen wird. Es wird zwar betont, dass Jugendliche besonders betroffen sind. Dass das Problem für Menschen, die als Erwachsene mit dem Konsum beginnen, gar nicht existiert, wird nirgends erwähnt. Genauso gut hätten die Zeitungen titeln können: „Keine Beeinträchtigung der Intelligenz bei erwachsenen Cannabiskonsumern“.

Aber das wäre eben nicht dramatisch gewesen. Ähnliches war in der Vergangenheit zu beobachten, wenn gemeldet wurde, dass der Cannabiskonsum unter Jugendlichen zurückgegangen ist. Eine gute Nachricht, aber zu einer knalligen Überschrift hat es diese Information natürlich nicht gebracht. Ist ja langweilig...

Jedenfalls hat es der ganze Medienrummel offensichtlich mal wieder geschafft, sehr viele Leute zu verunsichern: „Cannabis ist ja wohl doch nicht so harmlos wie gedacht“... Und schon waren in vielen Familien Jahre an Diskussionen umsonst, denn es steht ja etwas Schlimmes über Cannabis in der Zeitung! Und auch politisch wurde versucht, die Meldung auszuschlachten: Die CDU in Schleswig-Holstein forderte die rot-grüne Landesregierung wegen der Studie auf, ihre Pläne zu überdenken, die Eigenverbrauchsmengen für Cannabis anzuheben und Drug-Checking einzuführen (BPP 2012). Dabei ist doch dieser weitere Hinweis, dass ein früher Cannabiskonsum für Jugendliche schädlich sein könnte, ein weiteres Argument, endlich den Cannabismarkt für Erwachsene zu regulieren und Jugendschutzbestimmungen einzuführen, wie es z.B. der Deutsche Hanfverband im „Zukunftsdialog“ der Bundeskanzlerin gefordert hatte: „Bei der Regulierung des Cannabismarktes, z.B. durch Fachgeschäfte oder Cannabis-Clubs, geht es ausschließlich um Volljährige (sofortiger Lizenzentzug bei Abgabe an Jugendliche)“ (Zukunftsdialog 2012).

Literatur

Ärzteblatt (2013): Schwangerschaft: Schon leichter Jodmangel senkt IQ der Kinder. Artikel vom 22. Mai 2013;
<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54495/Schwangerschaft-Schon-leichter-Jodmangel-senkt-IQ-der-Kinder> (6.3.2014)

Bild der Wissenschaft (2007): Wann Stillen schlau macht. Artikel vom 6.11.2007;

http://www.wissenschaft.de/home/-/journal_content/56/12054/1012415/ (6.3.2014)

BPP (2012): Drogenpolitik / Volker Dornquast: Sozialministerin muss Ergebnisse der Landzeitstudie zum Cannabis-Konsum in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Bundespresseportal, Artikel vom 28.8.2012; <http://bundespresseportal.de/schleswig-holstein/item/2141-drogenpolitik-volker-dornquast-sozialministerin-muss-ergebnisse-der-landzeitstudie-zum-cannabis-konsum-in-die-entscheidungsfindung-einbeziehen.html> (6.3.2014)

DHS (2011): Alkohol und Gesundheit: Weniger ist besser! Hamm: DHS;

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Alkohol_und_Gesundheit.pdf (5.3.2014)

McQueeney, T., Schweinsburg, B., Schweinsburg, A., Jacobus, J., Bava, S., Frank, L., Tapert, S. (2009): Altered White Matter Integrity in Adolescent Binge Drinkers. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 33 (7), 1278-1285.

Meier, M.H.; Caspi, A.; Ambler, A.; Harrington, H.; Houts, R.; Keefe, R.S.E.; McDonald, K.; Ward, A.; Poulton, R.; Moffitt, T.E. (2012): Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* (PNAS), 109(40): E2657–E2664

Merten, R. (2002): Psychosoziale Folgen von Armut im Kindes- und Jugendalter. In: Butterwegge, C.;

Kluntdt, M. (Hg.): *Kinderarmut und Generationengerechtigkeit*. Opladen: Leske und Budrich

Moffitt, T.E.; Meier, M.H.; Caspi, A.; Poulton, R. (2013): Reply to Rogeberg and Daly: No evidence that socioeconomic status or personality differences confound the association between cannabis use and IQ decline. *PNAS*, 110 (11): E980–E982

Rogeberg, O. (2013a): Correlations between cannabis use and IQ change in the Dunedin cohort are consistent with confounding from socioeconomic status. *PNAS*, 110 (11): 4251–4254

Rogeberg, O. (2013b): Reply to Moffitt et al.: Causal inference from observational data remains difficult. *PNAS*, 110 (11): E983

Zukunftsdialog (2012): Cannabis legalisieren = den Markt für Erwachsene regulieren! Artikel vom 2.2.2012 (Autoren: M. Plenert/ G. Wurth). https://www.dialog-ueber-deutschland.de/DE/20-Vorschlaege/10-Wie-Leben/Einzelansicht/vorschlaege_einzelansicht_node.html?cms_idIdea=2070 (6.3.2014)

Welt Online (2013): Die Angst des Läufers vor dem Herztod. 11.9.2013 (Autor: Fabian Wolff). <http://www.welt.de/gesundheit/article119690085/Die-Angst-des-Laeufers-vor-dem-Herztod.html>

Zeit Online (2014): Kiffen ist keine Todesursache. 25.2.2014 (Autor: Sven Stockrahm). <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-02/cannabis-kiffen-tod-marihuana-rechtsmedizin>

B 5 Pathologisches Glückspiel

Jens Kalke

Glücksspielpolitik: „Entschärft die Automaten“

Die Bundesländer haben mit dem geänderten Glücksspielstaatsvertrag (gültig seit Juli 2012) Angebotsbeschränkungen bei den Spielhallen vorgenommen. Das betrifft die Öffnungszeiten (mindestens drei Stunden Sperrzeit am Tag), die Abstände zwischen den Spielhallen und die Anzahl der Geldspielautomaten (Verbot von Mehrfachkonzessionen). Diese Veränderungen wurden von der Politik mit dem hohen Suchtpotenzial des Automatenspiels begründet.

Die bundesdeutsche Automatenbranche bekämpft nach wie vor vehement und öffentlichkeitswirksam diese Neuerungen. Der Vorsitzende des Verbandes der Deutschen Automatenindustrie (VDAI) Paul Gauselmann spricht von einem „Vernichtungsplan“ der Politik und malt den Niedergang einer ganzen Branche mit dem Verlust von etwa 70.000 Arbeitsplätzen an die Wand (nw-news, 10.01.2012).

Aber: Handelt es sich bei den genannten Veränderungen eigentlich um die relevanten Fragen des Spielerschutzes und der Prävention von Glücksspielsucht? Nein! Denn das wirkliche Problem bei den Geldspielautomaten sind nicht die Öffnungszeiten der Spielhallen, ihre räumlichen Abstände oder die Anzahl der erlaubten Geräte pro Spielstätte, sondern es ist die *technische Beschaffenheit* der Spiele. Das Schlüsselwort ist hier die „Ereignisfrequenz“. Sie beschreibt die Zeitspanne zwischen der Einsatzabgabe, der Gewinn-/Verlustmitteilung und dem Beginn des nächsten Spiels. Je höher/schneller diese ist, desto eher kann die Kontrolle über das Spielen verloren gehen. Damit wächst die Suchtgefahr. In Bewertungssystemen von Glücksspielen wird diesem Zusammenhang eine sehr starke Bedeutung für die Entste-

hung von Glücksspielproblemen beigemessen (Meyer et al. 2010).

Bei den Geldspielautomaten ist die Ereignisfrequenz besonders hoch – sie beträgt nur 1 bis 2 Sekunden (im Gegensatz dazu ist diese beim Lottospielen sehr gering).³⁵ Deshalb dürfte es unter den Automatenspielern auch so viele problematische oder pathologische Glücksspieler/innen geben. Ihr Anteil liegt laut einer jüngeren Repräsentativerhebung bei beinahe 30% (BZgA 2014); in selektiven Stichproben wurden sogar Anteile von 58% (Bühringer et al. 2010) und 66% (Kalke et al. 2011) gemessen. Nach Schätzungen dürfte ein erheblicher Teil der Umsätze der bundesdeutschen Automatenindustrie auf diese Spieler/innen zurückzuführen sein (etwa 50% bis 60%, nach Fiedler 2012). Der Bruttospielertrag der Automatenbranche – das sind die Verluste der Spieler – lag im Jahr 2012 bei insgesamt 4,4 Mrd. Euro (Meyer et al. 2014a).

Internationale Studien zeigen, dass durch eine Verlängerung der Spieldauer und eine Herabsetzung der Einsatz- und Verlustlimits ein kontrolliertes, weniger gefährliches Spielen gefördert werden kann (Buth & Kalke 2012). Deshalb wäre es im Sinne eines effektiven Spielerschutzes, die Spieldauer auf mindestens 20 Sekunden festzusetzen und den Einsatz auf 20 Cent pro Spiel zu beschränken. Zurzeit dauert, wie schon gesagt, ein Spiel wenige Sekunden und man kann – das zeigte ein Feldversuch – 1.500 Euro innerhalb von 5 Stunden verlieren (Meyer 2014b). Würde man also die Spielgeräte entschärfen und zu echten Unterhaltungsspielen zurückbauen, würde es viele der heutigen Diskussionen um Abstandsregelungen und Öffnungszeiten gar nicht geben. Dann hätte man einem wichtigen strukturellen Merkmal

³⁵ Das gilt auch für die Geldspielautomaten im gastronomischen Bereich. In Deutschland dürfen bis zu drei Geräte pro gastronomischen Betrieb stehen. Aufgrund der Komplexität des Themas wurde sich in diesem Beitrag auf die Problematik der Geldspielautomaten in den Spielhallen und Spielbanken beschränkt.

des Automatenspiels seine Gefährlichkeit genommen.

Im Juli 2013 hat die Mehrheit des Bundesrates einen Schritt in diese Richtung unternommen, in dem er beschlossen hat, dass durch ein Verbot des so genannten Punktespiels die Mindestspieldauer auf 5 Sekunden erhöht wird.³⁶ Außerdem beinhaltet dieser so genannte Maßgabebeschluss eine Reduzierung der stündlichen Maximalverluste und -gewinne sowie ein Verbot der Automatiktaste. Das zuständige Bundeswirtschaftsministerium hat – nach Informationen des „Spiegel“ (Ausgabe 26.05.2014) – signalisiert, diesen Beschluss im Großen und Ganzen passieren zu lassen. Ab wann die neuen Regelungen dann tatsächlich gelten, ist zurzeit unklar. Solange laufen die Geldspielautomaten mit High-Speed weiter, was natürlich im Interesse der Automatenbranche ist. Die geplante Novellierung wird jedoch von einigen Experten/innen im Sinne eines echten Spielerschutzes für nicht ausreichend gehalten, weil vor allem die Gefahr gesehen wird, dass durch eine flexible Gestaltung von Sonderspielen neue Spielanreize geschaffen werden, mit denen die beabsichtigten technischen Einschränkungen kompensiert werden können (Meyer 2014b).

Über die dargestellte Bedeutung des technischen Spielerschutzes wird in der Politik (zumindest öffentlich) eher selten gesprochen. Warum ist dies so? Darüber lässt sich nur thesenhaft spekulieren. Ist es eine geschickte Regieführung der beteiligten Akteure, dass über die Diskussion von Nebenschauplätzen (Öffnungszeiten etc.) die eigentliche Kernfrage nicht auf die Agenda kommt? Ist es vielleicht die Sorge der (Landes-)Politik, dass eine echte Entschärfung der Geldspielautomaten in Spielhallen dann auch auf die bun-

desdeutschen Spielbanken (ca. 75) zurück schlägt? Denn auch in diesen stehen mehrere tausend Geldspielgeräte – ebenfalls mit einer sehr geringen Spieldauer und noch geringeren Einsatz- und Verlustlimits als in den Spielhallen. Der Bruttospielertrag dieser Geldspielautomaten betrug in 2012 immerhin auch 386 Millionen (Meyer 2014a), von denen ebenfalls – so zeigen jüngste Berechnungen – ein Großteil von problematisch und pathologisch spielenden Kunden/innen kommen dürfte (Fiedler 2014). Ein Großteil der Einnahmen fließt direkt in die klammen Kassen der Bundesländer, die für die Spielbanken zuständig sind. Wohl deshalb besteht bei den politisch und administrativ Verantwortlichen wenig Anlass, mit Maßnahmen des technischen Spielerschutzes das Spielen an den Geldspielautomaten in den Spielbanken ungefährlicher zu machen. Nach außen wird damit argumentiert, dass strenge Einlasskontrollen, geschultes Spielstättenpersonal und das Vorhandensein eines Sperrsystems vollkommen ausreichend sind, um einen hohen Standard von Jugend- und Spielerschutz in den Spielbanken zu gewährleisten. Auch hier wird also der technische Spielerschutz vernachlässigt. Von den Ankündigungen des Bundeswirtschaftsministeriums sind die Spielbanken aufgrund der fragmentierten rechtlichen Zuständigkeit nicht betroffen: Dort werden weiterhin Automaten mit rasender Spielgeschwindigkeit und ohne Beschränkung des Geldeinsatzes laufen...

Diesen interessenpolitischen Hintergrund der Bundesländer muss man kennen, um das zögerliche Handeln der Politik in Bezug auf die Geldspielgeräte in den Spielhallen *und* in den Spielbanken zu verstehen. Im Sinne der Betroffenen ist dieses politische Spiel nicht. Deshalb brauchen wir ein einheitliches Glücksspielgesetz für ganz Deutschland. Dort müssen die gleichen technischen Standards für alle Geldspielgeräte – unabhängig von der Spielstätte – festgesetzt werden. Denn: Wer einen evidenzbasierten und wirksamen Spielerschutz will, muss die technische Beschaffenheit der Geräte verändern – und zwar gleichermaßen in den Spielhallen als auch in den Spielbanken.

³⁶ Auch in der bestehenden Spielverordnung ist schon eine Mindestspieldauer von 5 Sekunden vorgesehen. Die Automatenindustrie hat aber einen Weg gefunden, diese Vorgabe zu umgehen: die Umwandlung des Geldeinsatzes in Punkte wurde zum „Spiel“ erklärt. Diese Spieldefinition wurde (erstaunlicherweise) von der zuständigen Physikalisch-Technischen Bundesanstalt nicht beanstandet.

Literatur

Bühringer G., Kraus L. Höhne B. Küfner H. & Künzel J. (2010). Untersuchung zur Evaluierung der Fünften Novelle der Spielverordnung vom 17.12.2005. Abschlussbericht. IFT: München.

Buth S. & Kalke J. (2012). Effekte von universellen und selektiven Präventionsmaßnahmen im Glücksspielbereich: Eine internationale Literaturübersicht. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7: 142-147.

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2013, BZgA: Köln.

Fiedler I. (2014). Evaluierung des Sperrsystems in deutschen Spielbanken. Forschungsbericht. Hamburg.

Fiedler I. (2012). Das Spiel mit der Sucht. Anmerkungen zum pathologischen Markt des Glücksspiels. In: Strouhal E., Zollinger M. & Felderer B. (Hrsg.) [Spiele der Stadt: Glück, Gewinn und Zeitvertreib](#). Springer Verlag, 236-243.

Kalke J., Buth S., Rosenkranz M., Schütze C., Oechsler H. & Verthein U. (2011). Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.

Meyer G. (2014a). Glücksspiel – Zahlen und Fakten. In: DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2014. Pabst: Lengerich, 124-140.

Meyer G. (2014b). Sechste Novelle der Spielverordnung: Eine kritische Analyse aus der Perspektive der Suchtprävention. *Zeitschrift für Wett- und Glücksspielrecht*, 9: 1-6.

Meyer G., Häfeli J., Mörsen C. & Fiebig M. (2010). Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen. *SUCHT. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 56 (6): 405-414.

B 6 Computerspiel- und Internetabhängigkeit

Jörg Petry

Eine kritische Betrachtung des Mainstreams zur Erklärung der „Computer-Internet-Sucht“.³⁷

Vorbemerkung

Sowohl in der internationalen (Griffith, 1995, 1996; Young, 1999; Greenfield, 2000) als auch in der nationalen (Gross, 1990; Grüsser & Thalemann, 2006; Batthyany & Pritz, 2009; Möller, 2012) Literatur stellt die Einordnung des pathologischen PC/Internetgebrauch als Verhaltenssucht den Mainstream dar.

Konsequenterweise wurde die Aufnahme des Störungsbildes in das internationale psychiatrische Klassifikationssystem DSM 5 (APA, 2013) als eigenständiges Störungsbild (Block, 2008) oder auch als stoffungebundene Suchterkrankung (Tao et al., 2010) gefordert. In Deutschland wird das „Computer- bzw. Internetsucht“-Konzept“ sowohl von der Politik, insbesondere den Bundesdrogenbeauftragten der letzten Legislaturperioden überparteilich (Sabine Bätzing / SPD, Mechthild Dyckmans / FDP und jetzt Marlene Mortler / CSU) vertreten und mittels entsprechender Unterstützung von Fachkongressen und Forschungsprojekten gefördert. Das Verhaltenssuchtkonzept wird zudem durch die Mehrheit der Suchtfachverbände, wie dem Fachverband Medienabhängigkeit als Mitgliedsorganisation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, den Wohlfahrtsverbänden und dem Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)

getragen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) mit ihrer so genannten „Taskforce Verhaltenssucht“ vertritt als Fachorganisation dieses Konzept. Die Internationale (Cash et al., 2012) und nationale (Rehbein et al., 2013) Forschung tendiert entsprechend zu einer positiven Bewertung bisheriger empirischer Untersuchungen zum Störungsbild als Beleg für die Grundannahmen des Verhaltenssuchtkonzeptes und seiner neurobiologischen Grundlagen (Brand & Laier, 2013). Vom Autor erfolgt dazu im Gegensatz eine skeptischere Analyse der einschlägigen Metaanalysen zum Störungsbild und seinen vermeintlichen Folgen (Petry, im Druckb). In den regionalen und überregionalen Printmedien (z. B. Der Spiegel 8/2007, 20/2007, 23/2008, 10/2009 und 33/2009) und den Rundfunk- und Fernsehanstalten ist das „Computer- oder Internetsuchtkonzept“ unhinterfragt. Eine Ausnahme stellt die jüngste Titelgeschichte des Spiegels (3/2014) dar.

Inzwischen erfolgt der Diskurs zur nosologischen Einordnung im Zusammenhang mit der Diskussion einer Inflation von psychiatrischen Diagnosen. Neben der grundsätzlichen Kritik am DSM 5 von Frances (2013) wurde die Eigenständigkeit des pathologischen PC/Internetgebrauchs als Störungsbild aufgrund fehlender Evidenz infragegestellt (Swaminath, 2008; Pies, 2009; O'Brien, 2010). Entsprechend wurde das als „Internet Gaming Disorder“ benannte Störungsbild trotz seiner Operationalisierung als Verhaltenssucht nur als Forschungsdiagnose in den Teil III des DSM 5 übernommen (APA, 2013).

Eine kritische Diskussion findet aktuell in Deutschland nur vereinzelt statt (Fischer, 2011, te Wildt, 2011). Die Kritik richtet sich gegen das Verhaltenssuchtkonzept (Petry, 2010), seine neurobiologischen Grundlagen (Tretter, 2012) und die geschätzte Verbreitung des Störungsbildes in der Bevölkerung (Uhl, 2014).

³⁷ Die Textteile in den Abschnitten zur Epidemiologie und Kritik am Verhaltenssuchtkonzept sind wörtliche Zitate aus Petry (im Druck, im Druckb) mit freundlicher Genehmigung des Schattauer Verlages. Vom Autor wurde auf dem Hintergrund klinischer Erfahrungen und erster empirischer Pilotstudien ein alternatives entwicklungspsychopathologisches Störungsmodell entgegen gestellt (Petry, 2003, 2006, 2009, 2010b).

Epidemiologie

Einen Überblick über die internationalen Studien geben Festl und Mitarbeiter (2012). Die erste auf den deutschen Sprachraum bezogene epidemiologische Studie von Hahn und Jerusalem (2001) war eine Online-Studie (N = 7.091) mittels der Internetsuchtskala (ISS), die nach Korrektur (Alter und Geschlecht) für eine repräsentative deutsche „Internetbevölkerung“ zu einer Prävalenzschätzung von 5,9 % „gefährdeten Personen“ und 2,7 % „Internetsüchtigen“ kam. Von Rehbein und Mitarbeitern (2009) wurde anhand einer repräsentativen Schülerstichprobe mittels zweier Versionen der Computerspielabhängigkeitsskala (KFN-CSAS-I bzw. II) die Prävalenz „abhängigkeitsgefährdeter“ Schüler auf 1,2 % und „abhängiger“ Schüler auf 0,8 % (11-Jährigen / N = 1.156) bzw. auf 2,8 % „abhängigkeitsgefährdeter“ und 1,7 % „abhängiger“ Schüler (15-Jährigen / N = 15.168) geschätzt.

Die erste für Deutschland repräsentative Bevölkerungsstudie von Rumpf und Mitarbeitern (2011) kam mittels der deutschsprachigen Version der Compulsive Internet Use Scale (CIUS) auf eine geschätzte 12-Monats-Prävalenz (N = 15.024) von 1,5 % „Internetabhängigkeit“ in der Bevölkerung. Aufgrund einer Latent Class-Analyse wurde eine Gruppe von 1 % mit Extremwerten in dem Screening-Fragebogen identifiziert. Die „Validierung“ der Ergebnisse mittels einer Nachbefragung der als auffällig klassifizierten Personen mittels der Kriterien des DSM-5 (Bischof et al, 2013) ist als zirkulär zu betrachten, da es sich um ähnliche Items wie bei dem ursprünglichen Screening-Instrument handelt. Eine neuere repräsentative Studie (N = 4.500) mit deutschen PC/Internetspielern mittels der Game Addiction Scale for Adolescents (GAS) kam zu einer wesentlich niedrigeren Prävalenzschätzung von 3,7 % „problematischen Nutzern“ und 0,2 % „Abhängigen“ (Festl et al., 2012).

Die bisherigen epidemiologischen Studien kommen aufgrund von Unterschieden der eingesetzten Screeningverfahren und der untersuchten Stichproben sowie verschiede-

ner Kriterien bei der Klassifikation als „internetsüchtig“ zu sehr unterschiedlichen Prävalenzschätzungen (0,2 % bis 2,7 %). Sie teilen jedoch alle einen grundlegenden methodischen Mangel, da in allen Untersuchungen der gewählte Cut-off-Point des jeweils eingesetzten Screeninginstrumentes klinisch nicht validiert war, da keine persönliche Untersuchung der Verdachtsfälle erfolgt ist, um zu klären, ob das klinische Störungsbild eines pathologischen PC/Internetgebrauchs auch wirklich vorlag. Dies ist verwunderlich, da Rumpf und Mitarbeiter (2011: S. 17) selbst auf die damit verbundene Problematik hinweisen: „Insbesondere bei geringer Prävalenz und niedriger Spezifität können deutliche Überschätzungen erfolgen (Gambino, 1997).

Kritik am Verhaltenssuchtkonzept

Innerhalb des verbreiteten Suchtkonzeptes wird in Anlehnung an Elvin Morton Jellinek (1960) angenommen, dass es sich beim pathologischen PC/Internetgebrauch um eine nichtstoffgebundene Sucht handelt (Gross, 1990). Es wird postuliert, dass das Medium PC/Internet als „Droge“ einen emotionalen Konditionierungsprozess, der sich vor allem auf das dopaminerge Belohnungssystem des Gehirns bezieht, auslöst (Grüsser & Thalemann, 2006) und zu einer „Dosissteigerung“, einem „Kontrollverlust“ und beim Einstellen des Verhaltens zu „Entzugerscheinungen“ führt. Das Verhaltenssuchtkonzept bildet aktuell den Mainstream (Mann, 2013), ohne jedoch eine ausreichende empirische Basis zu besitzen (Pies, 2009). Die intensive Diskussion über den Suchtbegriff (O'Brien et al., 2006) und die Internetsucht (Block, 2009) im Besonderen hat jedoch dazu geführt, dass die so genannte Internetsucht als „Internet Gaming Disorder“ in die Sektion III als noch weiter zu erforschendes Störungsbild in das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) aufgenommen wurde.

Das Verhaltenssuchtkonzept kann derzeit keine ausreichende Erklärungsbasis für das komplexe klinische Phänomen des pathologischen PC/Internetgebrauchs darstellen. Die Übertragung des organischen Krankheitsmodells für stoffliche Süchte auf die

Problematik des pathologischen PC/Internetgebrauchs stellt eine nicht statthafte Übertragung organpathologischer Begrifflichkeit auf den Bereich des psychischen Erlebens und Verhaltens dar (Petry, 2010). Die in der Alkoholismustheorie eindeutig definierten Begriffe (Soyka & Küfner, 2008) „Droge“, „Toleranzentwicklung“ und „Entzugsserscheinungen“ werden ihrer ursprünglichen Bedeutung beraubt. Bei einer „Droge“ handelt es sich um eine psychotrope Substanz, die dem Körper zugeführt wird und unmittelbar auf das zentrale Nervensystem einwirkt. Der „Toleranzentwicklung“ liegt nicht nur eine gegenregulative Neuroadaptation, sondern auch ein beschleunigter Stoffwechsel der Droge in der Leber zugrunde, welcher eine immer größere Reizdosis erforderlich macht. Im Falle von Alkohol wird so zum Beispiel durch entsprechende Veränderungen im Bereich der Neurotransmitter die allgemeine Aktivierung des Gehirns erhöht und damit die sedierende Alkoholwirkung antagonisiert, was beim Absetzen des Alkohols zu Entzugsserscheinungen führt. Ein Begriff wie das Alkoholabhängigkeitssyndrom (Lutz & Batra, 2010), der in der Kategorie Körper mit einer spezifischen Ätiopathogenese theoretisch verortet ist und dessen klinisches Bild von internistischen, neurologischen, vegetativen und psychischen Symptomen und dessen charakteristischer Verlauf mittels medizinisch-psychiatrischer Beobachtung und Messung empirisch verankert ist, wird auf den Bereich des Psychischen angewandt. Durch diese Übertragung körperbezogener Begriffe auf den Bereich des psychischen Erlebens liegt ein Kategorienfehler mit Bedeutungsverschiebung im Sinne der analytischen Philosophie (Bieri, 2007) vor, da sich der gleiche Begriff „Entzugsserscheinungen“ auf unterschiedliche Sachverhalte bezieht.

Die zur Operationalisierung des Suchtkonzeptes eingesetzten Jellinek-Fragebogen sind modellgerecht und damit eingengt formuliert, so dass sie keine Offenheit zur Überprüfung alternativer Erklärungsansätze ermöglichen. Die depressiven oder aggressiven Reaktionen bei Einstellung oder Unterbrechung einer exzessiven PC/Internetaktivität

entsprechen auch phänomenologisch nicht den typischen vegetativen Entzugssymptomen bei der stoffgebundenen Sucht, sondern sind Ausdruck einer Trauerreaktion, da mit der Loslösung von dem Medium PC/Internet ein geliebtes Objekt mit hoher subjektiver Valenz verloren geht.

Das derzeit auf den pathologischen PC/Internetgebrauch angewandte Suchtkonzept berücksichtigt nicht, dass in der modernen Suchttherapie verhaltensökonomische (Vuchnich & Heather, 2003) und entscheidungstheoretische (Cox & Klinger, 2011) Modelle diskutiert werden. Es bleibt also unberücksichtigt, dass der Suchtkranke als handelndes Wesen (Braun & Gekeler, 2011) betrachtet wird, das auch während des Suchtprozesses eine, wenn auch eingeschränkte, Handlungskontrolle ausübt und sich dabei für alternative Handlungsoptionen entscheiden kann.

Innerhalb des Suchtkonzeptes besteht die Grundannahme, dass für die Entwicklung süchtigen Verhaltens die emotionalen Konditionierungsprozesse des Belohnungszentrums unseres Gehirns von herausragender Bedeutung seien. Durch diese Überbetonung wird vernachlässigt, dass die hirneurophysiologischen Grundlagen der Persönlichkeit wesentlich komplexer sind. Nach der Zwei-Prozess-Theorie von Evans (2003) sind zwei Gedächtnissysteme für unser Handeln verantwortlich. Das evolutionär ältere, unbewusste System zur Handlungsaktivierung und das bewusste, evolutionär jüngere System zur verzögerten Handlungskontrolle (Kahnman, 2012). Beide Systeme unseres neuropsychologischen Apparates stehen in ständigem Widerstreit. Es ist deshalb erforderlich, neben den Konditionierungsprozessen des Belohnungssystems verstärkt den Einfluss der bewussten Planungs- und Steuerungsfunktion des präfrontalen Cortex einzubeziehen (Kiefer et al., 2013). Insgesamt lassen sich solche komplexen psychischen Phänomene jedoch nicht auf neurobiologische Mechanismen reduzieren (Tretter, 2012).

Schließlich treffen die zentralen Merkmale der Sucht als chronische, mit einem hohen Sterberisiko verbundene Erkrankung, die auf-

grund ihrer Devianz starken gesellschaftlichen Sanktionen unterliegt, so auf den pathologischen PC/Internetgebrauch nicht zu. Das exzessive Verhaltensmuster und das damit verbundene Immersionserleben (Eintauchen) beim pathologischen PC/Internetgebrauch lassen sich nicht mit einem drogeninduziertem Rauschzustand im Sinne eines veränderten Bewusstseinzustandes mit Störung der Wahrnehmung, des Denkens, der Gefühle und der Selbst- und Körperwahrnehmung vergleichen (Korte, 2007). Die Onlineaktivität ist vielmehr ein aktives Tun, das der Lösung von Aufgaben, der Entwicklung neuer Aspekte der Identität und dem Eingehen von Beziehungen dient.

Ausblick

Das kulturpessimistische Verhaltenssuchtkonzept beinhaltet die Gefahr, dass damit eine Diffamierung der Digital Natives als Jugendkultur erfolgt. Für exzessive PC/Internetnutzer in der Pubertät und Adoleszenz, deren Mehrheit dieses Verhaltensmuster bereits im frühen Erwachsenenalter ablegt (Meixner-Dahle, 2010), kann dies auch zu einer ungerechtfertigten Etikettierung führen. Die Reduzierung des pathologischen PC/Internetgebrauchs als ein komplexes (Strunk & Schiepek, 2014) Störungsbild auf neurobiologische Hirnkorrelate repräsentiert nicht nur ein naturalistisches Weltbild (Gabriel, 2013) sondern führt auch dazu, dass die beschränkten Forschungsgelder der Suchtforschung einseitig verteilt werden. Die alarmistische Darstellung der angeblich epidemischen Verbreitung der „Computer- bzw. Internetsucht“ in den Medien und im politischen Raum führt zu einer Ablenkung von wirksamen verhältnispräventiven Maßnahmen eines effektiven Jugendschutzes im Rahmen des Rundfunkstaatsvertrages und der Bereitstellung ausreichender öffentlicher Mittel zum notwendigen Aufbau eines vernetzten Versorgungssystems. Erfreulich ist dazu im Gegensatz, dass die Träger der Kranken- und Rentenversicherungen im Einzelfall die Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen übernehmen und die Rentenversicherungsträger beginnen, das

neue Störungsbild anzuerkennen (Köhler, 2013).

Zusammenfassung

Bisher vorliegende epidemiologische Studien zu dem neuen Störungsbild des pathologischen PC/Internetgebrauches kommen zu sehr unterschiedlichen Prävalenzschätzungen und weisen grundlegende methodische Einschränkungen auf. Das Verhaltenssuchtkonzept erweist sich aus wissenschaftstheoretischer Perspektive als ein nicht tragfähiges hypothetisches Konstrukt. Die theoretische Verankerung im organischen Krankheitskonzept, der Lerntheorie und der Neurobiologie enthält vielfältige wissenschaftslogische Fehlschlüsse und einen methodologisch reduzierten Zugang zum Gegenstandsbereich. Es entspricht nicht dem allgemein anerkannten biopsychosozialen Krankheitsverständnis.

Paradoxerweise wird die Entstehung und Aufrechterhaltung von so genannten Verhaltenssuchten – die nicht durch organische Substanzen mit psychotroper Wirkung mitbestimmt sind – vorwiegend auf organische Prozesse zurückgeführt, da die psychischen und sozialen Determinanten sowohl begrifflich nicht ausreichend elaboriert als auch empirisch nur eingeschränkt erfasst werden. Dabei wird das Pferd von hinten aufgezäumt, indem die nachgeordnete körperliche Abhängigkeit und deren neurobiologische Korrelate begrifflich ins Zentrum des Konstruktes gerückt werden, während die für die Entstehung einer Sucht primär ursächlichen sozialen Lebensbedingungen und die psychischen Anfälligkeiten der betroffenen Individuen konzeptionell eingeschränkt und nachrangig einfließen. Mit dem entwicklungspsychopathologischen Konzept zum pathologischen PC/Internetgebrauch liegt inzwischen ein alternatives biopsychosoziales Modell vor. Mit der unkritischen Verbreitung des Verhaltenssuchtkonzeptes sind mögliche Gefahren für jugendliche exzessive Nutzer und unerwünschten Folgen für die Forschung und das Behandlungssystem verbunden.

Literatur

- American Psychiatric Association (Ed.) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Batthyany D, Pritz A (2009). Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte. Wien: Springer.
- Bieri P (2007). Was bleibt von der analytischen Philosophie. Deutsche Zeitschrift für Philosophie, 55(3), 333-344.
- Bischof G, Bischof A, Meyer C, John U, Rumpf H-J (2013). Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofil (PINTA-DIARI). Lübeck: Kompaktbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.
- Block J J (2008). Issues for DSM-V (Editorial): Internet addiction. American Journal of Psychiatry, 165 (3), 306-307.
- Brand M, Laier C (2013). Neuropsychologie der pathologischen Internetnutzung. Sucht, 59(3), 143 – 152.
- Braun K-H, Gekeler G (2011). Drogenarbeit: Fallstudien, subjektiver Widerspruchsverhältnisse, Handlungsstrategien. In: Sucht (S. 34 – 84). In K Weber (Hrsg.) Hamburg: Argument Verlag (ursprünglich 1987).
- Cash H, Rae D, Steel A H, Winkler A (2012). Internet addiction: A brief summary of research and practice. Current Psychiatry Reviews, 8(4), 292 – 298.
- Cox W M, Klinger E (Eds.) (2011²). Handbook of motivational counselling: Goal-based approaches to assessment and intervention with addiction and other problems. Chichester (UK): John Wiley.
- Evans J S (2003). In two minds: Dual process accounts of reasoning. Trends in Cognitive Sciences, 7, 454 – 459.
- Festl R, Scharnow M, Quandt T (2012). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. Addiction, 108, 592 – 599.
- Fischer T (2011). Ist die pathologische Internetnutzung als eigenständige Erkrankung im Sinne einer stoffungebundenen Suchterkrankung zu diagnostizieren? – Kontra, Suchttherapie, 12(2), 82 – 84.
- Frances A (2013) Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DuMont (Amerikanisches Original 2013).
- Gabriel M (2013). Warum es die Welt nicht gibt. Berlin: Ullstein.
- Gambino B. (1997). The correction for bias in prevalence estimation with screening tests. Journal of Gambling Studies, 13, 343 – 351.
- Greenfield D N (2000). Suchtfälle Internet: Hilfe für Cyberfreaks, Netheads und ihre Partner. Düsseldorf: Walter Verlag (Amerikanisches Original 1999).
- Griffith M (1995). Technological addictions. Clinical Psychology Forum, 76, 14 – 19.
- Griffith M (1996). Behavioural addiction: An issue for everybody? The Journal of Workplace Learning, 8, 18 – 25.
- Gross W (1990). Sucht ohne Drogen: Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch.
- Grüsser S M, Thalemann C N (2006). Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung. Bern: Hans Huber.
- Hahn A, Jerusalem M (2001). Internetsucht: Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In A. Theobald et al. (Hrsg.): Handbuch der Online-Marktforschung (S. 1-21). Wiesbaden: Gabler.
- Jellinek E M (1960). The disease concept of alcoholism. New Brunswick, NJ: Hillhouse Press.
- Kahnman D (2012). Schnelles Denken, langsames Denken. München: Siedler (Amerikanisches Original 2011).
- Kiefer F, Fauth-Bühler M, Heinz A, Mann K (2013). Neurobiologische Grundlagen der Verhaltenssuchte. Der Nervenarzt, 84 (5), 557 – 562.
- Köhler J (2013). Sozialmedizinische Beurteilung von Verhaltensstörungen durch intensiven Gebrauch von Computer und Internet aus der Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. Sucht Aktuell, 20(3), 37 – 39.
- Korte S (2007). Aktuelle Rauschkonstruktionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lutz C U, Batra A (2010). Das Alkoholentzugssyndrom: Delirium tremens und Krampfanfall - Eine Übersicht über die Ätiopathogenese. Sucht, 56(2), 95 – 105.
- Mann K (2013). "Verhaltenssuchte": Neue Aufgaben für Psychiater und Psychotherapeuten? Der Nervenarzt, 84 (5), 501 – 507.
- Meixner-Dahle S (2010). Pathologische Internetnutzung im Jugendalter. Sucht Aktuell, 17(1), 53 – 56.
- Möller, C. (Hrsg.). (2012). Internet- und Computersucht: Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Pädagogen und Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.
- O'Brien C P (2010). Commentary on Tao et al. (2010): Internet addiction and DSM-V. Addiction, 105: 565.
- O'Brien C P, Volkow N, Li T-K (2006). What's in a word? Addiction versus dependence in DSM-V (Editorial). American Journal of Psychiatry, 163 (5), 764 – 765.
- Petry J (2003). Pathologischer PC-Gebrauch: Nosologische Einordnung und Falldarstellungen. In: Klinische Psychologie und Internet (S. 257 – 270). R Ott, C Eichenberg (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
- Petry J (2006). Pathologischer PC-Gebrauch: Ursachen, Erscheinungsformen und Interventionen. Münchwieser Hefte, 31, 7 – 20.
- Petry J (2009). Der Pathologische PC/Internet-Gebrauch als eigenständige Erkrankung: Nosologische Überlegungen. Münchwieser Hefte, 33, 21 – 32.
- Petry J (2010). Das Konstrukt „Verhaltenssucht“ – eine wissenschaftstheoretische Kritik. Sucht Aktuell, 17 (2), 14 – 18.
- Petry J (2010b). Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Göttingen: Hogrefe.
- Petry J (im Druck). Pathologischer PC/Internetgebrauch: Störungsbild, Behandlung und Forschung, Teil 1. Die Psychodynamische Psychotherapie, 13(2).
- Petry J (im Druck b) Pathologischer PC/Internetgebrauch: Störungsbild, Behandlung und Forschung, Teil 2. Die Psychodynamische Psychotherapie, 13(3).

Pies R (2009) Should DSM-V designate „internet addiction“ as mental disorder? *Psychiatry*, 6 (2), 31 – 37.

Rehbein F, Mößle T, Arnaud N, Rumpf H-J (2013). Computer- und Internetsucht: Der aktuelle Forschungsstand. *Nervenarzt*, 84(5), 1 – 6.

Rumpf H-J, Meyer C, Kreuzer A, John U (2011). Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA). Lübeck und Greifswald: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit.

Soyka M, Küfner H (2008⁶). Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Georg Thieme.

Spiegel, der (2007). Der Digitale Maskenball: Zweites Leben im Internet. Heft 8, 150 – 163.

Spiegel, der (2007). Wie viel Computer und Fernsehen verträgt ein Kind. Heft 20, 42 – 54.

Spiegel, der (2008). Macht das Internet doof? Vernetzt, verquatscht, verloren. Heft 33, 69 – 92.

Spiegel, der (2009). Fremde Freunde: Vom zweifelhaften Wert digitaler Beziehungen. Heft 10, 118 – 131.

Spiegel, der (2009). Netz ohne Gesetz: Warum das Internet neue Regeln braucht. Heft 33, 68 – 81.

Spiegel der (2014). Spielen macht klug: Warum Computerspiele besser sind als ihr Ruf. Heft 3, 60 – 67.

Strunk G & Schiepek G (2014). Therapeutisches Chaos: Eine Einführung in die Welt der Chaostheorie und der Komplexitätswissenschaft. Göttingen: Hogrefe.

Swaminath, G. (2008). Internet addiction disorder: Fact or fad? Nosing into nosology. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(3), 158 - 160

Tao B, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M (2010)- Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105, 556 – 564.

Te Wildt B.T. (2011). Ist die pathologische Internetnutzung als eigenständige Erkrankung im Sinne einer stoffungebundenen Suchterkrankung zu diagnostizieren? – Pro, *Suchttherapie*, 12(2), 80 – 82.

Tretter F (2012). Kritik der Neurobiologie der Sucht – Philosophische Aspekte. *Sucht Aktuell*, 19 (3), 26 – 35.

Uhl A. (2014). Was ist “Internetsucht” und wie weit verbreitet ist dieses Phänomen? *Rauch – Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 3(1), 66 – 72.

Vuchinich R E, Heather N (2003). *Choice, behavioral economics and addiction*. Amsterdam: Pergamon.

C I Schwerpunkte der Drogen und Suchtpolitik

C 1 Prävention

C 1-1

Stephan Quensel

Schulische Sucht-Prävention? Ein – leider – grundsätzlich verfehlter Ansatz³⁸

1. Als vornehmlich gegen Jugendliche gerichtetes Kontrollinstrument kombiniert die Suchtprävention drei scheinbar höchst plausible **Kontroll-Strategien**:

Zunächst (1) das aus der US-amerikanischen Mental-Health-Bewegung des 19. Jahrhunderts stammende, auf die Alkohol-,Sucht' bezogene psychiatrische Sucht-Konzept. Sodann (2) die seit Beginn des 20. Jahrhunderts anlaufende juristisch-strafrechtliche Bekämpfung illegaler Drogen. Und schließlich (3) den vor allem von der Sozialarbeit als neuem Tätigkeitsfeld willig aufgenommenen Präventions-Gedanken, der den beiden aufeinander aufbauenden Maximen folgt: ‚Heilen ist besser als Strafen‘ und ‚Vorbeugen ist besser als Heilen‘.

1.1 Dabei erwies sich vor allem das **Sucht-Konzept** als psychiatrisch-therapeutische Mehrzweck-Waffe in mehrfachem Sinne:

Zunächst ist es im Common Sense ebenso verankert wie in der Gesundheitspolitik der

WHO (World Health Organization). Man versucht die Sucht psychiatrisch exakt in deren ICD-10 oder im US-amerikanischen DSM IV und jüngst im DSM V stufenweise zu definieren und dann auch skalenmäßig zu erfassen. Die Sucht beherrscht den hilflos Süchtigen, exkulpiert ihn aber nicht; sie lässt sich therapieren, selbst wenn sie im Gehirn verankert sein soll; und sie droht demjenigen als nahezu unausweichliches Schicksal, der sich zum – präventiv relevanten – Beginn auf eine schiefe Bahn begibt, oder der später, nach Genuss einer einzigen Cognac-Bohne, rettungslos rückfällig werden wird.

Doch ist diese ‚Sucht‘ nichts anderes als ein – negativ als krankhaft eingefärbtes – **Etikett**, das bestimmte, zumeist ‚gesellschaftlich‘ unerwünschte Verhaltensweisen mit einem zugleich entschuldigenden wie vorwurfsvollen Stempel belegt. Dessen ‚Realität‘ nicht nur autoritativ vom dazu zuständigen Sucht-Experten diagnostisch festgelegt, sondern das dann auch entsprechend ambivalent vom ‚Süchtigen‘ übernommen und damit sichtbar bestätigt wird.

1.2 Auch die **Anti-Drogen-Strategie**, die seit der Haager Konferenz (1912: ‚International Opium Convention‘) vor allem von den US-Amerikanern vorangetrieben wird, reicht vom Common Sense besorgter Erwachsener und entsprechend interessierter Politiker über die Arbeit der Europäischen Beobachtungsstelle (EMCDDA/EBDD), die jährlich einen Drogenbericht publiziert, und die 2011 nach langer Beratung die ‚European Drug Prevention Quality Standards‘ publiziert hat, bis in die luftigen Höhen des UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), das den World Drug Report sowie die International Standards of Drug Use Prevention (IntStand 2013) herausgibt, und des Internationalen Narcotic Control Boards (INCB), der sich dezidiert gegen die diversen Versuche, Cannabis zu legalisieren wendet, oder die UN-Generalversammlung (UNGASS), die 1998 einen großartigen ‚Action Plan on International Cooperation on the Eradication of Illicit Drug Crops‘ bis 2008 beschloss, der jedoch 2013 auf einer Evaluations-Konferenz

³⁸ Der Beitrag ist eine gekürzte Fassung meines Artikels ‚Schulische Suchtprävention. Zur Pathologisierung von Jugendlichen.‘ In: Marcus Balzereit, Roland Anhorn (Hrsg) (2014): Handbuch Therapiesierung und Soziale Arbeit. (im Druck). Dort findet man auch einen weiterführenden Anmerkungsapparat. Bei meinen Ausführungen stütze ich mich auf meine beiden Bücher ‚Das Elend der Suchtprävention‘ und ‚Wer raucht der stiehlt... Zur Interpretation quantitativer Daten in der Jugendsoziologie‘ (Quensel 2009 & 2010), in denen ich die hier angeschnittenen Fragen zunächst eher ‚theoretisch‘, dann stärker ‚empirisch‘ an Hand einer Umfrage unter 4.000 15-Jährigen aus 5 europäischen Großstädten analysiert habe

in Wien, wie zu erwarten, kaum die erwünschten Erfolge aufweisen konnte.

1.3 Die Suchtprävention lebt von diesen beiden Konstruktionen, der Sucht- und der Drogen-Gefahr, wobei sie, wie jede Prävention, **drei Prämissen** folgt:

(1) Sie muss, logisch, **vor** der zu verhütenden Gefahr einsetzen, und zwar umso früher, je tiefer ihre Wurzeln in die Vergangenheit reichen, weshalb man mitunter auf den Kindergarten oder auf die Beratung von ‚Problem-Müttern‘ durch geschulte Familienhebammen zurückgreifen will („prenatal and infancy visitation“). Dabei nimmt man „stärker als in der Vergangenheit nicht nur die Abhängigkeit in den Blick, sondern auch riskantes Konsumverhalten, das gesundheitsschädlich und entwicklungseinschränkend ist, auch wenn es nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt“. (DBDD 2012, S. 9).

(2) Diese Prävention soll zudem möglichst ‚**umfassend**‘ angelegt werden. Und zwar sowohl hinsichtlich der zu erfassenden Personen, zumal dann, wenn man die künftig Gefährdeten nicht zureichend prognostizieren kann, oder wenn man bei entsprechend ‚sekundär präventiver‘, ‚indizierter‘ Auslese deren frühzeitige Stigmatisierung befürchten muss. ‚Umfassend‘ aber auch hinsichtlich der empirisch erhobenen – korrelativen, also nicht kausalen – Fülle möglicher ‚Risiko-Faktoren‘. Weswegen man nicht nur auf verallgemeinernde ‚Kompetenz-Trainings‘ zurückgreift, sondern möglichst auch Lehrer, Eltern und die ganze Gemeinde („Community-based multi-component initiatives“) in solche Präventions-Kampagnen einbezieht. Eine Frage also der Ausdauer, des verfügbaren Personals und der Kosten, die der Suchtprävention ein nahezu unbegrenzbares Tätigkeitsfeld eröffnet.

(3) Schließlich muss man eine künftig als möglich angesehene Gefahr schon **heute realiter bekämpfen**. Sei es ganz direkt dadurch, dass man die gefährdenden Böcke von den gefährdeten Schafen trennt, also den ertappten Cannabis-Sünder von der Schule weist, oder indem man diejenigen Schulklassen, in denen mehr als 10 Prozent schon

einmal geraucht haben, aus dem ‚Be-smart-don’t-start‘- Programm ausschließt. Oder sei es dadurch, dass man im angepriesenen Kompetenz-Training übt ‚nein zu sagen‘, auch wenn solche unschuldigen Novizen auf diese Weise ihre sozialen Kontakte völlig verlieren. Geradezu **paradox** wirkt sich diese Strategie dann aus, wenn man es vermeidet, über einen angemessenen Umgang mit der Droge aufzuklären. Weil Novizen dann mühsam und gefahrenträchtig ihren, von diversen erwachsenen und jugendlichen Mythen gepflasterten eigenen Weg finden müssen. Obwohl, wie unsere Untersuchung zeigte, zwar die Noch-Abstinente glaubten, schon alles über die Abhängigkeit zu wissen, während die Konsumierenden dagegen sich, selbst von der Schule, weitere Drogen-Informationen wünschten.

Eine paradoxe Situation, die etwa dazu führt, dass auf privaten Abiturfeiern die Unerfahrenen die Alkohol-Opfer stellen, die zum Glück von ihren kompetenteren Freunden inzwischen verstärkt dem ärztlichen Notdienst überantwortet werden; womit man steigende Krankenhaus-Zahlen ebenso belegen kann, wie die Sorge, dass das Koma-Saufen immer mehr auch die jüngeren und ‚besseren Kreise‘ erfasse. Um nun mit einem besonders gelobten Programm – HaLT (Hart am Limit), das inzwischen bundesweit umgesetzt wurde – u.a. diese Sünder gleich am Krankenbett in ‚ihrer kritischen Phase‘ – wieder in gleicher Weise Gefahren-orientiert – zu bearbeiten. Anstatt darauf zu setzen, dass viele dieser Jugendlichen aus Scham über ihr ‚Alkohol-Versagen‘ in Zukunft etwas ‚vernünftiger‘ Alkohol konsumieren werden; was sich sogar, mangels zureichender Kontrollgruppen, evaluativ als Programm-Erfolg verkaufen ließe.

2. Das Geschäft der Suchtprävention hat sich inzwischen, einmal mehr unter der Führung des ‚puritanischen‘ US-Amerika, zu einer regelrechten **Präventions-Industrie** ausgewachsen. Ähnlich wie in der Sucht-Therapie, und häufig Hand in Hand mit ihr, gelang es, gestützt auf das US-amerikanische Vorbild, staatlich gefördert und dotiert, die ursprünglich laienhaft naiven Ansätze in größerem Maßstab zu professionalisieren, zu ‚evaluie-

ren', zu beforschen und zu vermarkten: So verwertet und empfiehlt etwa das IFT München (Institut für Therapieforschung) vorwiegend die US-amerikanische Drogen-Literatur, während das namensgleiche nord-deutsche IFT Nord (Institut für Therapie und Gesundheitsforschung) aus Kiel seit 1997 das u.a. von der BZgA, der AOK und der Deutschen Krebshilfe geförderte ‚Be-Smart-Don't-Start'-Programm realisiert.

Inzwischen hat diese ‚Präventions-Industrie' ein erstaunlich hohes, sich selbst stabilisierendes Maß an **Professionalisierung** erreicht. Eine Professionalisierung, die sich einerseits mit einem hohen quasi-wissenschaftlichen Anspruch ‚institutionell', nach außen abschotten kann, wie dies etwa im vom BZgA betriebenen ‚Dot.sys. 3.0', einer Sammlung einschlägiger Suchtpräventions-Programme, und im ‚Prevnet' mit 900 Einrichtungen und rund 1.400 Mitgliedern – „der größten Online-Plattform für die Fachexperten der Suchtvorbeugung“ – zu beobachten ist, in der man nur als überprüfter ‚Fachexperte' Mitglied werden kann.

Und die sich andererseits als Profession weithin selber positiv ‚evaluiert', so sehr freilich von neutraler Hand betriebene **Evaluationen** eher keine, wenn nicht sogar negative (iatrogene) Erfolge zu Tage fördern. Weswegen man in betriebseigenen Evaluationen alle legitimen methodischen und statistischen Tricks einsetzt – indem man etwa die Zahl der befragten Probanden oder der überprüften Befunde so hoch ansetzt, dass sich Signifikanzen kaum vermeiden lassen, während die praktische Relevanz gegen Null tendiert; oder sich dazu verführen lässt, die Auswertung so anzusetzen, dass der normale – politische oder finanzierende – Empfänger den dahinter liegenden bewussten oder so nicht bedachten Betrug kaum durchschauen kann.³⁹

Man kann aber auch, wie etwa der Drogen- und Suchtbericht der Bundes-Drogenbeauftragten (2009), die von der renommierten

Firma Prognos bestätigte korrekte Durchführung des HaLT-Programms (‚Prozess-Evaluation') als ‚evaluative Bestätigung' werten, obwohl dies, ähnlich dem Prüfbericht über eine richtig aufgebaute Anlage für Auto-Crash-Tests, zwar eine notwendige, doch keineswegs eine hinreichende Aussage über das erwartete Ergebnis liefert.

3. ‚Objekt', nicht jedoch Subjekt, dieser Suchtprävention sind – mit gewisser altersmäßiger Variation – üblicherweise **Jugendliche**, die die Schule besuchen, da man sie hier am besten erreichen kann. Als noch ‚unmündig' begriffen, unverständig und schutzbedürftig ‚leben' sie jedoch in ihrer eigenen, von den ‚Erwachsenen' wenig verstandenen Welt, in der sie sich behaupten müssen, ‚heute' ihren Lebens-Sinn finden und das ‚Morgen' einüben sollen. In einer eigenständigen Lebensweise, in einer – mannigfach gebrochenen – ‚Jugendkultur', in der sie sich im Peergruppen-Kontext – und zwar vor allem auch im Party-Kontakt mit dem anderen Geschlecht – bewegen und bewähren müssen. Ein Kontext, der zum Leidwesen der Erwachsenen weniger schul- denn freizeitbezogen ausfällt, und in dem ‚harte' jugendkulturelle Sitten und sich mitunter rasch wandelnde Moden dominieren, die heute, im Zeitalter der Internet-Kommunikation, stärker das Auf und Ab von Drogen-Wellen bestimmen als jede erfolgreiche Prävention. Mit einem Musik-, Sprach-, Kleidungs- und Körper-Stil, dem man folgen sollte, sofern man die für die Identität notwendige Anerkennung der anderen Jugendlichen, doch nicht unbedingt die der Erwachsenen, gewinnen will. Stil-Figuren, mit denen man sich – zumindest partiell – ‚von den anderen', also von den ‚Braven' und insbesondere von der Lebensweise der Erwachsenen abheben will, wenn dies auch heute in manchen Bereichen schwerer fällt als in früheren Zeiten.

Zu diesem **Jugend-Stil** gehören auch einige, von den Erwachsenen als ‚abweichend' definierte Verhaltensweisen, wie etwa der jugendlich laute Alkohol-Konsum und das ‚verfrühte' Rauchen; bei den Jungen die kleinere Delinquenz und manche ‚Gewalt'; bei

³⁹ vgl. meine Kritik an der ‚Be-Smart-Don't-Start' Evaluation in Quensel 2007.

den Mädchen noch immer das ‚risky sexual behaviour‘ und der bisher präventiv noch wenig beachtete Konsum von Tabletten aller Art; und schließlich für beide der besonders eng mit dem Musik-Stil verbundene, Mode-abhängige Konsum so genannter ‚Legal Highs‘ oder ‚Party-Drogen‘, die man so nicht nennen soll, da dies das Problem verharmlosen würde.

Zusammengenommen bilden diese Verhaltensweisen – mit jeweils variierenden Schwerpunkten – einen über die europäischen Grenzen hinweg reichenden, für Jungen wie Mädchen gemeinsamen, positiv besetzten jugendlichen Freizeitstil, an dem nicht nur gemessen wird, wer und was ‚in‘ und wer ‚out‘ ist, sondern der zugleich auch die zukunfts-trächtige Möglichkeit bietet, sich eigenständig zu bewähren. Mit zwei unerwünschten Konsequenzen:

3.1 Wer sich diesem Stil verweigert, riskiert, sofern er/sie nicht anderweitig, insbesondere in anderen Gruppen-Kontexten abgesichert ist – wie z.B. in manchen präventiv immer wieder empfohlenen, doch häufig dem Alkohol geneigten Sportarten – **sozial isoliert** zu werden. Mit zwei typischen weiteren Folgen: Häufig versuchen jüngere Novizen, unerfahren und noch ohne den schützenden Gruppen-Kontext – durch selbst auferlegte und von außen geförderte ‚Mutproben‘ – in solchen verpönten, jugend-kulturell jeweils vorgeformten Verhaltensbereichen Anerkennung und damit Aufnahme in die Gruppe zu erwerben. Koma-Saufen-Unfälle liegen dann ebenso nahe, wie ‚Horror‘-Erfahrungen im weiteren Party-Drogen-Bereich; die übrigens umso seltener auftreten, je erfahrener die Konsumenten insgesamt mit diesen Drogen umgehen können.

Misslingen solche Anbieterungsversuche, liegt es nahe – was in unserer Untersuchung deutlich sichtbar wurde –, die in diesem Alter besonders intensiv erlebte soziale Isolation **depressiv** zu verarbeiten, wofür als Beispiel das ‚einsam heimliche Trinken‘ späterer Altersstufen stehen mag.

3.2 Schulprobleme treten auch ohne den begleitenden Drogen-Konsum auf; während um-

gekehrt, im Präventions-Denken unerwartet, viele Schüler selbst mit einem intensiveren ‚normalen‘ Drogen-Konsum kompetent umgehen können, ohne solche Schulprobleme zu haben. Wenn beide ‚Probleme‘, Schulversagen wie Drogenkonsum, zusammentreffen, bleibt offen, welcher dieser beiden Bereiche vorrangig ist, da sie sich im Laufe eines längeren Prozesses gegenseitig hochschaukeln werden. Dabei ließe sich die schulische Komponente, wenn nicht von Anfang an, so doch im Laufe dieses Prozesses, leichter beheben, als ihre – häufig eher in Reaktion auf dieses Schulversagen kompensierend angelegte – jugendspezifisch gruppenorientierte Drogen-Komponente.

Wir haben also für eine schulspezifische Prävention – neben einer zureichenden und erwünschten ‚realistischen‘ Aufklärung, wie sie etwa in www.drugscouts.de angeboten oder im risikopädagogischen Rebound-Programm (www.my-rebound.eu) versucht werden soll – mit **zwei** sich deutlich abzeichnenden **Problem-Gruppen** zu tun: Eine brave, depressiv eingefärbte Gruppe der mehr oder weniger sozial Isolierten einerseits, und die häufig kompensatorisch Drogen konsumierenden ‚Schulversager‘ andererseits. Während im Normalfall der ‚normale‘ jugendspezifische Drogenkonsum eher soziale Kontakte begünstigt und ohne schulische Folgen bleibt. Beide ‚Problemgruppen‘ sind – ohne großen Aufwand und ohne Drogen-Stigma-Folgen – leicht für entsprechende ‚Fördermaßnahmen‘ zu erkennen.

3.3 Diese jugendspezifische ‚Drogen-Normalität‘ kann nicht nur gegen die befürchteten Süchte ‚immunisieren‘, sondern wird sich gewöhnlich von selber **‚auswachsen‘**, ohne notwendigen Zusammenhang mit eventuell später auftretenden erwachsenen ‚Sucht-Problemen‘, die doch eine darauf ausgerichtete Sucht-Prävention begründen sollen. Man kennt das aus der Delinquenz-Entwicklung, die mit dem Eintritt in das Erwachsenen-Alter zunehmend versiegt, wie aus den üblichen Cannabis-Verläufen – zumal der Konsum von Cannabis, entgegen dem propagandistischen Fehlschluss, bei den Junkies eher als Ausstiegs- denn als Einstiegs-Droge

wirksam wird – weil sie mit dem Auslaufen der Zugehörigkeit zur Jugendkultur an Reiz verlieren, sofern sie nicht ganz normal in eine erwachsene ‚work-hard-live-easy‘-Kultur als Spannungsmittel eingebaut werden.

4. So sehr die derzeit übliche Suchtprävention weitgehend ohne evaluativ nachweisbare dauerhafte Erfolge agiert, so kann sie doch das ursprünglich definierte ‚Drogen-Problem‘ in doppelter Weise weiter **verschärfen**:

4.1 Bei den noch ‚Braven‘ wächst das Risiko der sozialen Isolation. Den ‚Gefährdeten‘ bietet sie einen Schul-Status, der kompensatorisch die Schulproblematik vertiefen kann. Leicht führt dies zu einer frühzeitigen **Stigmatisierung**. Sei es, weil eine Mehrzahl ängstlich-intoleranter Schüler, Eltern oder aufgeschreckter Lehrer den präventiv angeratenen Ausschluss solcher Sündenböcke realisieren. Oder sei es, dass sekundär bzw. ‚indiziert‘ präventiv gezielt darauf angesetzte Maßnahmen dieses ‚Gefahren‘-Merkmal, aus seinem jugendkulturellen Hintergrund herausgelöst, zum Master-Status-Merkmal erklären. In beiden Fällen, Isolation wie ‚Gefährdung‘, schürt die gegenwärtige Suchtprävention ebenso Intoleranz und unsolidarische Ausgrenzung wie suchtspezifische Ängste und Erklärungsmuster, anstatt zureichend über die konkreten Gefahren in der Art und Weise des Drogen-Konsums und über brauchbare Nothilfen (!) im Rahmen eines ‚Erste-Hilfe-Kurses‘ aufzuklären.

4.2 Problematischer sind die indirekten Auswirkungen dieser Suchtprävention auf die **Eltern** der Schüler, insbesondere, wenn sie dieser altersspezifischen ‚Jugendkultur und deren Freizeitverhalten eher fremd gegenüberstehen. Die ihnen professionell und pseudowissenschaftlich vermittelten Informationen fördern, wenn sie wie üblich den allgemeinen Common-Sense-Befürchtungen entsprechen, solche mit Angst besetzte Abhängigkeits-Stereotypen, die nach unserer Untersuchung mit zunehmenden Alter und abnehmendem Bildungsstand immer ausgeprägter auftreten. Und zwar immer dann, wenn man, durch eine solche Aufklärung verunsichert,

weniger auf die isoliert Braven, denn auf die Drogen-Sündenböcke achtet. Oder wenn man in erweiterten Präventions-Programmen – wie etwa in der nach US-amerikanischen Vorbildern entwickelten und gepriesenen MDFT (Multidimensionale Familientherapie)⁴⁰ – mit eben dieser stereotypen ‚Suchtpräventions‘-Perspektive nunmehr auch noch „familiäre und institutionelle Bezugspersonen“ (Lehrer, Sozialarbeiter, Polizisten?) unmittelbar in eine solche Präventionsarbeit einbeziehen will.

Wobei die meisten dieser merkantilen Suchtpräventions-Programme mit ihren typischen **Mittelschicht**-Werten auf Jugendliche aus eben dieser sozialen Schicht ausgerichtet sind, während etwa, wie im ‚Be-Smart-Don‘t-Start‘-Programm, Hauptschüler und andere Migranten nur schlecht erreicht werden. Ebenso, wie man solche Mittelschicht-Jugendliche eher in den neuartigen Cannabis-Therapie-Angeboten – etwa im internationalen INCANT-Projekt (International Cannabis Need of Treatment) des Berliner Therapie-ladens – wieder findet. Während man den anderen in den – von der renommierten Beratungsfirma FOGS lediglich im Hinblick auf die Durchführung Prozess-evaluierten – polizeilich geleiteten FreD-Programmen (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) für ertappte Cannabis-Konsumenten begegnen wird.

Wie so oft bei solchen sogenannten ‚sozialen Problemen‘ erweist es sich auch bei der ‚Sucht‘-Prävention, dass zweifellos gegebene riskante und gelegentlich auch problematische Situationen dann, wenn sie in die Hände von organisierten und politischen

⁴⁰ „Mit der MDFT liegt ein evidenzbasierter, integrativer Behandlungsansatz vor, bei dem bestehende familiäre und institutionelle Bezugspersonen einbezogen werden, um ihre erzieherische, beratende und betreuende Kompetenz zu optimieren. Um zu helfen, ‚Drogenkarrieren‘ der benachteiligten Jugendlichen zu verhindern, soll die MDFT bundesweit bekannt gemacht und umgesetzt werden. Zu diesem Zweck fördert das BMG seit Herbst 2012 die Qualifizierung von Fachkräften aus Einrichtungen der Jugend- und Suchthilfe zu MDFT-Fachkräften bzw. MDFT-Supervisoren.“ (Drogenbeauftragte 2013, S. 144)

Interessenten geraten, leider ein unerwünschtes Eigenleben entwickeln, in dem diese Akteure – häufig, jedoch keineswegs immer, mit bestem Willen – das ‚Problem‘ vorantreiben, wenn nicht gar selber produzieren werden.

Literatur

DBDD (2012): Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD; (www.dbdd.de › [Publikationen](#))

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009): Drogen- und Suchtbericht 2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013): Drogen- und Suchtbericht 2013. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Quensel, S. (2007): Staatsforschung: Wie „Be Smart-Don't-Start“ sich selber evaluiert. In: Kriminologisches Journal 39, 1, S. 68-79.

Quensel, S. (2009): Wer raucht, der stiehlt...: Zur Interpretation quantitativer Daten in der Jugendsoziologie. Eine jugendkriminologische Studie. Wiesbaden: VS.

Quensel, S. (2010): Das Elend der Suchtprävention: Analyse - Kritik - Alternative. 2. Aufl. Wiesbaden: VS.

C 1-2

Cornelia Morgenstern

Neue psychoaktive Substanzen (NPS): Spezifische Risiken und Prävention

1. Beschreibung des Phänomens

Als neue psychoaktive Substanzen (NPS), in den Medien auch häufig „Legal Highs“ genannt, werden Substanzen bezeichnet, die nicht den UN-Drogenkonventionen unterliegen (Rat der Europäischen Union 2005). Es sind Substanzen, die eine Alternative oder einen Ersatz zu herkömmlichen illegalen Drogen bieten können und die in erster Linie den Vorteil haben sollen, nicht nachweisbar zu sein und einen mehr oder minder legalen Status zu haben. Mittlerweile wurden allerdings eine Vielzahl dieser sogenannten „Legal Highs“ in Deutschland in das Betäubungsmittelgesetz aufgenommen. Ein weiteres Merkmal des NPS-Phänomens ist die Verbreitung dieser Substanzen über das Internet, dazu gehört sowohl die Verfügbarkeit von Informationen über diese Substanzen in Online-Foren, Wikipedia oder Blogs als auch der Verkauf über Online-Shops. Die Online-Shops werden wiederum über Social Media wie Facebook, Twitter, Youtube und andere beworben.

Seit dem Jahr 2008, als die Räuchermischung „Spice“ (vgl. Werse / Müller 2009) in Headshops auftauchte und durch die Berichterstattung in den Medien zu einer größeren Verbreitung kam, beschäftigen sich auch Strafverfolgungsbehörden und Gesetzgeber sowie Akteure aus dem Bereich Drogenpolitik und -prävention mit NPS. Die Zahlen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zu NPS klingen alarmierend: 73 neue Substanzen wurden im Jahr 2012 registriert, es wurden 693 Shops im Internet gezählt, die solche Substanzen anbieten (EMCDDA 2013) und es wird angenommen, dass es mehrere Tausend neue psychoaktive Substanzen gibt (Europäische Kommission 2013). Allerdings blei-

ben die Prävalenzzahlen – soweit vorhanden – eher niedrig (vgl. Werse im selben Band)

2. Spezifische Risiken

Ignorieren kann man diese Substanzen sicherlich nicht, da ihr Konsum erhebliche gesundheitliche Risiken mit sich bringen kann. Dabei stehen Intoxikationen häufig in Verbindung mit Mischkonsum und falschen Dosierungen. Mischkonsum und hohe Dosierung sind dabei häufig nicht beabsichtigt, sondern beruhen auf mangelnden Informationen zu den Produkten oder auf Produktionsfehlern. Die Universitätsklinik Freiburg befasst sich mit der Datensammlung zu Notfällen in Verbindung mit dem Konsum von synthetischen Cannabinoiden (bzw. Cannabinoidmimetika): „Acute toxic symptoms associated with their use are also reported after intake of high doses of cannabis, but agitation, seizures, hypertension, emesis and hypokalaemia seem to be characteristic to the synthetic cannabinoids, which are high-affinity and high-efficacy agonists of the CB1 receptor. Thus, these effects are due probably to a strong CB1 receptor stimulation.“ (Hermanns-Clausen 2013). Demnach können synthetische Cannabinoide also aufgrund ihrer Rezeptorbindung weitaus schwerwiegendere akute körperliche Auswirkungen haben als der „Originalstoff“ THC. Ähnliches dürfte auf Langzeitriskiken zutreffen, über die mangels entsprechender Daten aber bislang wenig bekannt ist.

Die EMCDDA hat zu einzelnen Substanzen bereits Risikobewertungen erstellt. Dazu gehört beispielsweise die Substanz 4-MA (4-Methylamphetamin), die mit Todesfällen in Belgien, Dänemark, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich in Verbindung gebracht wird (EMCDDA 2014). Ein grundlegendes Risiko beim Konsum dieser Substanzen liegt in der mangelnden Erfahrung im Umgang mit ihnen und in fehlenden wissenschaftlichen Erkenntnissen über Wirkungsweisen und Langzeitfolgen des Konsums. Das eigentliche Risiko dieser Substanzen geht also von der unzureichenden Information der Konsumierenden aus (Stichwort: Risikomündigkeit).

3. Gruppen von NPS

Eine Besonderheit des Phänomens der neuen psychoaktiven Substanzen ist auch das breitgefächerte Spektrum an synthetischen Substanzen, das unter diesem Begriff subsumiert wird. Die in Deutschland am weitesten verbreitete Produktgruppe der Räuchermischungen, die synthetische Cannabinoidmimetika enthalten, werden unter so kreativen Produktnamen wie Crazy Monkees, Bonzai Citrus oder Millenium Platinum in bunten Tütchen verkauft. Die synthetischen Cannabinoide, die in diesen Räuchermischungen wirken, umfassen alleine hunderte Substanzen und haben Bezeichnungen wie JWH-018, benannt nach dem Chemiker John W. Huffman, oder AM-2201, benannt nach dem Chemiker Alexandros Makriyannis. Ihre Wirkungsweise wird zum Teil ähnlich wie Cannabis beschrieben, aber von einigen Substanzen, insbesondere denen der neueren Generation, wird gesagt, dass sie von ihrer Wirkungsweise als eine „eigene Droge“ gelten können. Eine weitere große Gruppe der neuen psychoaktiven Substanzen umfasst die „Research Chemicals“, neue psychoaktive Substanzen in Reinform. Hier reicht das Spektrum der Wirkungsweise der verschiedenen Substanzen von stimulierend über halluzinogen bis sedierend. Viele dieser Substanzen wurden übrigens von Alexander Shulgin in seinen Büchern PIHKAL und TiHKAL bereits in den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts beschrieben; sie erreichten eine größere Aufmerksamkeit aber erst über die Verbreitung durch das Internet zu Beginn dieses Jahrtausends. Die dritte Gruppe stellen die sogenannten „Badesalze“ oder Partypillen dar, in denen stimulierende und/oder empathogene Stoffe enthalten sind und die als Mischungen, ähnlich wie Räuchermischungen, in bunten Tütchen verkauft werden.

4. Rechtliche Situation

Die große Zahl von psychoaktiven synthetischen Substanzen führte in den vergangenen Jahren zu einer Art Wettrennen zwischen Strafverfolgung und Gesetzgebung auf der einen Seite und Händlern und Produzenten

von NPS auf der anderen Seite, das an das Wettrennen zwischen Hase und Igel erinnert. Während man auf der einen Seite durch Verbote und Strafen das Angebot einzudämmen versuchte, wurden auf der anderen Seite Verbote durch immer neue Substanzen, die sich häufig nur minimal von der vorhergehenden Substanz unterscheiden, umgangen. Dieses Wettrennen setzt sich bislang mit anscheinend zunehmender Geschwindigkeit fort. Ein gravierendes Problem dabei ist, dass neu auf den Markt kommende Substanzen häufig noch potenter sind als die vorangegangenen und dass man noch weniger über sie weiß. Aus diesem Grund wird auch über alternative Strategien gegenüber dem Verbot möglichst vieler Substanzen nachgedacht.

Eine alternative Strategie wird zum Beispiel in Neuseeland erprobt, indem dort gesetzliche Rahmenbedingungen für die Regulierung des Verkaufs von „Legal Highs“ geschaffen wurden (Psychoactive Substances Act 2013). Bislang unterliegen neue psychoaktive Substanzen keinen Kontrollmaßnahmen der UN. Die EU möchte zukünftig im Hinblick auf NPS schnellere Verfahren und einen abgestuften Ansatz einführen (vgl. Europäische Kommission 2013). In Deutschland werden zurzeit vorrangig immer mehr Substanzen dem BtMG unterstellt. Welche Rolle das Arzneimittelgesetz (AMG) zukünftig für NPS spielen wird, unterliegt rechtlichen Prüfungen, ebenso wie die Einführung einer Stoffgruppenregelung. Derzeit folgt man hierzulande der Rechtsauffassung, dass NPS unter den Anwendungsbereich des AMG fallen und, da sie als „bedenkliche Arzneimittel“ gelten, nicht verkauft werden dürfen; weshalb der Handel über „Headshops“ und ähnliche Geschäfte weitgehend unterbunden wurde (über ausländische Onlineshops aber ungehindert weiterläuft). Diese Rechtsauffassung ist allerdings stark umstritten und liegt derzeit dem EuGH zur Entscheidung vor (vgl. Pollähne 2013).

5. Prävention

Die unüberschaubar große Anzahl von NPS bei wiederum relativ geringen Verbreitungszahlen stellen die Prävention vor spezielle

Herausforderungen: Einfache Broschüren, die über das Phänomen informieren, können nur oberflächlich und allgemein gehalten sein und sind eher an unerfahrene Neugierige oder an interessierte Fachkräfte und Eltern gerichtet. Risikominderung bei bereits Konsumierenden kann durch spezifische Beschreibungen zu den Substanzen oder auch zu Substanzgruppen erfolgen. Dazu braucht es die Voraussetzung von Websites, um entsprechende Datenmengen und Updates zu ermöglichen (z.B. legal-high-inhaltsstoffe.de; vgl. auch [Erowid.org](http://erowid.org)). Es müssen allerdings fortlaufend Forschungsergebnisse und Analysen von Substanzen online gestellt werden, um halbwegs aktuell und evidenzbasiert informieren zu können. Dies ist derzeit nur unzureichend möglich, da z.B. aus Rechtsgründen keine quantitativen Angaben über Inhaltsstoffe analysierter Produkte gemacht werden dürfen. Eine wichtige Rolle bei der Information der Konsumierenden spielen auch Erkenntnisse aus Drug Checking-Projekten, wie sie beispielsweise in der Schweiz durchgeführt werden (Bücheli 2012). Fachleute wie Pharmakologen, Chemiker und Mediziner sind gefragt, die zur Risikobewertung beitragen können. Dies wiederum ist aufwendig und kostspielig und ist nicht mit der Veröffentlichung einer Broschüre im Fünf-Jahres-Rhythmus getan.

Andere Wege für ein risikominimierendes Verhalten der Konsumierenden von NPS sind nutzergenerierte Inhalte in Social Media, die von Konsumierenden weltweit zur Verfügung gestellt werden. Hier leisten Wikipedia-Einträge und Online-Foren einen wichtigen Beitrag (Werse / Morgenstern 2011). Vorteil dieser Informationswege ist zudem ihre zeitlich und räumlich nahezu unbegrenzte Verfügbarkeit, sowie die Möglichkeit, sich anonym und gleichzeitig (semi-)öffentlich auszutauschen.

6. Fazit

Gerade bei dem weiten Feld der NPS ist die Risikomündigkeit der Konsumierenden von zentraler Bedeutung. Dazu ist ein möglichst freier, öffentlicher und anonymer Austausch und Zugang zu allen Informationen über die

Substanzen und Produkte notwendig. Ein umfassendes Drug Checking-Angebot würde bei NPS eine wichtige Rolle spielen, um Risiken zu vermeiden. Verbote von Substanzen und Restriktionen gegenüber Foren erhöhen das Risiko der NPS nur und gerade nationale Beschränkungen bringen hier wenig bis gar nichts. Es kommen potentere Substanzen auf den Markt, das Unwissen der Konsumierenden ist noch größer und die Suche nach einer Substanz, die noch legal und nicht nachweisbar ist, führt zu gefährlichen Ausgangsbedingungen für die Konsumierenden. Diese Erfahrungen wurden in Neuseeland bereits gemacht und die daraus notwendigen Konsequenzen wurden in der Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen vollzogen, zumindest im Ansatz. Ob sich der neuseeländische Weg als erfolgversprechend zeigt, wird man abwarten müssen.

Literatur

Auwärter, V. (2011): Wovon reden wir eigentlich? Überblick über die Substanzen und ihre Wirkung; Jahrestagung der Bundesdrogenbeauftragten: Der Stoff aus dem Chemielabor. Speed, Spice & Co; Berlin,

http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_ander_e/Downloads/Auwaerter.pdf

Bücheli, A. (2012): Drug Checking und der Konsum von „Legal Highs“. Eine Zwischenbilanz nach über 15 Jahren Praxis in der Schweiz; in: Konturen. Fachzeitschrift für Sucht und soziale Fragen, 2/2012, 33. Jahrgang, Bad Orb, 28-32

Europäische Kommission 2013: Vorschlag für eine VERORDNUNG DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES über neue psychoaktive Substanzen, Brüssel, http://ec.europa.eu/justice/antidugs/files/com_2013_619_de.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2014: Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substance, Risk Assessments, Publications Office of the European Union, Luxembourg, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessment/4-MA>

Hermanns-Clausen, M. et al. 2013: Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings; Addiction 2013 Mar;108:534-44,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22971158>

Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). [Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012](#) [Substance use and substance use disorders in Germany in

2012]. *Sucht*, 59 (6), 321-331; Open Access: <http://www.psycontent.com/content/946m87wOg4812vu8/fulltext.pdf>.

Psychoactive Substances Act (2013), issued by The Parliament of New Zealand, <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/DLM5042921.html?src=qs>

Pollähne, H. (2013): Legal Highs vor dem EuGH. Eine Droge ist kein Arzneimittel; in: Legal Tribune, <http://www.lto.de/recht/hintergruende/h/eugh-legal-highs-amg-verkauf-straftbar/>

Rat der Europäischen Union 2005: Amtsblatt der Europäischen Union. BESCHLUSS 2005/387/JI DES RATES vom 10. Mai 2005 betreffend den Informationsaustausch, die Risikobewertung und die Kontrolle bei neuen psychoaktiven Substanzen, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32005D0387:DE:HTML>

Werse, B. / Morgenstern, C. (2011): Abschlussbericht – Online-Befragung zum Thema „Legal Highs“. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Frankfurt a.M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research

Werse, B. / Müller, O. (2009): Pilotstudie: Spice, Smoke, Sence & Co. - Cannabinoidhaltige Räucher-mischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung. Unter Mitarbeit von Christiane Bernard. Frankfurt a.M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.

C 1-3

Heino Stöver, Dirk Schäffer und Astrid Leicht

Hepatitis C und Drogengebrauch - über das Fehlen einer nationalen Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland

Die Virushepatitis ist laut WHO ein „weltweit bedeutendes Gesundheitsproblem“ (63. Weltgesundheitsversammlung der WHO 2010), Regierungen werden aufgefordert, multisektorielle nationale Strategien zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von viralen Hepatiden zu entwickeln und umzusetzen – basierend auf dem lokalen epidemiologischen Kontext (Global Commission on Drug Policy 2013; WHO 2014). Etwa 2 – 3 % der Weltbevölkerung (130 – 170 Millionen) hatte Kontakt mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV). Hepatitis C breitete sich weltweit im 20. Jahrhundert insbesondere über eine parenterale Übertragung über die Ausbreitungswege „unsterile Injektionsutensilien“ und „injizierenden Drogenkonsum“ aus.

Auch in Deutschland sind ca. eine Million Menschen von einer chronischen Virushepatitis betroffen: 500.000 Menschen mit dem Hepatitis B- (HBV), und fast ebenso viele mit dem Hepatitis C-Virus. Die jährlich an das RKI übermittelten HCV-Fälle bewegen sich über 5.000, die von HBV über 1.800 (RKI 2013, S. 262, 268). Die chronische Hepatitis C ist heutzutage der häufigste Grund für eine Lebertransplantation. Die Zahl der an den Folgen einer Virushepatitis verstorbenen Menschen ist hoch und wird in den nächsten Jahren massiv ansteigen.

Viele HBV/HCV-Infizierte wissen nichts von ihrer Infektion. Die Tatsache, dass viele Hepatitis B- und C-Infektionen unentdeckt bleiben, weil sie keine Symptome verursachen, verdeutlicht die Notwendigkeit, gezielt und verstärkt potentiell Betroffene zu informieren und den Zugang zur Testung, Impfung und Therapie der Virushepatitis zu verbessern (WHO 2013).

Neuinfektionen betreffen hauptsächlich intravenös Drogen applizierende Menschen. Bei mehr als der Hälfte der neu gemeldeten Fälle, bei denen Angaben zum möglichen Infektionsrisiko vorlagen, wurde intravenöser Drogenkonsum genannt. Unter intravenös Drogen Gebrauchenden ist die Hepatitis C Prävalenz mit 60 – 80% Hepatitis C-Antikörperprävalenz und über 40% chronischer Hepatitis C-Infektion enorm hoch (RKI 2012). Dem steht eine sehr geringe Behandlungsquote gegenüber. Es bestehen immer noch eine Reihe von Barrieren und Vorbehalte gegenüber der Behandlung dieser Gruppe: die Angst vor Re-Infizierungen, Annahmen geringer Compliance, Kostenargumente etc. Diese Barrieren müssen systematisch niedrigerissen werden. Die Forschung hat gezeigt, dass die HCV-Behandlung – auch bei DrogengebraucherInnen – sicher und effektiv ist (Robaey et al. 2013).

Darüber hinaus trägt eine erfolgreiche HCV-Behandlung substantiell zur Steigerung der Lebensqualität bei (Grebely et al. 2013). Die noch vor einigen Jahren gestellte Frage: „Warum HCV-infizierte DrogenkonsumentInnen behandeln?“, muss umgekehrt werden in die Frage: „Warum erfolgt keine HCV-Behandlung von injizierenden DrogenkonsumentInnen?“

Aktionsplan Virus-Hepatitis: Fehlanzeige in Deutschland

In Deutschland gelang es, auf der Grundlage eines nationalen HIV-/Aids-Aktionsplans der Bundesregierung die Inzidenz und Prävalenz von HIV bei DrogengebraucherInnen in den letzten 15 Jahren deutlich zu senken.

Im Gegensatz dazu blieben die Erfolge in der HCV-Prävention aus. Die höhere Infektiosität des Hepatitis C-Virus und die Vorbehalte der Medizin, Drogenabhängigen eine HCV-Therapie zu ermöglichen, sind dafür wesentliche Gründe. Umso wichtiger wäre eine abgestimmte nationale Strategie, die den politischen Willen, diese Situation zu verändern, deutlich macht und den Handlungsrahmen bietet. Andere europäische Länder (Frankreich, Schottland) haben schon seit vielen

Jahren Aktionspläne und können Erfolge in der Epidemiologie, Prävention und Therapie nachweisen. Die deutsche Politik hat offenbar vergeblich gehofft, über eine „Huckepack-Strategie“ mit der HIV/AIDS-Bekämpfung auch Virushepatitiden angemessen und entsprechend bekämpfen zu können. Dies erweist sich als gesundheitspolitische Sackgasse.

Hepatitis C-Behandlung: der Quantensprung steht bevor

Neben verstärkten Anstrengungen, über zielgruppennahe Präventions-, Test- und Beratungsangebote das Wissen bei DrogengebraucherInnen über Infektionswege und Möglichkeiten der Infektionsvermeidung detailliert zu informieren, muss es das vorrangige Ziel sein, das Instrument „Behandlung“ in einem solchen Umfang einzusetzen, dass es mittelfristig zu einer Reduzierung der Hepatitis C-Prävalenz kommt.

Eine vielbeachtete Studie aus Großbritannien, der eine mathematische Modellrechnung zugrunde liegt, unterstreicht, dass die Prävalenz der Hepatitis C deutlich gesenkt werden kann: So kann mit einer Therapierate von jährlich 20 HCV-Therapien pro 1000 DrogengebraucherInnen innerhalb von 10 Jahren eine Reduzierung der Prävalenz um 30 Prozent erreicht werden (Martin et al. 2011). Dieses Ziel zu erreichen, ist durchaus realistisch und demnach äußerst erfolgversprechend.

Darüber hinaus hat die Hepatitis C-Behandlung mit dem Einsatz von Medikamenten, die direkt das Virus angreifen, einen Quantensprung vollzogen. Neben der Tatsache, dass die Rate der dauerhaften Viruselimination bei Genotyp 1 bei bis zu 90% liegt, wird die Therapiedauer auf 12 bzw. 24 Wochen gesenkt.

Diese verbesserten Behandlungsmöglichkeiten können ihre Wirkung nur entfalten, wenn es gelingt, Hepatologen und Gastroenterologen – also Ärzte, die die höchste Kompetenz in der Behandlung der HCV Therapie aufweisen – dazu zu bewegen, die Gruppe der Drogengebraucher/Innen zu be-

handeln. Ferner gilt es Suchtmediziner und aktuell substituierende Ärzte, die bereits DrogengebraucherInnen seit vielen Jahren zu ihren Patienten zählen, entsprechend fortzubilden, dass sie eine HCV Behandlung in hoher Qualität durchführen können.

Solange die Kriminalisierung Drogen Gebraucher fortgesetzt wird und entsprechend DrogengebraucherInnen bis zu einem Viertel aller Inhaftierten ausmachen, wird die Situation in Haftanstalten eine besondere sein. Die beiden Interventionen „Spritzenvergabe“ und „Substitution“ sind seit mehr als 20 Jahren bekannte, evidenzbasierte und überaus erfolgreiche Strategien, um die HIV/AIDS- und HCV-Ausbreitung in Freiheit einzudämmen. Im Setting „Haft“, in dem 15-20.000 Drogenabhängige leben (Stöver 2012), macht man davon keinen bzw. nur geringen Gebrauch. Nur wenige Zahlen verdeutlichen dies: in nur 0,5% aller Haftanstalten (um genau zu sein: in einer) erfolgt eine Infektionsprophylaxe einschließlich eines Spritzentausches, nur 10% aller inhaftierten Drogenkonsument/innen befinden sich in einem Opiatsubstitutionsprogramm (im Gegensatz zu 40 bis 50% in Freiheit).

Strategiegruppe „Virushepatitis“: Ein deutscher „Aktionsplan Virushepatitis“ liegt vor

Im Jahr 2011 haben sich das Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“ (vertreten durch DAH, Akzept, JES, Bundesverband der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin), die Deutsche Leberhilfe und die Deutsche Leberstiftung zusammengefunden, um gemeinsam einen Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland zu entwerfen. Dieser wurde im Juli 2013 der Öffentlichkeit vorgestellt. Er dient als Grundlage zur Verbesserung der Situation HBV/HCV-Infizierter (Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“ et al. 2013).

Den Aktionsplan haben die Fach- und Betroffenenverbände „von unten“ entwickelt, weil eben nach über 20-jähriger Thematisierung der Verbreitung, Prävention und

Therapie der Virushepatitiden und der Einforderung einer erhöhten Aufmerksamkeit und zielgerichteter Aktivitäten wenig passiert ist. Zwar hat das Bundesministerium für Gesundheit für die Zielgruppe der i.v. DrogenkonsumentInnen beispielsweise mehrere Fachkonferenzen und ein Handbuch „Hepatitis C und Drogengebrauch“ (Aktionsbündnis 2013) finanziert, ohne allerdings die Versorgungsengpässe in Testung, Prävention, Beratung und Therapie substanziell anzugehen.

Der „Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland“ versteht sich als ein inhaltlicher Rahmen und eine Aufforderung an die Politik und Fachverwaltung, die Herausforderung „Virushepatitis“ anzunehmen. Vorrangig gilt es hierbei:

- die zielgruppenspezifische Information und Aufklärung zu intensivieren,
- szenenahe Beratungs- und Testangebote zu erweitern,
- die Realisierung von HAV-/ HBV Impfkampagnen entsprechend der STIKO⁴¹-Indikation und
- eine Strategie gegen Virushepatitis in das „Public-Health-Konzept“, als Teil einer sozialen und politischen Strategie, einzubinden.

Am Ende macht der Aktionsplan auch klare Angaben zur Umsetzung der Maßnahmen – angelehnt an Task-Force-Strukturen in den Ländern, in denen HCV-Bekämpfungspläne bereits erfolgreich durchgeführt wurden.

Im Laufe des Jahres 2014 sollte die Umsetzung des „Aktionsplans Virushepatitis“ Gestalt annehmen!

Literatur

Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“ (2013): Hepatitis C und Drogengebrauch. Grundlagen, Therapie, Prävention, Betreuung und Recht. Berlin 3. Auflage,

http://www.akzept.org/hepatitis_c_fachtag/aktionsbündnis/pdf_13/handbuch_hepatitis_280613.pdf

Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“, Deutsche Leberhilfe e.V., Deutsche Leberstiftung (2013): Aktionsplan für eine nationale Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland. Hannover, Juli 2013

<http://www.deutsche-leberstiftung.de/aktuelles/aktionsplan/>

Global Commission on Drug Policy (2013): The Negative Impact Of The War On Drugs On Public health: the Hidden Hepatitis C Epidemic. Report of the Global Commission on Drug Policy. www.globalcommissionondrugs.org

Grebely, J. et al. (2013): Moving the Agenda Forward: the Prevention and Management of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs. CID 2013: 57, S 29-38

Martin, N.K., Vickerman, P., Foster, G.R., Hutchinson, S., Goldberg, D., & Hickman, M. (2011): Can Antiviral Therapy for Hepatitis C Reduce the Prevalence of HCV Among Injecting Drug User Populations? A Modelling Analysis of its Prevention Utility. J Hep. 54(6):1137-44.

RKI (2012): Epidemiologisches Bulletin. 20. August 2012 / Nr. 33

RKI (2013): Epidemiologisches Bulletin. 29. Juli 2013 / Nr. 30

⁴¹ STIKO: ständige Impfkommission

C 1-4

Florian Schulze

Prävention weiter denken

Der Konsum von Rauschmitteln, gleichgültig ob legal oder illegal, hat vielfältige Ursachen. Aus gesellschaftlichen, sozialen und individuellen Einflussfaktoren resultiert eine mehr oder weniger ausgeprägte Affinität zu künstlich hervorgerufenen positiven Gefühlen und veränderter Wahrnehmung. Diese steht in einem bestimmten Verhältnis zur Risikobereitschaft, die von ebenso vielen Determinanten beeinflusst wird.

Das Abstinenzdogma schadet

Die klassische Drogenprävention vermittelt in Umsetzung der politischen Null-Toleranz-Strategie das Bild von der ausschließlich zerstörerischen Droge, häufig gepaart mit abschreckenden Beispielen zerrütteter Existenzen. Momentan werden etwa gerne Vorher-Nachher-Bilder von Crystal-Konsumierenden verwendet (vgl. auch Barsch in diesem Band). In der Regel wird die große Anziehungskraft, die Drogen auf einige Menschen ausüben, kaum thematisiert – geschweige denn, wie man mit dieser Anziehungskraft umgehen kann. Es wird auf die eine Seite der Medaille, die Risikobereitschaft, abgestellt, und zwar unabhängig vom tatsächlichen Schadenspotenzial der einzelnen Drogen. Häufig gibt es nur „die Drogen“, so wie es das Betäubungsmittelgesetz auch vorsieht. Wie zynisch müssen diese Darstellungen auf Jugendliche wirken, deren Eltern sich mit 5€-Schnaps legal in die Abhängigkeit getrunken haben.

Gerade in Deutschland wird zu wenig zwischen risikoarmem und riskantem Konsum unterschieden – jedenfalls bei illegalisierten Rauschmitteln. Jemand, der auf einem Festival zur Ecstasy-Dosis greift, wird rechtlich und gesellschaftlich in einen Topf geworfen mit dem Crystal-Abhängigen. Dabei haben die beiden Konsumierenden, was Gefährdung, Konsummotivation und Hilfebedürftigkeit angeht, nur wenig gemeinsam. Man kann in diesem Zusammenhang darüber diskutieren,

ob risikoarmem Konsum überhaupt vorgebeugt werden muss.

Es verwundert nicht, dass die Null-Toleranz-Prävention nur wenig Wirkung zeigt. Zu sehr ignoriert sie nicht nur die Lebensrealität von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, sondern auch medizinisch-wissenschaftliche Daten und Erkenntnisse aus der Public-Health-Wissenschaft zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Daran wird auch deutlich, dass es bei Abstinenz-Belehrungen nicht darum geht, Menschen zu befähigen, sondern darum, dass sie gehorsam sind. Sie sollen vor sich selbst geschützt werden, denn man traut ihnen nicht zu, selbstbestimmt verantwortlich zu handeln. Der erhobene Zeigefinger und die simplen Vorschriften für den „korrekten“ Umgang mit Drogen zeugen von einem Menschenbild, das eher ins neuzehnte als ins einundzwanzigste Jahrhundert gehört.

Das alte erzieherische Verständnis wurde mittlerweile in der praktischen Präventionsarbeit zum Teil von der Wirklichkeit überholt. Doch ähnlich wie etwa bei Substitutionsbehandlungen wirken akzeptierende Ansätze trotz und nicht wegen des Betäubungsmittelrechts und die Handelnden stehen teils in Gefahr, sich strafbar oder zumindest bei ihren Trägern sehr unbeliebt zu machen (siehe u.a. Ullmann in diesem Band). Ebenso wie Ärztinnen und Ärzte von Rechts wegen zum Teil internationale Leitlinien missachten müssen, wird es Menschen in der Prävention schwer gemacht, die Erkenntnisse der Public-Health-Wissenschaft anzuwenden. Hier müsste die Förderung gesundheitlicher Ressourcen, drogenbezogen etwa die Förderung der Konsumkompetenz, weit oben auf der To-do-Liste stehen.

Ohne Partizipation der Betroffenen und letztlich eine gemeinsame individuelle Entscheidungsfindung findet Präventionsarbeit nur wenig Akzeptanz. Das stört viele politische Verantwortliche kaum, können sie doch mit ihren Kampagnen allen zeigen, wie „ernst“ sie den Kampf gegen die Drogen nehmen.

Konsumierende verstehen

Voraussetzung für eine wirksame Präventionsarbeit ist das Verständnis davon, warum jemand zu berauschenden Mitteln greift und bereit ist, dafür gesundheitliche Risiken in Kauf zu nehmen. Doch gerade die Konsummotivation und ihre Einflussfaktoren sind für viele Konsumenten- und Substanzgruppen nur unzureichend untersucht. Sicherlich ist der Ausdruck „Man hat nicht das Problem wegen der Droge, sondern nimmt die Droge wegen des Problems“ zu kategorisch gedacht. Trotzdem lohnt es sich, das vorherrschende Verständnis von Ursache und Wirkung einmal umzudrehen und mit der Präventionsarbeit dort zu beginnen, wo der Wunsch nach Realitätsflucht als Problemlösungsstrategie entsteht. Wir wissen, dass sehr viele Menschen mit einer Suchterkrankung eine psychiatrische Ko-Erkrankung aufweisen. Bekannt ist auch etwa der hohe Anteil an Frauen, die vor ihrer Suchterkrankung durch sexualisierte Gewalt traumatisiert worden sind. Das macht deutlich, dass gute Drogenprävention im Rahmen einer Gesundheitsförderungsstrategie auch die Ursachen problematischen Drogenkonsums verstehen und angehen muss. Sicher entziehen sich viele individuelle Probleme der direkten politischen Beeinflussung. Aber umgekehrt müssen politische Maßnahmen auf ihre Auswirkungen auf Gesundheitschancen, auch in Bezug auf Schädigungen durch Substanzkonsum hin überprüft werden.

Drogenbezogene Probleme sind nicht allein innerhalb der Drogenpolitik lösbar

Nur wer abstinent ist oder die Abstinenz anstrebt, verdient gesellschaftlichen Rückhalt – so die Botschaft, die sich wie ein roter Faden durch die Drogenpolitik der letzten Bundesregierungen zieht, nicht nur in der offiziellen Präventionsstrategie. Einige weitere Beispiele: Therapien müssen laut Gesetz bzw. Verordnung vorwiegend das Abstinenzziel verfolgen und damit zum Teil medizinische Leitlinien missachten. Konsumierende von sogenannten „harten Drogen“ werden grundsätzlich als charakterlich ungeeignet zum Führen eines Fahrzeugs angesehen – im

Gegensatz zum Umgang mit Alkoholsündern unabhängig davon, ob die Verkehrssicherheit tatsächlich gefährdet wurde (siehe Pütz in diesem Band). Wer durch schlechte Drogenqualität zu Schaden kommt, ist nach konservativer Logik selbst schuld, denn nur abstinente oder wenigstens alkoholkonsumierende Menschen verdienen einen Verbraucher- oder Jugendschutz.

Der Konsum illegalisierter Drogen stellt nach vorherrschender Sicht vorwiegend ein gravierendes persönliches Versagen dar. Diese Herangehensweise widerspricht allen wissenschaftlichen Erkenntnissen, wonach der Konsum und die Abhängigkeit von Substanzen von einer Vielzahl gesellschaftlicher, sozialer und nicht zuletzt biologischer Faktoren abhängen. Sie ermöglicht es der Politik allerdings, eine Mitverantwortung für drogenbezogene Probleme von sich zu weisen. Stattdessen kauft sie sich mit „Aufklärungskampagnen“ und anderen Feigenblättern frei von ihrer Aufgabe, für gesundheitsförderliche Lebenswelten Sorge zu tragen. Drogenprävention im politischen Sinn darf nicht dabei stehen bleiben, die sozialen Auswirkungen anderer Politikfelder abzufedern.

Vielmehr spielt der salutogenetische Ansatz eine entscheidende Rolle: Welche Anforderungen stellt das Leben an mich und welche Lösungsressourcen stehen mir zur Verfügung? Aufgabe guter Gesundheitsförderung ist es, diese gegenläufigen Größen in ein „gesundes“ Verhältnis zueinander stellen. Nur so werden tatsächlich die Ursachen von problematischem Drogenkonsum angegangen – und zugleich die Ursachen anderer vermeidbarer Krankheiten. Der Erhalt von Gesundheit als psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden (Definition der Weltgesundheitsorganisation) ist der Schlüssel dafür, drogenbedingte Probleme zu vermeiden. Drogenkonsum als individuelles Defizit zu begreifen und gesetzlich zu verbieten, zeugt auch unter diesem Gesichtspunkt von bemerkenswerter Kurzsichtigkeit.

Letztlich muss es bei erfolgreicher Prävention (um bei dem drogenpolitisch gebräuchlichen Begriff zu bleiben) um die Förderung von

Lebenskompetenzen und Gewährleistung von Teilhabechancen gehen. Auch hier greift der paternalistische „Du sollst“-Ansatz nicht. Teilhabe und selbstbestimmtes Leben sind vor allem durch gute und gleiche Chancen etwa in Bildung, Gesundheit und gesellschaftlicher Mitbestimmung zu erreichen. Nur wer sein Leben und seine Umwelt als gestaltbar erlebt, wird Rauschmittel nicht als Problemlösung missverstehen und entsprechend mit diesen umgehen können. Dass etwa Bildungs- und Gesundheitschancen und auch Drogenkonsum häufig entscheidend vom Sozialstatus abhängen, ist wissenschaftlich unumstritten. Viele Untersuchungen deuten darauf hin, dass der Weg zu mehr Chancengleichheit effektiv nur über mehr Verteilungsgerechtigkeit zu erreichen ist. Daher ist Drogenprävention – wie andere Maßnahmen der Gesundheitsförderung – hochpolitisch. Vielleicht fällt es vielen politischen Akteuren deshalb so schwer, die gesellschaftliche und wissenschaftliche Realität zur Kenntnis zu nehmen. Drogenkonsum ist immer auch ein Spiegel der Gesellschaft. Es ist kein Zufall, dass in unserer Leistungsgesellschaft die Tendenz weg von Opiaten hin zu aufputschenden und stimulierenden Substanzen geht. Auch dass etwa in Griechenland im Zuge der Staatskrise der Drogenkonsum massiv angestiegen ist, verwundert nicht. Warum fällt aber die Einsicht so schwer, dass eben nur gesellschaftliche Veränderungen effektiv das Drogenkonsumverhalten verändern können? Drogenprävention im politischen Sinn darf nicht dabei stehen bleiben, die sozialen Auswirkungen anderer Politikfelder abzufedern.

C 1-1 Beispiele Guter Praxis

Daniel Graubaum, Antje Kettner und
Henning Arndt

Information statt Vorurteile! - Das Drogeninfo-Projekt Drug Scouts aus Leipzig

Laut Deutscher Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht [DBDD] haben hierzulande fast alle Menschen zwischen 18 und 26 Jahren mit Alkohol experimentiert sowie etwa die Hälfte aller jungen Männer und mehr als ein Drittel der jungen Frauen Erfahrungen mit illegalisierten Substanzen⁴². Vor allem junge Menschen probieren psychoaktive Substanzen aus und/oder konsumieren diese über einen gewissen Zeitraum, meist ohne dabei eine Abhängigkeit zu entwickeln. Die Bandbreite an Konsumformen, -dauern und -häufigkeiten ist dabei sehr groß. Drogenkonsum im Jugendalter erfüllt für Konsument_innen sehr unterschiedliche Funktionen, die mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben von Heranwachsenden in Beziehung stehen⁴³. Neben den allgemeinen Konsummotiven⁴⁴ und -trends⁴⁵ unter jungen Menschen ist bekannt, dass die Drogenaffinität in bestimmten Subkulturen höher ist als in anderen; so werden z.B. in der Szene elektronischer Tanzmusik häufiger illegale Drogen konsumiert als in der Durchschnittsbevölkerung.

42 DBDD (2010): Bericht 2010 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. DBDD, München

43 vgl. Settertobulte, W. (2011): Rausch als Risiko und herausforderung für Jugendliche
<http://www.jugendschutz-niedersachsen.de/wordpress/wp-content/uploads/2010/10/Settertobulte-Risiko-Herausforderung.pdf>

44 FOKUS-Institut Halle (2009): Moderne Drogen- und Suchtprävention (MODRUS IV)
http://www.fokus-institut.org/PosterMODRUSIV_Endfassung.pdf

45 DBDD (2013): Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. DBDD, München

Drug Scouts – Anliegen

Drug Scouts wurde 1996 von jungen Menschen aus der elektronischen Musik- und Partyszene auf rein ehrenamtlicher Basis gegründet. Die Arbeit konzentrierte sich vor allem darauf, Partygäste über Drogen aufzuklären und für einen weniger riskanten Umgang mit Drogen zu sensibilisieren. Seit 1998 ist das Projekt bei dem Träger SZL Suchtzentrum gGmbH angesiedelt und wird hauptsächlich durch das Leipziger Amt für Jugend, Familie und Bildung für seine Arbeit im Leipziger Stadtgebiet finanziert. Derzeit arbeiten drei hauptamtliche Sozialarbeiter/innen (auf 1,8 Vollzeitstellen) und über 40 Ehrenamtliche im Projekt. Die Angebote richten sich hauptsächlich an junge Menschen zwischen 18 und 26 Jahren, die legale und/oder illegalisierte Drogen konsumieren sowie an Angehörige und Multiplikator/innen (Lehrer/innen, Sozialpädagoge/innen, Clubpersonal, Peers etc.).

Erklärtes Ziel des Projektes ist es, junge Menschen dabei zu unterstützen, einen kompetenten und kritischen Umgang mit legalen und illegalisierten Substanzen zu erlernen, um somatische, psychische und soziale Schädigungen zu verhindern bzw. zu minimieren. Besonderes Augenmerk liegt dabei im Rahmen selektiver Prävention auf der Gruppe der Partygänger/innen und damit verbunden der Vermittlung und Etablierung risikominimierender Maßnahmen in der Partyszene. Laut dem Bericht der DBDD 2013 sind hier besonders *„die Lebenswelten der Jugendlichen zu berücksichtigen und die Aktivitäten nicht nur auf Konsumverzicht oder Konsumreduktion auszurichten [...], sondern darüber hinaus Fähigkeiten wie Risikokompetenz und Risikomanagement“* zu vermitteln⁴⁶.

Konkret geht es darum, für kurzfristige, punktuelle Risiken des Konsums (Überdosierung, Ansteckung mit Infektionskrankheiten durch gemeinsam benutzte Konsumutensilien, Hörschäden auf Partys etc.) zu sensibilisieren. Durch Aufklärung über langfristige Konsum-

46 ebd., S.101

risiken (körperliche und psychische Folgen, Toleranzentwicklung, Abhängigkeit) und die Vermittlung von Risikokompetenz (u.a. konsequente Punktnüchternheit, ritualisierte Formen des nicht schädlichen Umgangs) soll dazu beigetragen werden, dass junge Menschen ihren Konsum kritisch reflektieren, Warnsignale eines problematischen Konsums erkennen und Hilfebedarf möglichst frühzeitig äußern.

Drug Scouts – Angebote

- **Drogeninformationsladen** mit Möglichkeit zu anonymen Beratungsgesprächen, Telefonberatung, Weitervermittlung an weiterführende Hilfen, Präsenzbibliothek zu Drogenthemen und Internetrechercheplätzen
- **Vor-Ort-Arbeit auf Partys und Festivals** (Aufklärung von Partybesucher/innen über Drogenkonsum und damit verbundene Risiken sowie über Maßnahmen zur Risiko- und Schadensminimierung, z.T. Betreuung in Notfallsituationen)
- **Webseite** <http://drugscouts.de> mit Drogenlexikon, Safer-Use-Hinweisen, Substanzwarnungen, Online-Beratung, Userforum für Erfahrungsberichte, News zu Drogenthemen etc.
- **eigene Faltblätter und Broschüren zu psychoaktiven Substanzen und drogenbezogenen Themen** (z.B. Erste Hilfe im Drogennotfall, Führerschein und Drogen, Partydrogen, neue psychoaktive Substanzen (NPS), Drug Checking, Konsumreflexion)
- **Durchführung von Präventionsveranstaltungen, Workshops und Vorträgen zu verschiedenen Themen** (z.B. 1. Hilfe im Drogennotfall, Drogenkonsum in Jugendszenen, Substanzkunde, Schadensminimierung im Partybereich).

Best Practice – warum?

Kennzeichnend für das Projekt Drug Scouts ist das Vertrauen und die Glaubwürdigkeit, die es bei der Zielgruppe genießt. Grundlage dafür ist die Akzeptanz jugendlicher Lebenswelten und der spezifischen Lebenslage des einzelnen Individuums. Die Anliegen und Bedürfnisse junger Menschen werden ernst genommen, ohne sie moralisch zu bewerten.

Ihnen wird zugestanden, eigene Entscheidungen zu treffen und in Handeln umzusetzen sowie Hilfsbedarf zu artikulieren und Unterstützungsangebote nach eigenem Ermessen zu nutzen. Niedrigschwelligkeit, Zieloffenheit, Empowerment und die Arbeit mit Peers bilden also die methodischen Grundlagen unserer Arbeit. Dass dieser Ansatz von Konsument/innen hoch geschätzt wird, zeigen aktuelle Studienergebnisse.⁴⁷

28.000 verteilte Faltblätter, 5.450 ausgegebene Safer-Use-Materialien (u.a. Ohrstöpsel, Kondome, Ziehröhrchen, Aktivkohlefilter, Dosierhilfen für flüssige Substanzen), 20 zum Teil mehrtägige Infostände auf Partys und Festivals bundesweit (inkl. Betreuung in Krisensituationen), 1,1 Millionen Besucher/innen auf <http://drugscouts.de> im Jahr 2013, die Nutzung der Möglichkeit, Erfahrungsberichte zu schreiben und zu kommentieren, sowie persönliches Feedback von jungen Nutzer/innen unserer Angebote bestärken uns in unserem Ansatz und unserer Arbeit.

Ein wichtiger Arbeitsbereich sind Workshopangebote und Schulungen für Partygäste, Partyveranstalter/innen sowie Clubpersonal. Neben der Präsenz mit Infoständen vor Ort ist uns wichtig, Clubpersonal und Partygäste für Safer-Clubbing-Aspekte zu sensibilisieren und in ihren Ressourcen und Kompetenzen zu fördern. Hier sind vor allem Schulungen zum (Misch)Konsum von Alkohol und anderen

47 Eine Reihe von so genannten „Partyprojekten“, Online-Kommunikationsportalen und niedrigschwelligen Beratungseinrichtungen, von denen einige die vorliegende Studie unterstützt haben, engagiert sich im Bereich der Wissensvermittlung. [...] Diese Akteure verfolgen durchweg einen akzeptierenden und auf Risikominimierung („Safer Use“) abzielenden Ansatz. Anhand der Befunde aus allen drei Modulen der vorliegenden Studie zeigt sich, dass sie aus Sicht von Konsumenten eine besondere Glaubwürdigkeit aufweisen und hohe Akzeptanz genießen (vgl. 7.11.2, 7.15.1) und dass „Safer Use“-Ansätze eine wichtige Möglichkeit darstellen, um Konsumenten zu erreichen (vgl. Kap. 7.11.4.4).“ Milin, S./Lotzin, A./Degkwitz, P./Vertheim, U./Schäfer, I. (2014): Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Hamburg, S. 76

Drogen, Safer-Use-Maßnahmen sowie zum Umgang mit Notfall- und Krisensituationen im Partykontext zu erwähnen, für 2013 besonders auch die Workshops zu GHB/GBL-Konsum und zu Übergriffigkeit im Nachtleben. Auch von fachlicher Seite werden unser Ansatz und unsere Erfahrungen geschätzt. So erhielten wir in den letzten Jahren Einladungen zu Vorträgen (u.a. Crystal [Gesundheitsamt Leipzig], Neue psychoaktive Substanzen [Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e.V.], Prävention und Schadensminimierung im Partysetting [DHS]) und Fachgesprächen („Prävention des Mischkonsums von Alkohol und illegalen Drogen im Nachtleben“ [Bundesministerium für Gesundheit] und öffentliche Anhörungen („Drug Checking“ im Bundestag).

Was wünschen wir uns von der Drogenpolitik der Regierungen von Bund und Ländern?

Trotz unserer Erfahrungen, dass Prävention mit einem akzeptierenden und auf Risikominimierung abzielenden Ansatz sinnvoll ist und von Usern angenommen wird, gibt es bundesweit leider nur wenige andere akzeptierende Projekte, die gefördert werden. Die hohe Nachfrage aus dem gesamten Bundesgebiet nach unseren Angeboten zeigt mehr als deutlich, dass der Bedarf an solchen bei weitem noch nicht gedeckt ist. Hier ist ein Ausbau dringend von Nöten. Die Amphetamin- und Crystal-Studie des ZiS empfiehlt hierzu *„akzeptierende Projekte und Beratungsangebote im Sinne einer Optimierung von Maßnahmen unmittelbar und zeitnah bedarfsgerecht zu unterstützen“*⁴⁸. Hierbei sollten Erfahrungen und Anliegen von Usern ernst genommen und in die Angebotsgestaltung einbezogen werden.

Vor allem in der Vor-Ort-Arbeit, aber auch in der Mail- und Telefonberatung erreichen uns immer wieder Anfragen zu Möglichkeiten, Substanzen auf ihre Inhaltsstoffe testen zu lassen. Auch die Auswertung unserer Webstatistik zeigt, dass im letzten Jahr 30% aller

Zugriffe auf <http://drugscouts.de> im Zusammenhang mit den dort veröffentlichten Substanzwarnungen (vornehmlich aus Österreich und der Schweiz) erfolgten. Vor diesem Hintergrund fordern wir dringend die Einrichtung von Drug-Checking-Angeboten und deren Verankerung in den Bereichen der Prävention und Schadensminimierung. Detaillierte Substanztests in Laboren, verbunden mit Reflexionsgesprächen zwischen User und Berater/in sowie der Veröffentlichung von Substanzwarnungen, können Konsumententscheidungen beeinflussen, explizit zur Gesundheitsförderung beitragen und werden auch von Drogenkonsument/innen, vielen Angehörigen und Fachleuten ausdrücklich gewünscht.⁴⁹

Noch sind bundesdeutsche Drug-Checking-Angebote Zukunftsvisionen, denn der Wortlaut des Betäubungsmittelgesetzes erlaubt es Harm-Reduction-Projekten nicht ausdrücklich, illegalisierte Substanzen zu Testzwecken entgegen zu nehmen. Hier ist eine Gesetzesänderung auf Bundesebene notwendig. Des Weiteren lässt die Umsetzung bereits konzipierter regionaler Modellprojekte auf sich warten, da deren Einrichtung bisher bloße Absichtsbekundungen in einzelnen Landeskoalitionsvereinbarungen sind.

Aus unserer Sicht ist es dringend wünschenswert, dass Polizei und Bundespolizei Informationen über beschlagnahmte Substanzen und die darin ermittelten Wirkstoffkonzentrationen, Streckmittel sowie Beimengungen zeitnah veröffentlichen, damit frühzeitig auf verunreinigte, hochdosierte oder unerwartete Substanzen und deren Konsum reagiert werden kann.

Ein sinnvoller Schritt wäre auch, im Bereich der Strafverfolgung bundesweit einheitliche und nachvollziehbare Regelungen bezüglich sogenannter „geringer Mengen“ für den Besitz von Substanzen, die dem BtMG unter-

⁴⁹ Stadt Zürich – Sozialdepartement: Zehn Jahre mobiles Drug Checking und saferparty.ch, Zürich 2011, http://www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/ueber_das_departement/medien/medienmitteilungen_aktuell/2011/oktober/111019a.html

stellt sind, und bezüglich der Fahrtüchtigkeit bzw. dem Entzug der Fahrerlaubnis nach deren Konsum oder Besitz einzuführen, um so Rechtssicherheit für User zu schaffen.

Des Weiteren erachten wir eine ausgewogenere Vier-Säulen-Politik im Drogen- und Suchtbereich hin zu einem stärkeren Ausbau von Angeboten zu Aufklärung, Prävention, Schadensminimierung, Beratung und Therapie für sinnvoll und notwendig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es nicht nur einer besseren Finanzierung der gesamten Strukturen der akzeptierenden Drogenhilfe bedarf, sondern auch Änderungen der gesetzlichen Grundlagen. Denn diese be- bzw. verhindern momentan noch effiziente und bedarfsorientierte Angebote für junge Drogengebraucher/innen.

C 2 Behandlung, Versorgung, Schadensminderung

C 2-1

Rüdiger Schmolke und Tibor Harrach

Drug-Checking

Drug-Checking ist eine Strategie der Schadensminderung beim Drogenkonsum und Prävention von konsumbezogenen Problemen, die sich in mehreren europäischen Ländern etabliert und ihre Effektivität erwiesen hat.

Beim Drug-Checking erhalten zum Konsum entschlossene Besitzer/innen illegal gehandelter Substanzen die Möglichkeit, diese vor Ort (zum Beispiel im Rahmen einer Techno-Party, möglicherweise auch in einem Drogenkonsumraum) oder durch Weitergabe an ein stationäres Labor analysieren zu lassen. Dabei wird mittels instrumenteller Analytik, in der Regel HPLC oder Massenspektroskopie, die Identität und der Gehalt der psychotropen Wirkstoffe bestimmt. Die Substanzanalyse dient beim Drug-Checking dem Ziel, Konsument/innen vor gesundheitlichen Schäden durch ungewollte Überdosierungen, unerwartete psychoaktive Substanzen und gesundheitsgefährdende Verunreinigungen zu schützen.

Durch eine mit der Substanzanalyse verbundene Beratung über das Risiko des Konsums auf Basis des Testergebnisses fördert Drug-Checking auch die Entwicklung eines individuellen Risikomanagements der Konsument/innen. Drug-Checking trägt auch hierdurch dazu bei, vermeidbaren Schädigungen durch Drogenkonsum vorzubeugen.

Drug-Checking stellt keine Konkurrenz, sondern eine sinnvolle Ergänzung zu anderen (sucht)präventiven und helfenden Maßnahmen der Drogenarbeit dar. Erfahrungen der Drug-Checking-Angebote in anderen Ländern zeigen dabei deutlich, dass Drug-Checking ein Präventions- und Beratungsangebot auch für bislang nicht durch das etablierte Präventions- und Hilfesystem erreichte Konsumierende darstellt.

Gegen das 1995/96 von Eve & Rave Berlin e.V. ohne jede staatliche Unterstützung durchgeführte Drug-Checking-Angebot ging die Berliner Staatsanwaltschaft vor. Obwohl das Berliner Landgericht die Klage abwies und im Drug-Checking von Eve & Rave keine Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz sah, konnte das Programm nicht wieder aufgenommen werden. Danach ist es in Deutschland nicht mehr gelungen, wieder ein Drug-Checking-Angebot zu implementieren, das ähnlich differenzierte und valide Substanzanalysen ermöglicht wie die inzwischen in den Niederlanden, der Schweiz, Österreich, Spanien und Portugal etablierten Angebote.⁵⁰

In Deutschland führen heute Szeneinitiativen Schnelltests durch, z. B. mit Marquis-Reagenzlösung. Schnelltests erlauben durch eine Farbreaktion bestimmte Wirkstoffgruppen zu identifizieren. Jedoch werden weder Verunreinigungen erkannt, noch können quantitative Aussagen gemacht werden. Durch das Angebot kommen Akteure aus den Initiativen aber mit Konsument/innen ins Gespräch und können sie über allgemeine Konsumrisiken aufklären und für spezielle Risiken sensibilisieren, die durch den Konsum von nicht analysierten Substanzen ausgehen.

Ein Antrag der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, „...ein wissenschaftlich begleitetes und multizentrisches Modellprojekt aufzulegen, das Wirkungen, geeignete Akteure und strukturelle Voraussetzungen der stationären und mobilen Substanzanalyse untersucht [sowie] Rechtssicherheit für die Substanzanalyse zu schaffen, bei den Ländern auf die Unterstützung von Angeboten der Substanzanalyse hinzuwirken“, ⁵¹ wurde mit Stimmen der Regierungsfractionen aus

⁵⁰ Drug-Checking-Projekte aus mehreren europäischen Ländern arbeiten inzwischen auch im Projekt Trans European Drug Information (TEDI) zusammen, siehe www.tedi-project.org.

⁵¹ Bundestags-Drucksache 17/2050, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/020/1702050.pdf>

CDU/CSU und FDP sowie der SPD im Jahr 2012 abgelehnt.⁵²

Die Schaffung eines Drug-Checking-Angebots ist in Deutschland jedoch auch unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen möglich, indem

- nach Antrag das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu „wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken“ eine Ausnahmegenehmigung nach § 3 (2) BtMG erteilt oder
- eine Landesregierung analog dem „Frankfurter Konsumraummodell“ auf Grundlage eines Umsetzungskonzepts und gestützt durch Rechtsgutachten eine Absprache zwischen Strafverfolgungsbehörden und Betreibern des Drug-Checking-Angebots erwirkt, die letzteren Rechtssicherheit bei der Durchführung gibt und/oder
- Öffentliche Apotheken und Krankenhaus-Apotheken (gemäß § 4 BtMG) Betäubungsmittel ohne weitere Erlaubnis entgegennehmen und zur Untersuchung weiterleiten.

Zwar arbeiten die amtierenden Landesregierungen in Schleswig-Holstein (SPD-Grüne-SSW), Hessen (CDU-Grüne) und Berlin (SPD-CDU) auf Grundlage von Koalitionsverträgen, die die Einführung eines Drug-Checking-Modellprojekts vorsehen. Ernsthafte Schritte zur Schaffung eines Drug-Checking-Angebots wurden jedoch von keiner Landesregierung unternommen. Bei Nachfragen wird regelmäßig auf die fehlende Unterstützung der Bundesregierung verwiesen.

Drug-Checking fördert die Gesundheit von (potenziellen) Drogengebraucher/innen.

Seine Praktikabilität und Effektivität ist hinreichend erwiesen. Es ist überfällig, dass Drogenpolitiker/innen in Bund und Ländern ihre Verantwortung wahrnehmen und ein Drug-Checking-Modellprojekt initiieren.

⁵² In der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags am 28.09.2011 hatten sich neben den meisten Einzelsachverständigen auch alle Fachverbände im Drogenhilfebereich sowie der Deutsche Städtetag für die Initiierung eines Drug-Checking-Modellprojekts ausgesprochen.

C 2-2

Dirk Schäffer

Die diamorphingestützte Behandlung in Deutschland –oder was unterscheidet Diamorphin und Methadon eigentlich?

Es ist Donnerstag, der 28. Mai 2009, 17:30 – der Deutsche Bundestag beschließt nach 45-minütiger Debatte, dass Heroin (Diamorphin) zur Substitutionsbehandlung eingesetzt werden darf und zukünftig über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden soll. In namentlicher Abstimmung stimmten 349 Parlamentarier für den Gruppenantrag von SPD, FDP, LINKE, DIE GRÜNEN. Drei Parlamentarier enthielten sich der Stimme und 198 stimmten mit „Nein“.

Auch wenn die Euphorie dieses Tages gewichen ist, so muss rückblickend diese Abstimmung als wichtiger Schritt hin zu einer Weiterentwicklung der Behandlung der Opiatabhängigkeit in Deutschland gewertet werden.

Wie in Deutschland üblich, oblag es dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obersten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, zu entscheiden, unter welchen Bedingungen die Behandlung mit Diamorphin von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen wird.

Vertreter der Deutschen AIDS-Hilfe und des JES-Bundesverbands erhielten die Chance auf Seiten der Patientenvertretung im GBA für patientenorientierte Rahmenbedingungen der Diamorphinbehandlung einzutreten. Die Enttäuschung war umso größer als knapp ein Jahr später die Richtlinien des GBA bekannt wurden: Die Erstattungsfähigkeit der diamorphingestützten Substitutionsbehandlung durch die gesetzliche Krankenversicherung wurde an hohe Hürden geknüpft, die so vom Gesetzgeber nicht intendiert waren.

Einige Diskussionen im GBA erinnerten an ideologische Auseinandersetzungen, die bereits bei der Zulassung von Methadon zur

Behandlung der Opiatabhängigkeit geführt wurden. Wo sich ansonsten die Mitglieder des GKV-Spitzenverbands und Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erbittert streiten, herrschte in Sachen „Diamorphin“ seltene Harmonie.

Der GBA knüpfte die diamorphingestützte Behandlung an grundsätzlich drei ärztliche Vollzeitstellen – und dies unabhängig von der Patientenzahl. Nur der deutlichen Kritik von Fachverbänden, der Wissenschaft, den an der Modellphase beteiligten Städten und Patientenorganisationen war es zu verdanken, dass das hochschwellige Regelwerk des GBA, das über die Bedingungen der Modellphase hinausging, im Jahr 2013 endlich verändert wurde.

Denn die Auswirkungen dieser Richtlinien waren katastrophal. Es entstand keine neue Einrichtung zur Diamorphinbehandlung, da die durch die GBA Richtlinien verursachten Personalkosten, insbesondere zum Beginn der Behandlung mit geringen Patientenzahlen horrend und nicht refinanzierbar schienen.

An dieser Stelle gilt es der vielfach gescholtenen damaligen Bundesdrogenbeauftragten Mechthild Dyckmans Dank auszusprechen. Ihre Mitarbeiter(innen) kritisierten bereits im Gemeinsamen Bundesausschuss jene Regelungen, die eher ideologisch geprägt waren, und zitierten unablässig die Ergebnisse des Studienberichts.

Heute, etwas mehr als ein Jahr nach der punktuellen Anpassung der Richtlinien sind 2 neue Ambulanzen in Berlin und Stuttgart entstanden. Dies ist ein erster Erfolg, garantiert aber keineswegs eine bedarfsgerechte Versorgung. Hier gilt es den Blick über die Richtlinien des GBA hinaus zu werfen.

Heute wird die Kritik an den Richtlinien von einigen Kritikern unablässig fortgeführt. Ja, natürlich sind die sicherheitstechnischen Anforderungen recht hoch und kostenintensiv, aber es gilt, sich den etwas tieferliegenden Gründen für die noch fehlende Ausweitung der Diamorphinbehandlung zuzuwenden. So ist insbesondere in Reihen der substituierenden Ärzte eine deutliche Zurückhaltung oder gar Ablehnung gegenüber der Diamor-

phinbehandlung zu spüren. Wie ein grippaler Infekt überträgt sich die vielfach unberechtigte Kritik auch auf bereits substituierte Patienten, die sich für die Substitution mit Diamorphin interessieren.

Das Beispiel Berlin zeigt, wie es anders gehen kann und wie eine offene und vorurteilsfreie Haltung eine Situation grundlegend verändern kann. Hier gibt es einen jungen, engagierten Arzt, der von dieser Behandlungsform vollständig überzeugt ist. Ihm gelingt es mit seiner sympathischen und fachlichen Art ein Praxisteam zu bilden, das den Patienten und der Behandlungsform vorbehaltlos gegenübertritt. Mit ersten Behandlungserfolgen vollzieht sich auch innerhalb der Berliner Drogenszene und unter denjenigen, die bereits mit Methadon und anderen Medikamenten behandelt werden, eine spürbare Veränderung. Mythen und Halbwahrheiten wichen tatsächlichen und sichtbaren Behandlungserfolgen. Patienten sind sicherlich die wichtigsten Multiplikatoren, die ihre Erfahrungen an andere Opiatabhängige und Substituierte weitergeben. Die Folge sind lange Wartelisten zur Aufnahme in die Behandlung anstatt leerer Plätze.

Natürlich trug die Investitionsbeihilfe des Berliner Senats dazu bei, ein beispielhaftes Praxisambiente zu schaffen, aber dies ist nicht entscheidend für die Wartelisten und sehr zufriedene Patienten. Grundlage sind vielmehr beeindruckende Behandlungserfolge, die durch einen verbesserten Gesundheitszustand, eine Stabilisierung der sozialen Situation, sowie einer Steigerung der Lebensqualität zum Ausdruck kommen.

Um die Diamorphinbehandlung auf viele andere Städte auszuweiten, gilt es von der Behandlung überzeugte Ärzte zu finden, die wie andere Ärzte, die eine eigene Praxis eröffnen wollen, bereit sind ein finanzielles Risiko (das aber mit der langfristigen Behandlungsperspektive überschaubar scheint) einzugehen. Sie müssen mit ihrer Überzeugungskraft die Kommune oder das Land dafür gewinnen, eine einmalige Investitionsbeihilfe bereitzustellen.

Wir müssen uns aber auch die Frage stellen „was ist eigentlich der Unterschied zwischen Methadon und Diamorphin?“ Denn während die übliche Substitutionsbehandlung in der ärztlichen Praxis mit teilweise sehr geringen Sicherheitsstandards durchgeführt wird, werden für die Diamorphinbehandlung Sicherheitsstandards vorgeschrieben, die eine Kostenexplosion zur Folge haben und Experten völlig unangemessen erscheinen.

Wie z. B. Methadon ist Diamorphin für opiatnaive Personen bereits in geringer Dosierung tödlich. Für opiatgewöhnte Personen hingegen sind beide Substanzen bei entsprechender Dosierung nicht lebensbedrohlich. Was sind also die Gründe, die die völlig unterschiedlichen Sicherheitsstandards insbesondere bei der Vergabe rechtfertigen? Sind es vielmehr die Mythen, die sich um Heroin als sofort abhängig machende oder gar tödliche Substanz ranken? Ist es die spürbare Ablehnung von Heroin (Diamorphin) als Medikament in Teilen der Politik, der Krankenkassen und der Medizin, das nun auch noch von den Krankenkassen zur Behandlung der Opiatabhängigkeit finanziert werden soll? Die Vorbehalte gegen diese Behandlung, die sich unter anderen in Slogans ausdrücken wie „Drogen auf Staatskosten“, „Suchtverlängerung“ und „das Ende der Abstinenz“ machen die fehlende Akzeptanz dieser Behandlungsform mehr als deutlich.

Was wird also benötigt, um die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung all jenen zur Verfügung zu stellen, die sich für diese Behandlung entscheiden?

- Eine Bewertung der Behandlung durch Lobbygruppen, Medizinern und Politikern, die sich an den tatsächlichen Behandlungsergebnissen orientiert und nicht moralische oder ideologische Grundlagen hat,
- eine Überprüfung der GBA-Richtlinien auf Grundlage medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse, Praxiskompatibilität und Patientenorientierung,
- eine kritische Überprüfung und Weiterentwicklung der Sicherheitsstandards und

- die Zulassung weiterer Darreichungsformen wie z.B. Tabletten sowie die Zulassung von weiteren Applikationsformen (z.B. oral, subkutan)

Insbesondere gilt aber, dass all jene zusammenstehen, die diese Behandlungsform positiv bewerten, weil sie als Ärzte und Patienten, als Wissenschaftler und Politiker die gesundheitlichen und sozialen Effekte sehen und dazu beitragen wollen, dass jeder Opiatkonsument und jede Opiatkonsumentin, die die Diamorphinbehandlung für sich als Weg wählen, eine Behandlungsmöglichkeit erhalten.

C 2-3

Rainer Ullmann

Zur Strafverfolgung substituierender Ärzte

Der §5 der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) („Verschreiben zur Substitution“) greift weit in ärztliche Behandlungsmodalitäten ein. Verstöße gegen diese Regelungen sind nicht strafbewehrt, aber trotzdem werden viele Ärzte wegen Verstößen gegen diese nicht strafbewehrten Regelungen verurteilt. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in mehreren Entscheidungen diese Urteile bestätigt.

1991 hatte der BGH auf die notwendige Gesetzesbestimmtheit hingewiesen und gefordert, an die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals "keine Begründetheit der Anwendung am oder im menschlichen Körper" (BGH 1991) strenge Anforderungen zu stellen, damit der Arzt weiß, wann er sich beim Verschreiben von Ersatzdrogen strafbar macht. Diese Vorgabe des BGH 1991 wird in vielen aktuellen Verfahren missachtet. Es ist für juristisch nicht vorgebildete Ärzte nicht leicht zu erkennen, dass sie sich durch Verstöße gegen nicht strafbewehrte Regelungen strafbar machen. Im §5 BtMVV sind explizit als Straftaten nur 2 Tatbestände sanktioniert: der Verzicht auf das Abstinenzziel und die Verordnung anderer als der ausdrücklich zur Substitution zugelassenen Betäubungsmittel.

Beides ist medizinisch nicht begründet:

Abstinenz kann oft nicht erreicht werden und prinzipiell sind alle Opiate zur Substitution des illegalen Heroin geeignet. In anderen Ländern werden auch andere Opiate als die nach der BtMVV erlaubten erfolgreich zur Substitutionsbehandlung eingesetzt. Die Regelungen der Behandlungsmodalitäten sind dagegen nicht strafbewehrt, worauf die ehemalige Drogenbeauftragte Caspers-Merk in der Antwort auf eine Kleine Anfrage hinwies (Caspers-Merk 2007).

Wenn Ärzte nicht sorgfältig arbeiten, kann das berufsrechtlich geahndet werden. Strafrechtlich werden sonst ärztliche Behandlungsfeh-

ler nur verfolgt, wenn ein Patient geschädigt wurde. In mehreren Bundesländern werden substituierende Ärzte bei Verstößen gegen die nicht strafbewehrte Mitgaberegulation verurteilt, auch wenn ihnen keine Schädigung des Patienten oder Dritter vorgeworfen wird. Richter verzichten manchmal auf sachkundige Gutachter und begründen das Urteil dann nicht sachgerecht. So heißt es in der Urteilsbegründung eines bayerischen Landgerichts (LG): „Dem Angeklagten stehen in keinem der Fälle Rechtfertigungs- oder Entschuldigungsgründe zur Seite. Alleine die Inkaufnahme langer Anfahrtswege, das Interesse der Patienten an der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes oder die Gefahr eines Wiederabgleitens in das Drogenmilieu rechtfertigen es nicht, von den genannten Regeln abzuweichen. Die Methadonsubstitution beinhaltet ein hohes Gefährdungspotential und ist nur unter enger ärztlicher Kontrolle und Begleitung zulässig.“ (LG Bayreuth 2007)

Die Lösung von der Drogenszene oder die Beibehaltung eines Arbeitsplatzes sind wesentliche Therapieziele bei der Behandlung von Heroinabhängigen; sie können nicht weniger wichtig sein als die "einschlägigen Vorschriften". Das LG hätte auch wissen können, dass die Substitutionsbehandlung keine tödliche Gefahr ist, sondern die Sterblichkeit der Heroinabhängigkeit dramatisch senkt. Der Arzt wurde wegen 282 Straftaten, begangen bei der Behandlung von 10 Patienten, zu 20 Monaten Haft auf Bewährung verurteilt. Ihm wurde in keinem Fall vorgeworfen, einen Patienten geschädigt zu haben.

Auch die Urteilsbegründung eines anderen LG zeigt, dass ein suchtmmedizinisch fundiertes Gutachten sinnvoll gewesen wäre, z.B., wenn das LG schreibt: „Das gesetzlich vorgeschriebene Ziel der Betäubungsmittelabstinenz wurde vom Angeklagten nicht ernsthaft verfolgt. ... In der Regel wurden die Patienten über einen langen Zeitraum (teilweise mehrere Jahre) mit nahezu unveränderter Dosis substituiert.“ (LG Verden 2008) Es ist suchtmmedizinisches Grundwissen, dass eine Substitutionsbehandlung oft jahrelang mit einer möglichst stabilen hohen Dosis durchgeführt

werden muss, um gute Behandlungsergebnisse zu erzielen. Dann behauptet das LG, nach der BtMVV sei bei Beikonsum die Verschreibung nicht mehr zulässig: tatsächlich erlaubt die BtMVV die Verschreibung eines Substitutionsmittels, solange der Patient nicht Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden.

Auch bei der Mitgabe wird die BtMVV nicht immer korrekt zitiert. Sie fordert nicht bei jedem Beikonsum, die Mitgabe zu beenden, sondern nur dann, wenn der Patient Stoffe konsumiert, die ihn zusammen mit der Einnahme des Substitutionsmittels gefährden. Als Voraussetzung für eine Mitgabe wurde schon 1998 (10. BtMÄndV) gefordert, dass der Beigebrauch nachhaltig reduziert wurde – nicht, dass er vollständig eingestellt wurde.

Manchmal werden fachfremde Ärzte als Gutachter bestellt. In Niedersachsen wurde ein Kardiologe, der beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) angestellt ist, eng mit der Ermittlungsgruppe für Abrechnungsbetrug der AOK zusammenarbeitet und keine eigene Erfahrung in der Substitutionsbehandlung hat, von mehreren Staatsanwaltschaften mit der Begutachtung von Substitutionsbehandlungen beauftragt. Er ist im Auftrag der Staatsanwaltschaft auch ermittelnd tätig geworden und hat in seinem Gutachten rechtliche Bewertungen abgegeben. Das ist juristisch nicht korrekt. In seinen Gutachten rechnet er z.B. die Gesamtmenge des in mehreren Jahren verschriebenen Methadons zusammen und berechnet daraus, wie viele gesunde Menschen lebensbedrohlich oder tödlich damit intoxikiert werden könnten. Diese Berechnung ist völlig unsinnig und zeigt die Voreingenommenheit des Gutachters. Nur in einem einzigen Verfahren wurde er wegen der Besorgnis der Befangenheit abgelehnt.

Ärzte dürfen Betäubungsmittel (BtM) nach dem Betäubungsmittelgesetz nicht abgeben – nur aus der Apotheke darf auf ärztliches Rezept abgegeben werden. Nach dem Buchstaben des Gesetzes wird ein Arzt wie ein Dealer mit illegalem Heroin behandelt, wenn er dem Patienten einzelne Tagesdosen des

Substitutionsmedikaments aushändigt, das er aufgrund seiner Verschreibung aus der Apotheke erhalten hat. International ist die Abgabe aus der Behandlungseinrichtung üblich und sollte in einem Referentenentwurf für eine Novellierung der BtMVV vom 3.12.07 auch in Deutschland ermöglicht werden. Der BGH hat 2008 und 2009 entschieden, dass sich ein Arzt nach geltendem Recht strafbar macht, wenn er Betäubungsmittel (BtM) an drogenabhängige Patienten zur freien Verfügung abgibt.

Bei Todesfällen durch mitgegebene Substitutionsmedikamente wurde oft der behandelnde Arzt für das Fehlverhalten des Patienten verantwortlich gemacht – wenn z.B. der Patient das Medikament spritzt statt es am folgenden Tag zu trinken oder wenn er es an Dritte weitergab. 2008 hatte der BGH das Urteil eines LG bestätigt. Eine eigenverantwortliche Selbstschädigung habe nicht vorgelegen. Diese Rechtsprechung hat der BGH in 2 neueren Urteilen 2014 geändert und auf die eigene Verantwortung des Patienten hingewiesen.

Da nicht die Behandlung eines Patienten, sondern jede einzelne Verschreibung als eine Straftat gilt, wird wegen mehrerer Hundert Straftaten vor dem Landgericht angeklagt. Damit entfällt die Berufung vor einer weiteren Tatsacheninstanz; es ist nur Revision vor dem Bundesgerichtshof möglich.

Meist sprechen die Richter ein eingeschränktes Berufsverbot aus, das sich auf die Substitutionsbehandlung bezieht und verzichten auf ein allgemeines Berufsverbot.

Allerdings wird bei jeder Vorstrafe ein Verfahren zum Entzug der Approbation eingeleitet; es endet bei den Ärzten, die wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz verurteilt wurden, meist mit dem Widerruf der Approbation wegen Unwürdigkeit. Empörung hat in Bayern das Verfahren gegen eine Ärztin ausgelöst, deren Approbation wegen Unzuverlässigkeit und Unwürdigkeit von der Regierung von Niederbayern widerrufen wurde. Begründet wurde das mit der Behauptung, sie hätte wegen eines „ärztlich nicht mehr beherrschbaren Beigebruchs die Behandlung beenden müssen.“ (Regierung von Nie-

derbayern 2007) Nachgewiesen wurde meist der Beikonsum von Cannabis und Benzodiazepinen; dieser begründet nach Richtlinien der Bundesärztekammer nicht den Abbruch der Behandlung. Für die bayerische Justizministerin ist die Substitutionsmedizin mit gesundheitlichen Risiken verbunden und deshalb an strenge Voraussetzungen geknüpft. Sie fordert deshalb konsequente, bei Vorsatz auch strafrechtliche Sanktionen (SZ 2012) – und ein Vorsatz ist nach der BGH-Entscheidung 2011 jedem substituierenden Arzt zu unterstellen. Folge ist, dass besonders in ländlichen Regionen nur noch wenige Ärzte bereit sind, Substitutionsbehandlungen durchzuführen. Die Substitutionsbehandlung senkt die Sterblichkeit der Heroinabhängigkeit. Dass die Zahl der Drogentoten in Bayern nicht wie in den meisten anderen Bundesländern sinkt, kann an der mangelnden Verfügbarkeit der Behandlungsplätze liegen.

Wenn man bedenkt, dass die Zahl der substituierten Patienten seit 1991 von wenigen Hundert auf 70000 gestiegen ist und dass in dieser Zeit

- die Zahl der Drogentoten von über 2000 auf etwa 950 gesunken ist,
 - die Zahl der polizeibekannten Erstkonsumenten von Heroin von 10000 auf 3000 jährlich gesunken ist,
 - die Zahl der polizeibekannten Erstkonsumenten von Substitutionsmedikamenten so gering ist, dass sie in den Polizeistatistiken nicht erfasst wird,
- dann wird deutlich, dass substituierende Ärzte nicht zur Ausbreitung der Betäubungsmittelabhängigkeit beitragen. Es ist daher nicht zu begreifen, dass sie so hart mit Berufsverbot und Straftat verfolgt werden.

Die strafrechtliche Verfolgung von substituierenden Ärzten führt dazu, dass in einigen Regionen keine Substitutionsbehandlungen mehr angeboten werden. Hier wird der Schaden durch die Strafverfolgung deutlich.

Abhilfe kann durch eine Schulung der Staatsanwälte, Richter und der Approbationsbehörden geschaffen werden; diese sollen wissen, dass Abweichungen von bestimmten

Vorschriften nicht die ganze Behandlung unbegründet machen. Außerdem sollten Behandlungsmodalitäten nicht in der BtMVV geregelt werden.

Die Überprüfung der Qualität der ärztlichen Arbeit ist eine primär ärztliche Aufgabe. Es ist nicht sinnvoll, Abweichungen von den jeweils gültigen Behandlungsrichtlinien strafrechtlich zu verfolgen – medizinischer Fortschritt entwickelt sich durch die offene Diskussion über verschiedene Behandlungsansätze. Die Substitutionsbehandlung war lange strafrechtlich verboten und ist jetzt die Standardbehandlung der Heroinabhängigkeit. Die Mitgaberegelungen sind in den vergangenen 20 Jahren mehrfach geändert worden.

Die Anwendung von Strafrecht gegen substituierende Ärzte verstößt auch gegen das Übermaßverbot. Strafrecht ist ultima ratio staatlicher Sanktionen. Es ist nur dann gerechtfertigt, wenn ein bestimmtes Verhalten in besonderer Weise sozialschädlich, seine Verhinderung daher besonders dringlich und nicht anders als mit Strafrecht zu erreichen ist. Anders als Ende des 19. Jahrhunderts bei der Abhängigkeit von Morphin ist die Ausbreitung der Abhängigkeit von illegalem Heroin nicht den Ärzten anzulasten. Diese Abhängigkeit entsteht, weil Heroin trotz der Prohibition auf den Straßen verfügbar ist. Die Substitutionsbehandlung lindert die Schäden der Abhängigkeit von illegalem Heroin. Da Ärzte mit verwaltungsrechtlichen Maßnahmen (Entzug der Substitutionsgenehmigung, Entzug der BtM-Rezepte) davon abgehalten werden können, ihre Privilegien im Umgang mit BtM zu missbrauchen, ist Strafrecht nicht erforderlich und entspricht damit nicht dem grundgesetzlichen Gebot der Verhältnismäßigkeit.

Literatur

10. BtMÄndV vom 20.1.1998, Begründung
BGH 1 StR 389/13 Beschl. vom 16.01.2014 (LG Augsburg)
BGH 1 StR 494/13 vom 28. Januar 2014 (LG Deggendorf)
BGH 2 StR 577/07 vom 4. Juni 2008 (LG Hanau)
BGH 3 StR 44/09 vom 28.7.2009 (LG Verden)
BGH Beschluss 3 StR 8/91 vom 17.5.1991. NJW 1991, 2359
Caspers-Merk, M. (2007): Antwort auf eine kleine Anfrage betreffend die Verbesserung der Versorgungsqualität in der Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige. BT-Drucksache 16/6508
Landgericht Bayreuth: 1 Kls 113 Js 5114/04 vom 24.10.2007
Landgericht Verden: 421 Js30197/04 vom 6.8.2008
Regierung von Niederbayern: Widerruf der Approbation als Ärztin, Bescheid vom 10.7.2012
SZ (2012): Drogenärzte auf der Anklagebank. 30.10.2012,
<http://www.sueddeutsche.de/bayern/mediziner-im-konflikt-mit-der-justiz-drogenaerzte-auf-der-anklagebank-1.1509961> Mediziner im Konflikt mit der Justiz Drogenärzte auf der Anklagebank

C 2-4

Kerstin Dettmer

Der Einsatz von Naloxon durch geschulte Laien

Naloxon

Der schnellste spezifische Weg, eine opiatbedingte Atemdepression zu beseitigen, ist die Injektion des Opiatantagonisten Naloxon (Handelsname Narcanti®). Dieser wird bereits seit mehr als 40 Jahren zur Behandlung von Opiatüberdosierungen eingesetzt. Naloxon kann innerhalb weniger Minuten lebensbedrohliche Effekte wie Atemlähmung, Hypoxie, Bewusstlosigkeit und Blutdruckabfall aufheben. In höheren Dosierungen kann Naloxon einen Entzug auslösen. Eine Überdosierung ist nicht möglich. Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen und Lungenödem sind sehr, sehr selten. Naloxon ist in Deutschland nur in Ampullen verfügbar, die eigentliche Darreichungsform eine intravenöse, intramuskuläre oder subkutane Injektion. Es kann jedoch auch mittels eines Nasalzerstäubers in die Nase gespritzt werden. Der Nasalzerstäuber wird, nachdem Naloxon in eine Spritze aufgezogen wurde, auf diese gesetzt. Er verteilt das Medikament beim Spritzen durch feine Düsen, so dass eine optimale Resorption über die Schleimhaut erfolgen kann. Die Halbwertszeit von Naloxon liegt zwischen 30 und 80 Minuten, sie ist damit deutlich kürzer als die der gebräuchlichen Opiate. So kann eine vorübergehende Bewusstseinsaufklärung nach erfolgter Naloxoninjektion täuschen. Ein erneuter Atem- bzw. Kreislaufstillstand droht. Dieser Zustand kann dann mit einer weiteren Naloxon-Gabe erneut behoben werden.

Naloxon ist verschreibungspflichtig, kann also von einem Arzt auf (Privat-) Rezept (Kosten für eine Ampulle: ca. 7€) verordnet werden.

Rechtliche Aspekte der Naloxonvergabe

Immer wieder werden Skepsis oder Befürchtungen von Fachleuten, die sich für die Naloxon-Abgabe interessieren, hinsichtlich der rechtlichen Problematik der Naloxon-Vergabe an Drogengebraucher/innen im

Rahmen der Laienhilfe geäußert. National und international betrachtet scheint dies einer der Haupthinderungsgründe zu sein, Naloxon in die Hände von Opiatkonsument/innen zu geben.

Naloxon ist gemäß bundesdeutschem Arzneimittelgesetz verschreibungspflichtig. Das Arzneimittelgesetz regelt nur den Verkehr (Verschreibungspflicht, Abgabe durch Apotheken etc.). Es gibt keinerlei Regelungen (und dementsprechend Einschränkungen) hinsichtlich der Anwendung.

Die Bundesärztekammer hat in einer Stellungnahme Anfang 2002 bestätigt, dass in standesrechtlicher Hinsicht keine Bedenken gegenüber einer Naloxonabgabe zum Zwecke der Laienhilfe im Drogennotfall bestehen, da aufgrund der Substanzeigenschaften und des Einsatzzweckes nicht zu befürchten ist, dass ein Arzt/ eine Ärztin der missbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibung (§ 34 Abs. 4, Muster-Berufsordnung) Vorschub leistet. Die Verwendung des Arzneimittels ist zusätzlich beim Einsatz im Notfall durch § 34 StGB ("Rechtfertigender Notstand") gedeckt. Der Arzt/ die Ärztin muss allerdings einer besonderen Aufklärungspflicht Genüge tun, durch die er/sie nicht dadurch entbunden wird, dass andere Institutionen Schulungs- und Informationsmaßnahmen durchführen. Die Bundesärztekammer legt großen Wert auf die Aufforderung an die Naloxon-Empfänger/innen, zusätzlich den Rettungsdienst zu alarmieren. Hat der Arzt/ die Ärztin im Einzelfall den Eindruck, dass der/ die Naloxon-Interessent/in keine Schulung bzw. Informationen anzunehmen bereit ist und/ oder den Rettungsdienst nicht informieren würde, sollte kein Naloxon verordnet werden.

Das Fazit der Stellungnahme der Bundesärztekammer ist, dass die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist. Es gibt jedoch keinerlei Hinweise, dass Naloxon-Abgabe durch Ärzte/ Ärztinnen an Laien rechtlich problematisch sei, solange die allgemeingültigen Regelungen des Arzneimittelrechts und der ärztlichen Berufsordnung (Verschrei-

bungs-, Apotheken-, Aufklärungs- und Schulpflicht) eingehalten werden.

In einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom August 2008 wird der Einsatz von Naloxon durch Laien wie folgt bewertet:

Im Hinblick auf die Anforderungen in § 2 Abs. 1 Nr. 3 der AMVV, geht die AMVV grundsätzlich davon aus, dass die Person, für die ein Arzneimittel verschrieben wird, mit der Person identisch ist, bei der das Arzneimittel zur Anwendung kommt. Aber auch das Bundesgesundheitsministerium berücksichtigt allgemeine Rechtfertigungsgründe, die eine Ausnahmemöglichkeit rechtlich nicht ausschließen. Naloxon kann somit im Rahmen eines Notfalles ausnahmsweise bei einer anderen Person, als der, für die es verschrieben wurde, zur Anwendung gebracht werden, wenn gesundheitliche Folgen bzw. Gefahren nicht anders als durch unverzügliche Verabreichung von Naloxon abgewendet werden können.

Hingewiesen wird außerdem auf die bestehenden medizinischen und rechtlichen Risiken, die mit einer von medizinischen Laien im Notfall vorgenommenen parenteralen Applikation von Naloxon verbunden sind.

Fazit der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit:

Die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die bestehende Rechtslage schließt jedoch die Verabreichung von Naloxon durch qualifizierte Laienhelfer nicht aus.

Aktuell hat der DGS-Vorstand zwei gleichlautende Anfragen zu berufs-, arznei- und betäubungsmittelrechtlichen Aspekten der Naloxon-Verordnung an das BMG und an die BÄK gestellt, um eine Aktualisierung der Stellungnahmen zu erwirken.

Naloxonverschreibung in der Praxis

Für die Verschreibung müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

- Naloxon-Empfänger/innen werden zum situationsangemessenen Verhalten im Drogennotfall und in der Anwendung von Naloxon qualifiziert.

- Die Aufklärung und Naloxon-Abgabe werden dokumentiert.
- Naloxon-Empfänger/innen müssen selbst Opiatkonsument/innen sein.

Eine Verschreibung von Naloxon an Personen, für die keine Indikation vorliegt (beispielsweise nichtkonsumierende Lebenspartner/innen oder Sozialarbeiter/innen) ist gemäß AMVV nicht möglich. Es empfiehlt sich jedoch durchaus, Lebenspartner/innen, Familienangehörige oder Sozialarbeiter/innen in Drogenhilfe-Einrichtungen zum angemessenen Verhalten im Notfall zu schulen. Sollten diese Laienhelfer/innen im Notfall Naloxon bei überdosierten Konsument/innen finden und dieses injizieren, sind sie als Ersthelfer/in vor rechtlichen Konsequenzen geschützt.

Alltagsnah ist es zudem, „Konsumgemeinschaften“ in der Anwendung von Naloxon zu schulen und allen Teilnehmer/innen Naloxon zu verschreiben. Im Idealfall hätten somit alle Opiatkonsument/innen ihr eigenes Naloxon in der Tasche und Konsumpartner/innen wüssten den Antagonisten adäquat einzusetzen.

Berliner Modellprojekt und was daraus wurde

Das Berliner Modellprojekt „Prävention von Drogennot- und -todesfällen/ Erste Hilfe-Kurse und Naloxon-Einsatz durch Drogengebraucher/innen“ von Fixpunkt e. V. (Dezember 1998 bis Dezember 2002) konnte den Beweis erbringen, dass sowohl die Schulung (Erste Hilfe-Maßnahmen im Drogennotfall) und die Vergabe von Naloxon an aktive Opiatkonsument/innen, als auch der verantwortungsbewusste Einsatz von Naloxon machbar sind. Ebenso konnte grundsätzlich nachgewiesen werden, dass Opiatkonsument/innen die notwendige Compliance im Hinblick auf die Berichterstattung nach dem Einsatz von Naloxon erbringen.

Im Anschluss an das Modellprojekt gab es keine adäquate Folgefinanzierung, so dass Drogennotfalltrainings und Naloxonverschreibung nur in sehr kleinem Umfang weiterhin angeboten werden können. Während über 100 Berichte zur Naloxonanwendung aus der

Zeit des Modellprojekts vorliegen, gab es in den letzten Jahren nur noch sehr selten Rückmeldungen. Eine regelmäßige Präsenz des Projektes scheint eine wichtige Voraussetzung zu sein, um Rückmeldungen zu erhalten.

Bisher waren unsere Bemühungen weitestgehend vergeblich, Drogennotfalltrainings und Naloxonverschreibung konzeptionell und strukturell in Berlin oder gar Deutschland zu integrieren. Seit einigen Monaten gibt es allerdings vermehrt Nachfragen und auch schon konkrete Aktivitäten, diese Form der Drogentodesfallprävention in verschiedenen Settings umzusetzen.

Fazit

Naloxonvergabe an Drogengebraucher/innen, aber auch an andere potenzielle Ersthelfer/innen ist eine in vielen Ländern erprobte und erfolgreiche Maßnahme. Naloxon kann Leben retten und Folgeschäden aufgrund einer Sauerstoffunterversorgung verhindern.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Naloxonverschreibung in Deutschland sind nicht optimal, aber es ist durchaus möglich, Opiatkonsument/innen Naloxon zu verschreiben.

Daher wäre es perspektivisch ausgesprochen wünschenswert, dass alle potenziellen Ersthelfer/innen, z. B. Freunde, Familienangehörige oder auch Polizei, über Naloxon als Notfallmedikament verfügen können.

C 2-5

Olaf Schmitz

Berufliche Teilhabe suchtkranker Menschen in der Krise

Infolge der Einführung des SGB II (Sozialgesetzbuch, zweites Buch) im Jahr 2005 wurden verschiedene Instrumente für Langzeitarbeitslose implementiert, die vor allem arbeitsmarktfernen Personengruppen mit mehrfachen Vermittlungshemmnissen einen Weg in Beschäftigung und Qualifizierung ebnen sollten. Die Möglichkeiten zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (AGH MAE) nach § 16d SGB II (sog. "1-Euro-Jobs") sowie von Arbeitsplätzen, die mit einem Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II gefördert wurden, versetzten viele Einrichtungen der Suchthilfe und der Beschäftigungsförderung (erstmalig) in die Lage, in größerem Umfang Arbeitsprojekte und Beschäftigungsmöglichkeiten für abhängigkeitskranke Menschen einzurichten, die ein Durchbrechen der Spirale suchtkrankbedingter und -begleitender Ausgrenzungseffekte vom Arbeitsmarkt ermöglichten und so zur persönlichen Stabilisierung und Weiterentwicklung der TeilnehmerInnen beitragen.

Die Bandbreite der neu entstandenen Beschäftigungsmöglichkeiten für Abhängigkeitskranke war dabei ausgesprochen vielfältig. Sie reicht von unterstützenden Arbeiten in hauswirtschaftlichen oder haustechnischen Bereichen von Suchthilfeeinrichtungen, wodurch die Angebotsqualität und -quantität häufig spürbar verbessert wurde, über umfangreiche qualifizierende und tagesstrukturierende Maßnahmen mit verschiedensten Arbeitsbereichen bis hin zu unterschiedlichsten Projekten zur Verbesserung kommunaler oder regionaler Infrastruktur mit spürbarem Nutzen für die Allgemeinheit.

Ergänzt wurden diese meist niedrigschwelligen Beschäftigungsmöglichkeiten durch die öffentliche Förderung längerfristiger sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, die die Einrichtung neuer Arbeitsplätze in sozialen Einrichtungen oder eine Vermittlung in

Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes ermöglichte.

Die positiven Auswirkungen und Potenziale dieses Ausbaus von Beschäftigungsmöglichkeiten und einer stärkeren Fokussierung auch auf die berufliche Teilhabe suchtkranker Menschen haben sich dabei in den letzten Jahren eindeutig erwiesen:

Häufig trägt eine sinnstiftende Beschäftigung dazu bei, eine erreichte Abstinenz zu festigen bzw. Alkohol- und/ oder Drogenkonsum erheblich zu reduzieren. Eine Stabilisierung der psychosozialen Situation kann oftmals durch begleitende Beratungs- und Betreuungsangebote erreicht werden: Allgemeine und arbeitsmarktbezogene Schlüsselqualifikationen werden verbessert, Straffälligkeit wird vermieden oder Schuldenproblematiken können reguliert werden. Beschäftigungsangebote, die vorhandene psychische oder somatische Beeinträchtigungen berücksichtigen und angemessene Anforderungen an die Beschäftigten stellen, tragen oftmals zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit, einer Verbesserung des Gesundheitszustands sowie zu einer Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstregulierungspotenziale für eine persönliche Weiterentwicklung bei. Weiterbildende und qualifizierende Elemente sowie eine aktive und integrierte Auseinandersetzung mit beruflichen und psychosozialen Entwicklungsperspektiven sind notwendige Schritte auf dem Weg in eine längerfristige soziale und berufliche Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Erfahrungen und Erfolge dieser Maßnahmen sprechen also eigentlich deutlich dafür, Beschäftigungsangebote für Suchtkranke flächendeckend in Deutschland auszubauen und die in den letzten Jahren gewachsenen Strukturen weiterzuentwickeln oder zumindest den Bestand zu sichern. Stattdessen sind viele dieser Maßnahmen seit Beginn 2011 durch massive Einschnitte bei den Eingliederungsleistungen für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II sowie durch die 2012 in Kraft getretene Instrumentenreform durch das „Gesetz zur Leistungssteigerung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ in ihrem Bestand be-

droht oder mussten bereits eingestellt werden.

Die folgenden Zahlen belegen eindrucksvoll die Dimension der Sparpolitik der letzten Jahre im Bereich beschäftigungspolitischer Instrumente: 2010 wurden den Jobcentern bundesweit noch 6,6 Milliarden Euro für „Leistungen zur Eingliederung nach dem SGB II“ zugewiesen, seitdem aber bis 2013 sukzessive um 41 % auf 3,9 Mrd. Euro reduziert. Die Zahl der AGH MAE-Plätze wurden von Februar 2010 bis Februar 2014 um 71 % zusammengestrichen (02/2010: 288.253 Plätze, 02/2014: 84.109 Plätze), mit Lohnkostenzuschüssen nach § 16e SGB II geförderte Arbeitsplätze gar um über 80 % (von 42.286 Plätzen im Februar 2010 auf 8.152 Plätze im Februar 2014).

Vergleichsweise glimpflich betroffen waren Qualifizierungsmaßnahmen mit einer Bestandsreduzierung von 33 %⁵³.

Längst nicht allen Trägern ist es möglich, auf dem Hintergrund sich verringernder Förderungen zumindest „abgespeckte“ Arbeitsangebote aufrechtzuerhalten. Personelle und qualitative Einschränkungen erschweren es dabei immer mehr, den spezifischen und multiplen Bedarfen der Zielgruppe abhängigkeitskranker Menschen gerecht zu werden.

Eine im November 2013 durchgeführte telefonische Befragung von insgesamt 16 Trägern in NRW (Schmitz 2013)⁵⁴, die nach Einführung des SGB II Anfang 2005 Arbeitsprojekte für Suchtkranke aufgebaut bzw. unterhalten haben, verdeutlicht die flächendeckenden Auswirkungen der Sparpolitik seit 2010: 4 befragte Träger haben ihre Beschäftigungsangebote vollständig eingestellt, weitere 7 Träger berichteten von Kürzungen der Teilnehmerplätze (insgesamt sind bei allen 16 Trägern von ursprünglich 449 Plätzen mehr als 100 weggebrochen, eine Reduzierung um

22,5 %) und z.T. erheblichen Einbußen bei der finanziellen Ausstattung der Maßnahmen; lediglich 5 Träger gaben an, keine nennenswerten Einbußen gehabt zu haben.

Dass diese Erhebung für das Bundesgebiet nicht repräsentativ sein dürfte und die Einschnitte von Beschäftigungsangeboten auch für die Personengruppe abhängigkeitskranker Menschen wahrscheinlich insgesamt noch drastischer ausfallen, zeigt die jüngst erschienene Längsschnittumfrage zur Arbeitsmarktpolitik des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes unter seinen Mitglieds-einrichtungen: "In den vier Untersuchungsjahren ist bei den in der Arbeitsförderung tätigen Mitgliedsorganisationen die Zahl ihrer Teilnehmer um insgesamt 49 Prozent reduziert worden. Am stärksten sind die Verluste bei den Arbeitsgelegenheiten, die in zwei Jahren um zwei Drittel verringert wurden."⁵⁵ Wie wichtig es indes wäre, gerade suchtkranken Personen eine Beschäftigungsperspektive zu bieten, "zeigt die ARA-Studie (Henkel, Zemlin 2004-2008), wonach unter Bedingungen von Arbeitslosigkeit 35% der Alkoholabhängigen bereits im ersten Monat nach einer Suchtrehabilitation rückfällig wurden, hingegen nur 19% unter Bedingungen von Erwerbstätigkeit. Umso dringlicher wäre daher wenigstens die nahtlose Vermittlung in arbeitsmarktpolitische Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen (z.B. „1-Euro-Jobs“, berufliche Weiterbildung)."⁵⁶

Doch die Auswirkungen sind nicht nur quantitativer Natur: Durch das im April 2012 in Kraft getretene „Gesetz zur Leistungssteigerung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ haben sich Förderbedingungen für Beschäftigungsträger und Leistungsempfänger zusätzlich verschlechtert: Während

⁵³ Bundesagentur für Arbeit: Der Arbeits- und Ausbildungsmarkt in Deutschland – Monatsbericht Februar 2010, Nürnberg 2010 und Monatsbericht Februar 2014, Nürnberg 2014

⁵⁴ 53. DHS-Fachkonferenz Sucht zum Thema: "Sucht und Arbeit", Vortrag Olaf Schmitz (Krisenhilfe Bochum), Essen 05.11.2013

⁵⁵ Der Paritätische Gesamtverband: Längsschnittumfrage zur Arbeitsmarktpolitik zwischen 2010 und 2013 - Tiefgreifende Einschnitte bei der Förderung von Langzeitarbeitslosen, Berlin 2014

⁵⁶ 53. DHS-Fachkonferenz Sucht zum Thema: "Sucht und Arbeit", Vortrag "Integration Suchtkranker in Arbeit - Stagnation auf niedrigem Niveau", Prof. Dr. Dieter Henkel (Fachhochschule Frankfurt a.M.), Essen 04.11.2013

Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung vor der Instrumentenreform angemessene Qualifizierungs- und Betreuungselemente enthalten konnten und sollten, ist seitdem eine ausschließliche Beschäftigung vorgesehen und förderungsfähig. Für suchtkranke Menschen mit ihren oftmals multiplen Problemlagen fallen somit Fördermöglichkeiten für Unterstützungsangebote weg, die für eine erfolversprechende Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten oftmals unabdinglich sind. Im besten Falle werden diese dann von den (Suchthilfe-) Trägern noch nebenher vom vorhandenen Personal erbracht oder sie entfallen gänzlich.

Um (in Ergänzung zur Beschäftigung in AGH MAE) Qualifizierungsangebote für die oftmals sehr gering qualifizierten Teilnehmenden in Arbeitsprojekten anbieten und notwendige Finanzierungsmöglichkeiten nutzen zu können, müssen Beschäftigungsträger sich seit Ende 2012 einem zeit- und kostenintensiven Zertifizierungsprozess nach den Qualitätsstandards der Bundesagentur für Arbeit unterziehen. Entgegen der bisherigen Praxis vieler Jobcenter, gezielt geeignete örtliche Träger über eine sogenannte freihändige Vergabe mit der Durchführung solcher zielgruppenspezifischen Maßnahmen zu beauftragen, müssen diese nun in der Regel als „Aktivierungsmaßnahmen“ gem. § 45 SGB III öffentlich ausgeschrieben werden. Alternativ können die Jobcenter ausgewählten Trägern auch über sogenannte Gutscheinvverfahren Teilnehmende für Qualifizierungen zuweisen; allerdings muss auch in diesem Fall ein entsprechendes Trägerkonzept zertifiziert und die notwendige Infrastruktur vom Träger vorgehalten werden. Bleiben die geplanten Plätze unbesetzt, liegt das finanzielle Risiko ausschließlich bei dem Träger. Dass längst nicht alle Einrichtungen in der Lage und willens sind, sich diesem Aufwand zu stellen und die Kosten hierfür aufzubringen, liegt auf der Hand.

Doch auch wenn Träger in einer Kommune oder Region diese Hürden überwinden und entsprechende Angebote vorhalten, eröffnet sich durch die geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen ein weiteres Problem:

Eine neuerdings gesetzlich vorgesehene Beschränkung der Teilnahmedauer an Arbeitsgelegenheiten wie auch der Beschäftigung in bezuschussten sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen auf max. 24 Monate innerhalb von 5 Jahren wird außerdem zukünftig in vielen Fällen dazu führen, dass Personen, die in diesem begrenzten Zeitrahmen nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können, weitere Beschäftigung verwehrt bleibt.

Die Erwerbsbiografien langjährig abhängigkeitskranker Menschen sind oftmals von fehlender Ausbildung, kurzen und niedrig qualifizierten Beschäftigungsverhältnissen, langen Zeiten der Arbeitslosigkeit und/oder Inhaftierungen geprägt und viele weisen durch posttraumatische Belastungsstörungen, komorbide physische oder psychische Erkrankungen sowie durch Schulden, Vorstrafen, fehlende Fahrerlaubnis etc. zusätzliche Benachteiligungen in ihrer Beschäftigungsfähigkeit auf. Deshalb braucht diese Zielgruppe oftmals eine langfristig angelegte, intensive, flexible, vernetzte und vielfältige Betreuung.

Idealerweise umfasst die Angebotspalette der Betreuung die (Wieder-) Heranführung an eine regelmäßige Tagesstruktur, an arbeitsimmanente Anforderungen und Belastungen sowie arbeitsweltorientierte Qualifizierung bis hin zur flankierenden Bearbeitung psychosozialer und gesundheitlicher Problemlagen bzw. Vermittlung in entsprechende begleitende Hilfen.

Aber auch unter solch günstigen Rahmenbedingungen wäre eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt bei weitem nicht immer eine realistische Perspektive, da viele abhängigkeitskranke Personen trotzdem auch auf längere Sicht die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht erfüllen können bzw. sie keinen Zugang zu einem passenden Arbeitsplatz erhalten. Auch für diesen Teil der Zielgruppe werden weiterhin Beschäftigungsangebote mit Qualifizierung, sozialpädagogischer Betreuung und ggf. langfristiger Beschäftigungsperspektive gebraucht. Viele Menschen mit einer Suchterkrankung brau-

chen aufgrund von kumulierten Problemlagen einfach mehr Zeit und vernetzte Angebote, bis eine Integration gelingen kann. Für diejenigen, für die auch längerfristig der erste Arbeitsmarkt nicht erreichbar scheint, sind diese Angebote weiterhin dringend notwendig, weil sie soziale Teilhabe sicherstellen und Behandlungsverläufe positiv beeinflussen und somit ein wichtiger Baustein in der komplexen Bearbeitung von Suchtproblemen sind. Der Wegfall solcher Möglichkeiten gefährdet dementsprechend persönliche Entwicklungsverläufe bzw. lässt positive Synergieeffekte in der Suchtbehandlung ungenutzt verstreichen. Eine Investition in solche Maßnahmen ist dementsprechend nicht nur aus arbeitsmarktorientierten, sondern zudem aus gesundheitspolitischen und humanitären Gründen sinnvoll und auch ökonomisch, da sie potenzielle Folgekosten u.a. im Justiz- und Gesundheitswesen reduzieren.

Angesichts der weitreichenden Bedeutung von Beschäftigungsangeboten mit Qualifizierung und begleitenden Hilfen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe läuft die Fokussierung auf eine kurzfristige Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt als ausschließlichen Erfolgsmaßstab für diese Zielgruppe völlig fehl. Individuelle Ausprägungen von Krankheitsverläufen, psychosozialen Lebenslagen und beruflichem Werdegang erfordern ein differenziertes Angebot an Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten.

Um (noch) vorhandene Strukturen abzusichern und diese zum Nutzen der Betroffenen zu konsolidieren und weiter auszubauen, ist gerade an diesem Punkt eine aktive gemeinschaftliche Sozial-, Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik gefordert, die eine an den spezifischen Erfordernissen Abhängigkeitskranker orientierte (Weiter-) Entwicklung geeigneter Instrumente ermöglicht. Zudem ist aktuell mehr denn je ein offenes und kreatives Zusammenwirken aller mit Angeboten zur beruflichen, sozialen und medizinischen Wiedereingliederung befassten Akteure und Fördergeber vonnöten, um vorhandene Instrumente möglichst sinnvoll, komplementär und wirtschaftlich im Sinne

einer Stabilisierung und Integration der suchtkranken Menschen zu nutzen.

Schließlich ist immer wieder die Politik gefordert, rechtliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass möglichst barrierefreie Schnittstellen zwischen den verschiedenen Fördermaßnahmen und Eingliederungshilfen möglich sind, um langfristig positive Entwicklungsverläufe nicht zu gefährden bzw. erst zu ermöglichen.

C 2-6

Franjo Grotenhermen

Der Stand der medizinischen Versorgung mit Cannabis und Cannabinoiden in Deutschland

1. Möglichkeiten der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten in Deutschland

In Deutschland können einige Medikamente auf Cannabisbasis auf einem Betäubungsmittelrezept verschrieben werden. Zudem besteht die Möglichkeit einer Ausnahmegegenehmigung zur Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke.

1.1 Verschreibung von Cannabismedikamenten mittels BTM-Rezept

Fertigarzneimittel mit den Wirkstoffen Nabilon (Cesamet®) und Dronabinol (Marinol®) sind in den USA und Großbritannien sowie anderen Ländern im Verkehr und können auf Grundlage des § 73 Abs. 3 Arzneimittelgesetz (AMG) auch in Deutschland rezeptiert werden. Die Kosten für das Fertigarzneimittel Marinol® sind jedoch höher als die für Rezepturarzneimittel, die Dronabinol enthalten.

Grundsätzlich können Ärzte aller Fachrichtungen – ohne besondere Zusatzqualifikation – Dronabinol (sowohl als Fertig- als auch als Rezepturarzneimittel), Nabilon und der Cannabisextrakt Sativex auch außerhalb der zugelassenen Indikationen (off-label) im Rahmen eines individuellen Heilversuchs verordnen, wenn sich Arzt und Patient hiervon einen Nutzen versprechen.

Eine solche off-label Behandlung mit Cannabismedikamenten wird in der täglichen Praxis allerdings dadurch erschwert, dass die gesetzlichen Krankenkassen meist eine Kostenübernahme ablehnen. Die monatlichen Kosten für eine Behandlung mit Dronabinol belaufen sich bei einem durchschnittlichen Tagesbedarf von 10-15 mg auf etwa 250 bis 400 €, die von den Patienten im Allgemeinen selbst aufgebracht werden müssen.

1.2 Behandlung mit Cannabis auf Grundlage einer Ausnahmeerlaubnis nach BtMG

Alternativ können Patienten bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten zur Anwendung im Rahmen einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie beantragen. Eine solche Erlaubnis ist nach dem Gesetz zwar "nur für wissenschaftliche oder andere im öffentlichen Interesse liegende Zwecke" möglich. Allerdings hat das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil vom 19. Mai 2005 festgestellt, dass auch die medizinische Versorgung der Bevölkerung ein solches „öffentliches Interesse“ darstellt. Im Antrag muss der Patient darlegen, dass andere Therapien nicht ausreichend wirksam waren und eine Behandlung mit anderen Cannabismedikamenten nicht möglich ist, etwa weil die Kosten einer Behandlung mit verschreibungsfähigen Cannabismedikamenten nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Dem Antrag muss zudem eine ärztliche Stellungnahme beigefügt werden.

Nach Erteilung der Erlaubnis wird das im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums von einem niederländischen Unternehmen hergestellte Cannabiskraut an eine vom Patienten benannte deutsche Apotheke geliefert. Die Kosten für diese Behandlung müssen vom Patienten getragen werden. Cannabisblüten aus der Apotheke kosten etwa 15-25 € pro Gramm. Bei einem Tagesbedarf von 0,5-1 g ergeben sich monatliche Kosten von etwa 300 bis 600 €.

2. Der medizinische Bedarf an Medikamenten auf Cannabisbasis

Es liegen keine zuverlässigen Schätzungen zur Zahl der Patienten in Deutschland, die Cannabisprodukte aus medizinischen Gründen verwenden bzw. von einer Verwendung profitieren würden, vor. Es existieren jedoch einige Daten zur Verwendung von Medikamenten auf Cannabisbasis aus anderen Ländern, die eine Abschätzung der Größenordnung des Bedarfs ermöglichen.

2.1 Dronabinol und Nabilon

Nach Insight Health (<http://www.insight-health.de/>) wurden im Jahr 2013 insgesamt 10.800 Einheiten Dronabinol mit einem Gesamtwert von 1,3 Mio. Euro abgegeben. Diese Daten liegen vermutlich etwas höher, da weitgehend nur der Großhandel berücksichtigt wird und Dronabinol vom Hersteller THC Pharm direkt an die Apotheken geliefert wird. Unter der Annahme eines Umsatzes im Gesamtwert von 2 Millionen Euro und einem Abgabepreis an die Apotheken von 90 € für 250 mg wurden von den beiden Herstellern in Deutschland (THC Pharm und Bionorica Ethics) etwa 5,5 kg an deutschen Apotheken abgegeben. Nabilon kommt wegen seines höheren Preises nur selten zum Einsatz.

Bei einem angenommenen Tagesbedarf von 15 mg Dronabinol werden jährlich von einem Patienten etwa fünf Gramm Dronabinol benötigt, sodass unter dieser Annahme mit 5,5 kg Dronabinol etwa 1100 Patienten kontinuierlich versorgt werden können. Die Kosten der Behandlung werden durch die Krankenkassen nur selten erstattet, da Dronabinol in Deutschland arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist und daher keine Erstattungspflicht besteht.

2.2 Sativex

Seit 2011 ist in Deutschland der Cannabisextrakt Sativex (Hersteller: GW Pharmaceuticals; Vermarktung in Deutschland durch Almirall) für die Behandlung mittelschwerer bis schwerer Spastik bei erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose, bei denen andere Behandlungsverfahren nicht ausreichend wirksam sind, arzneimittelrechtlich zugelassen. Nur für diese Indikation sind die Krankenkassen zu einer Kostenübernahme verpflichtet. Nach Insight Health (<http://www.insight-health.de/>) wurden im Jahr 2013 insgesamt 16.200 Einheiten verkauft. Eine Einheit enthält 810 mg Dronabinol. Unter der Annahme eines durchschnittlichen Monatsverkaufs von 1350 Einheiten und eines Tagesbedarfs von 15 mg Dronabinol (THC) wurden 2430 Patienten mit Sativex behandelt.

2.3 Cannabis

In Kanada, den Niederlanden, Israel und 20 Staaten der USA ist die medizinische Verwendung von Cannabis mit einer ärztlichen Empfehlung bzw. Verordnung erlaubt.

In Kanada (Einwohnerzahl: 33 Millionen) besaßen im Dezember 2012 28.115 Personen eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke nach den Marihuana Medical Access Regulations (MMAR) sowie 18.063 Personen eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke für sich selbst und 3.405 eine Erlaubnis für den Anbau für einen bestimmten Patienten.⁵⁷ Danach besaßen 0,085 % der Bevölkerung oder 850 von 1 Million eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke. Es wird in den kommenden Jahren eine deutliche Steigerung der Patientenzahl erwartet. Am 1. Oktober 2013 begann Kanada entsprechend eines neuen Gesetzes mit dem Aufbau einer kontrollierten privaten medizinischen Cannabis-Industrie, von der erwartet wird, dass sie innerhalb von 10 Jahren 1 Milliarde kanadische Dollar umsetzen wird (Time Magazine vom 2. Oktober 2013).

Im Jahr 2013 überstieg die Zahl der Patienten in Israel, die Cannabis zu medizinischen Zwecken verwenden dürfen, 12.000 (bei einer Einwohnerzahl von 8,0 Millionen).⁵⁸ Dies entspricht 0,15 % der Bevölkerung. In den kommenden Jahren wird eine Gesamtzahl von 40.000 Patienten oder 0,5 % der Bevölkerung erwartet.

In den Vereinigten Staaten dürfen im Staat Oregon 60.516 Personen Cannabis für medizinische Zwecke besitzen (Stand: 1. Januar 2014).⁵⁹ Dies entspricht bei einer

⁵⁷ Kanadisches Gesundheitsministerium (Health Canada): Stakeholder Statistics. Verfügbar online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/-stat/index-eng.php>

⁵⁸ IACM-Webseite. http://www.cannabis-med.org/german/bulletin/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=391#10

⁵⁹ Oregon Department of Human Services. Oregon Medical Marijuana Program (OMMP). Statistics. Verfügbar online unter: <http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx>

Einwohnerzahl von 3,4 Millionen etwa 1,8 % der Bevölkerung oder 18.000 von 1 Million. Demnach verwenden zwischen etwa 0,1 und 2 % der Bevölkerung Cannabis aus medizinischen Gründen oder würden ihn verwenden, wenn dies möglich wäre, was für Deutschland 80.000 bis 1,6 Millionen Patienten entspricht. In Deutschland besitzen nur sehr wenige Patienten – etwa 230 – eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke.

3. Zu Argumenten gegen eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis

Das wichtigste Argument für die anhaltende Kriminalisierung von Patienten, die sich Cannabisprodukte aus der Apotheke nicht leisten können, ist die Behauptung, dass Patienten vor nicht qualitätsgeprüften Cannabisprodukten geschützt werden sollten.

Von einem Arzneimittel aus der Apotheke muss man erwarten können, dass die Inhaltsstoffe des Präparates angegeben sind, ihre Konzentrationen bekannt sind und keine Verunreinigungen bestehen. Das soll und muss nach Auffassung der ACM auch für Arzneimittel auf Cannabis- oder Cannabinoidbasis aus der Apotheke gelten.

Die Forderung, dass Patienten, die (illegalisierten) Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, nicht länger einer Strafverfolgung ausgesetzt sein dürfen, bezieht sich nicht auf Arzneimittel aus der Apotheke. Die betroffenen Patienten wissen, dass sie, wenn sie selbst angebautes Cannabis verwenden, kein Arzneimittel nach dem Arzneimittelrecht einnehmen. Darauf hat bereits das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil vom 19. Mai 2005 hingewiesen, indem es zur Legitimierung der Verwendung von selbst angebautem Cannabis ausführt: "Dabei ist sich der Betroffene bewusst, dass es keinerlei Gewähr für die therapeutische Wirksamkeit des eingesetzten Betäubungsmittels gibt."⁶⁰ Wenn gegen die Verwendung von Dronabinol und von Cannabis mit einer arzneilichen

Qualität rechtlich nichts einzuwenden ist, so würde sich die Aufrechterhaltung der Strafbarkeit der medizinischen Verwendung von Cannabis ohne arzneiliche Qualität nicht gegen die Verwendung von Cannabis selbst, sondern gegen seine mangelnde Qualität (beispielsweise Verunreinigung mit Pestiziden, fehlende Standardisierung auf wichtige Inhaltsstoffe) richten. Die Verwendung von Cannabis wäre danach grundsätzlich nicht strafbar, sondern man möchte mit dem Strafrecht gegen die Verwendung von Pestiziden und anderen Qualitätsmängeln vorgehen. Da diese möglicherweise mangelhafte Qualität in anderen Lebensbereichen der Selbstversorgung (zum Beispiel beim Anbau von Tabak oder Gemüse im eigenen Garten) keine strafrechtliche Rolle spielt, ist diese Position unhaltbar.

Zudem sei an dieser Stelle betont, dass der Grund für mögliche schädliche Beimengungen die gegenwärtige Rechtslage ist, die viele Patienten zwingt, sich auf dem Schwarzmarkt mit Cannabis zu versorgen. Sobald ein Patient eine Genehmigung zum Import von Cannabis aus den Niederlanden oder zum Eigenanbau besitzt, wird er die Möglichkeit haben, ein qualitativ hochwertiges Produkt aus einer niederländischen Apotheke erwerben zu können oder ein biologisch hochwertiges Produkt selbst anzubauen.

4. Zweiklassenmedizin beim Einsatz von Cannabisprodukten

Die Verwendung von Dronabinol, Nabilon oder Sativex erfordert entweder eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse, die mit Ausnahme von Sativex bei der Indikation Spastik bei multipler Sklerose überwiegend verweigert wird, oder eine Selbstfinanzierung des Medikamentes. Auch Cannabis aus der Apotheke ist für viele Patienten nicht erschwinglich. Ausnahmegenehmigungen zum preiswerteren Eigenanbau von Cannabis wurden von der Bundesopiumstelle bisher nicht erteilt.

Daher sind vermögende Patienten in Deutschland hinsichtlich der Möglichkeiten der medizinischen Nutzung von Cannabisprodukten deutlich besser gestellt als weniger

⁶⁰ BverwG 3 C 17.04 vom 19.5.2005. Verfügbar online unter: <http://www.bundesverwaltungsgericht.de>

vermögende Patienten. Es besteht daher in diesem Bereich eine Zweiklassenmedizin. Dies wurde bereits auch von einigen Strafgerichten im Zusammenhang mit einem Vorwurf des illegalen Cannabisbesitzes bzw. Eigenanbaus durch chronisch Kranke entsprechend berücksichtigt. Denn es wurden bereits einige Patienten vom Vorwurf des illegalen Cannabisanbaus aus Notstandsgesichtspunkten freigesprochen, die sich die verschreibungsfähigen Cannabinoide und auch die Cannabisblüten aus der Apotheke finanziell nicht leisten konnten.⁶¹

5. Schlussfolgerung: Unterversorgung der deutschen Bevölkerung

Die Fakten zeigen, dass die Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis unzureichend ist und vom Vermögen der Patienten abhängt. Zudem können gelegentlich angeführte Argumente gegen die dringend notwendige Verbesserung der gesundheitlichen Lage der betroffenen Patienten nicht überzeugen.

Nach den vorliegenden Daten erhalten in Deutschland weniger als 4000 Patienten eine Behandlung mit einzelnen Cannabinoiden, Cannabisextrakten oder Cannabisblüten. Dies bedeutet, dass gemessen am Bedarf, wie er in Ländern wie Kanada, Israel und einigen Staaten der USA ermittelt wurde, nur ein Bruchteil der Patienten, die eine solche Behandlung benötigen, Zugang zu einer entsprechenden Therapie haben. Der in diesen Ländern ermittelte Bedarf beläuft sich auf 0,1-2 % der Bevölkerung oder 80.000 bis 1,6 Millionen Patienten in Deutschland. Es besteht daher eine deutliche Unterversorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Literatur

BverwG 3 C 17.04 vom 19.5.2005. Verfügbar online unter:
<http://www.bundesverwaltungsgericht.de> (Abgerufen am 10.02.2014).

IACM-Webseite. http://www.cannabis-med.org/german/bulletin/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=391#10 (Abgerufen am 10.02.2014).

Kanadisches Gesundheitsministerium (Health Canada). Stakeholder Statistics. Verfügbar online unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/index-eng.php> (Abgerufen am 10.02.2014).

Oregon Department of Human Services. Oregon Medical Marijuana Program (OMMP). Statistics. Verfügbar online unter:
<http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx> (Abgerufen am 10.02.2014).

Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 24. Juni 2004 (3 Ss 187/03). Pressemitteilung verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/germany/olg_karlsruhe.pdf. Weitere Urteile zum Thema Cannabis als Medizin finden sich hier: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de>.

⁶¹ Vgl. Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 24. Juni 2004 (3 Ss 187/03). Pressemitteilung verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/germany/olg_karlsruhe.pdf.

C 2-7

Axel Junker

Cannabis als Medizin – Probleme und Handlungsbedarf aus Patientensicht

Die Bundesregierungen der vergangenen Legislaturperioden hatten und haben kein Interesse am Thema Cannabis als Medizin, geschweige denn am Leiden der Betroffenen.

"Schwarz-Gelb gibt grünes Licht für Cannabis-Arzneien" hieß es 2010 anlässlich der 25. BtMÄndVo, welche die Zulassung von Fertigarzneimitteln auf Cannabisbasis ermöglichte. Diese Änderung ist und bleibt bis heute eine bloße „Lex Sativex“, die aktuell ausschließlich ein Medikament bei lediglich einer Indikation marktfähig gemacht hat. Diese Mini-Änderung der Gesetzgebung wurde im Drogen- und Suchtbericht 2011 noch gefeiert. Im Bericht 2012 herrscht seither wieder Schweigen – obwohl FDP und SPD bei der Anhörung im Bundestag einen Handlungsbedarf erkannten. Cannabisblüten als Medizin sind weiterhin nur für einen Bruchteil der Patienten erhältlich. So übersteigt der Anteil der registrierten Erlaubnis-Inhaber an der Gesamtbevölkerung in Ländern wie Kanada oder Israel den für Deutschland um ein Vielfaches (siehe Grotenhermen in diesem Band).

Aus Sicht der Betroffenen sind folgende Punkte dringend notwendig, um die Achtung der Menschenrechte und die gesundheitlichen Interessen von Cannabis nutzenden Patienten sicherzustellen.

1. Lockerung der Kriterien für eine Cannabis-Ausnahmeerlaubnis

Die Hürden für eine Erlaubnis durch die Bundesopiumstelle zum Erwerb von Cannabis sind weiterhin enorm hoch.

Einer der häufigsten Ablehnungsgründe ist eine (fern-)diagnostische Prognose (respektive eine prognostische Diagnose) „möglicher Cannabis-Abhängigkeit“, die von mitunter eigenartig fachfremden Ärzten beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erstellt wird. Ausnahmeerlaubnis-Anträge je-

doch negativ zu bescheiden, nur weil „der starke Wunsch Cannabis zu konsumieren“ besteht, macht bei kranken Menschen, denen Cannabis Linderung verschafft, keinen Sinn.

Ein zweiter häufiger Grund, die Erlaubnis zu versagen, ist der Status des Patienten, so lange dessen Krankheit nicht als „austherapiert“ gilt und es noch Pharmaprodukte gibt, die der zu behandelnde Kranke bislang nicht probiert hat, und die von ihm deshalb wochen- oder monatelang mit allen ggf. auftretenden Nebenwirkungen regelrecht „getestet“ werden müssen.

Diese Forderung als Antragsvoraussetzung namens des BfArM macht Patienten zwangsweise zu **„Medikamente-Versuchskarnickeln“**. Sie müssen daher nicht selten eine Vielzahl pharmakologischer Produkte mit teilweise erheblichen Nebenwirkungen – und wiederum Medikamente gegen diese Nebenwirkungen – einnehmen, obwohl oft schon bekannt – aber ggf. nicht dokumentiert – ist, dass viele dieser Mittel nicht ausreichend wirken und/oder zu viele zu starke unerwünschte und gesundheitsschädigende Effekte zeigen.

In den meisten dieser Fälle weiß der Patient allerdings schon geraume Zeit vor Antragstellung, dass Cannabis ihm die erwünschte Linderung verschafft. Einen Antrag zu stellen, der medizinisch nicht gerechtfertigt wäre und nur den Genussgründen des Antragstellers dienen sollte, ist schon allein wegen des großen finanziellen Mehr-Aufwands auszuschließen. Insoweit kann davon ausgegangen werden, dass Anträge auf eine Ausnahmeerlaubnis in aller Regel gesundheitliche Ursachen haben.

Es sollte demnach vollkommen ausreichend sein, wenn ein Arzt feststellt, dass der Einsatz von Cannabis als Medizin beim Erkrankten sinnvoll erscheint, zumal es bei Patienten mit schweren Erkrankungen (wie beispielsweise Epilepsie) Monate und Jahre dauern kann, bis der Kranke als „austherapiert“ bezeichnet werden kann.

Die Liste schwerer Nebenwirkungen selbst alltäglicher Medikamente wie etwa Diclofenac und Metoclopramid wächst durch neue Erkenntnisse immer weiter. Patienten seitens

der klinischen Abteilung beim BfArM auf solche Mittel zu verweisen und deren Einnahme zu propagieren, bevor Cannabis erlaubt werden kann, ist schlichte Nötigung und widerspricht aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zu derlei bedenklichen Arzneimitteln.

Cannabis darf nicht das allerletzte Mittel der Wahl sein. Im Gegenteil: Es sollte durchaus vorrangig empfohlen werden. Für die Anwendung von Cannabis-Medikamenten sollte ebenso wie bei der Behandlung anderer Krankheiten mit anderen Mitteln für Arzt und Patienten Therapiefreiheit herrschen.

2. Cannabis-Patienten-Residenzpflicht auf den Prüfstand

Für Grenzübertritte innerhalb Europas mit erlaubtem Cannabis werden – anders als etwa in den Niederlanden – keine Genehmigungen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erteilt.

Das SCM-Mitglied Liliane Moriello monierte als in Deutschland lebende Dänin bei der EU-Kommission ihre Residenzpflicht bzw. Reisefreiheits-Beschränkung, die einerseits Folge der Einstufung von Cannabis in die Anlage I des BtMG ist, andererseits auch Folge eines Mangels an Schaffung(swille) entsprechend zeitgemäßer Verwaltungsvorschriften.

Das BfArM hat der mit der Sache befassten Stelle bei der EU-Kommission Kompromissvorschläge zur Lösung des Problems unterbreitet; diese sind aber für die Ausnahmeerlaubnis-Inhaberin Moriello weder praktikabel, noch deuten diese eher hilflos wirkenden Lösungsversuche seitens des BfArM auf tatsächliche Sach- oder Fachkenntnisse der Cannabis-Situation in Dänemark hin.

3. Erstattung Dronabinol, Sativex und Cannabisblüten

Dronabinol, Sativex und Cannabisblüten werden von den Gesetzlichen Krankenkassen in aller Regel nicht erstattet bzw. bei Sativex nur bei Spastiken infolge multipler Sklerose. Auch ohne eine Zulassung mit Indikation ist eine Erstattung prinzipiell möglich, sei es als freiwillige Leistung der Krankenkasse oder auf Beschluss des Gemeinsamen Bundes-

ausschuss (G-BA). Der GKV-Spitzenverband stellt allerdings (seit Jahren) keinen entsprechenden Antrag beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Fortschreitende soziale Verelendung und gesundheitliche Destabilisierung von Cannabis nutzenden Patienten sind die direkten Folgen dieser Untätigkeit.

Medizinischer Cannabis wird in Apotheken derzeit mit Gramm-Preisen zwischen knapp über 12 und 21 € gehandelt. Für viele, wenn nicht sogar die meisten Kranken, ist damit der Monatsbedarf an Cannabisblüten nur kurzfristig zu decken. Bei einem Konsumbedarf von mehreren Gramm täglich ergeben sich schnell Kosten über 1000 Euro pro Monat. Im Falle des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt (Hartz IV) ist Cannabis-Medizin für Erkrankte generell unerschwinglich.

Über die Widersinnigkeit des vorherrschenden Mangels einer Dronabinol-Kostenerstattung gibt Ute Köhlers Schicksal seit vielen Jahren Auskunft. Ihr Fall zeigt die verheerenden gesundheitspolitischen Fehleinschätzungen in Sachen medizinisches Potenzial von Cannabis auf.

Er gibt aber auch Auskunft über die daraus resultierenden unmenschlichen Konsequenzen für Frau Köhler mit ihrem stark Schmerzgeprägten Dasein zwischen Selbstanzeige, Selbstaufgabe und selbstlosem Einsatz für die gerechte Sache Medikamentenkosten-Erstattung, die 2013 überraschend in die Verleihung der Bundesverdienst-Medaille mündete. Jedoch noch immer nicht zur Erstattung der Kosten für das Dronabinol durch die AOK Thüringen.

4. Private Anbau-Genehmigungen zu medizinischen Zwecken

Ein unkomplizierter Ausweg aus zu hohen Cannabismedizin-Preisen und eine Alternative zu immer wiederkehrenden Lieferausfällen seitens des Cannabis-Importeurs und auch eine Alternative zur eingeschränkten Sortenauswahl (minimale Produktpalette des europäischen Cannabismedizin-Monopolisten Bedrocan) wäre der Eigenanbau von Cannabispflanzen durch Patienten.

BfArM und BMG sind durch zahlreiche Urteile der höchsten Gerichte aktuell im Zugzwang bezüglich der Erteilung von Genehmigungen zum Anbau von Cannabis. Denn...

- Cannabis als Medizin ist zu teuer.
- Cannabis als Medizin ist nicht für jeden Patienten zugänglich.
- Cannabis als Medizin ist zu rar.
- Cannabis als Medizin zieht überdies einen Rattenschwanz an bürokratischem Aufwand mit viel zu hohen Folgekosten für den Kranken nach sich.

All das nicht selten, wenn es „nur“ um Leben und Tod geht.

Ähnlich wie bei der Erteilung von Genehmigungen zur ärztlich begleiteten Selbsttherapie werden im Falle von Erlaubnis-Erteilungen für den privaten Anbau allerdings unverhältnismäßig hohe Sicherheitsanforderungen durch das BfArM gestellt. Diese Anforderungen – so lassen erste Schreiben des Bundesinstituts erahnen – sind maßlos überzogen und lassen die durchschnittliche finanzielle Ausstattung chronisch Kranker unberücksichtigt. Die Argumente für die ablehnende Haltung zum Eigenanbau beispielsweise der Bundesärztekammer sind halt- und sinnlos, denn sie ignorieren die Alternative zur nicht-standardisierten Versorgung durch Eigenanbau: *Keine Versorgung*.

5. Anbau-Genossenschaft nach dem Vorbild Cannabis Social Club zulassen

Die europaweite Diskussion über das Modell des Cannabis Social Clubs ist gerade für Patienten interessant. Das starke Bedürfnis nach finanziell erschwinglicher Cannabis-Medizin-Versorgung sorgt für ersten konstruktiven Meinungs-Austausch zwischen SCM – Mitgliedern in Sachen Gründung einer oder mehrerer solidarischer Anbau-Genossenschaft/en. Für solche Social Clubs mit vorwiegend medizinischem Charakter müssen Anbau-Genehmigungen erteilt werden.

Schlussendlich muss eine juristische Duldung medizinisch begründeter Selbstversorger-Maßnahmen erfolgen; ähnlich wie dies in Belgien bei „Trekt uw Plant“ der Fall ist. Hier sind gemeinsam erarbeitete Bestimmungen des Bundesjustizministeriums unter Heiko

Maas und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dringend erforderlich.

6. Sorten-Auswahl – Angebotsvielfalt vergrößern

Die rasch voranschreitende Forschung an medizinischen Cannabis-Sorten zur optimalen Versorgung verschiedener Krankheitsbilder hat weltweit zu einer Sortenvielfalt geführt, welche sämtliche medizinisch genau definierten Symptomkomplexe abdecken kann. Die vier in Deutschland vom Produzenten Bedrocan erhältlichen Sorten können entsprechend nur mit Einschränkung wirksam sein. Mit der Zugabe neu entwickelter medizinischer Sorten im Eigenanbau könnte die Versorgung von Patienten daher enorm optimiert werden.

Der Geschäftsführer von Bedrocan B.V. hat in einem Interview auf arte verlautbart, dass es auch in seinem Sinne sei, wenn es künftige weitere Cannabis-Anbieter zur Versorgung des stetig steigenden europäischen Bedarfs gäbe.

Fazit

Die Gesamtsituation Deutschlands in Sachen Versorgung mit Cannabismedizin im Vergleich zu anderen Ländern wie z.B. USA, Kanada, Niederlande, Spanien muss aufgrund vorliegender Erkenntnisse als gesundheits- und rechtspolitisch **gewollt desolat** und als **erschreckendes medizinisches Entwicklungsgebiet** zugleich bezeichnet werden – einer fortschrittlichen Nation jedenfalls absolut unwürdig.

C 2-8

Diagnosen für Cannabis-Verschreibungen

Mit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19.05.2005 (BVerwG, 3 C 17.04,

<http://www.bverwg.de/190505U3C17.04.0>)

wurde das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gezwungen Anträge zur medizinischen Verwendung von Cannabis zu genehmigen. Seitdem haben laut BfArM für 488 Patientinnen und Patienten beim BfArM Anträge auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Absatz 2 BtMG zum Erwerb von Cannabis zur Anwendung im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie gestellt. 277 Patientinnen und Patienten erhielten eine entsprechende Erlaubnis, davon sind aktuell noch etwa 200 gültig. Die Ausnahmeerlaubnisse wurden für folgende Diagnosen erteilt:

- (chronische) Schmerzen: 149 Patientinnen und Patienten
- Multiple Sklerose: 47 Patientinnen und Patienten
- Tourette-Syndrom: 17 Patientinnen und Patienten
- Depressive Störungen: 21 Patientinnen und Patienten
- ADHS: 21 Patientinnen und Patienten

Weitere Diagnosen:

Blasenkrämpfe nach mehrfachen Operationen im Urogenitalbereich,
Blepharospasmus, Borreliose, Chronische Polyarthritis, Chronisches Schmerzsyndrom nach Polytrauma,
Chronisches Wirbelsäulensyndrom, Epilepsie, Fibromyalgie, Hepatitis C & HIV-Infektion, Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie mit Schmerzzuständen und Spasmen, HWS- und LWS-Syndrom, Kopfschmerzen, Lupus erythematoses, Migraine accompagnée, Migräne, Mitochondriopathie, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Morbus Sudeck, Posner-Schlossmann-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung,

Psoriasis, Reizdarm, Rheuma, Sarkoidose, schmerzhafte Spastik bei Syringomyelie, Systemische Sklerodermie, Tetraspastik nach infantiler Cerebralparese, Thalamussyndrom bei Zustand nach Apoplex, Thrombangitis obliterans, Tinnitus, Urtikaria unklarer Genese, Zervikobrachialgie, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma.

Diese Liste ist nicht vollständig.

Quellen, weitere Informationen sowie Aktualisierungen: <http://www.alternative-drogenpolitik.de/2014/05/12/ausnahmegenehmigungen-fuer-den-erwerb-von-cannabisblueten-aus-einer-apotheke-antraege-diagnosen/>

C 2-9

Astrid Leicht

Prävention der Hepatitis C – die Qualitätsverbesserung der Spritzen- und Konsumutensilien- Angebote ist überfällig!

Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Vergabe von Spritzen und Nadeln an injizierende Drogenkonsumierende neben der Substitutionsbehandlung einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet hat, dass die Verbreitung des HIV auch in Deutschland drastisch verringert werden konnte. Dementsprechend ist die Spritzen- und Nadelvergabe eine der Schlüssel-Maßnahmen für den Infektionsschutz, die von internationalen Organisationen wie der WHO, der UNO oder der EMCDDA empfohlen werden.⁶²

Für die Hepatitis C-Epidemie unter Drogenkonsumierenden gilt die Erfolgsgeschichte nicht.⁶³ Die überwältigende Mehrheit der injizierenden Drogenkonsument/innen weltweit ist mit dem Hepatitis C-Virus in Kontakt gekommen und auch in Deutschland sind mindestens 40 Prozent derjenigen, die dem Virus ausgesetzt waren, chronisch HCV-infiziert.⁶⁴ Warum konnte der Erfolg der HIV-Prävention nicht fortgeschrieben werden?

Das Hepatitis C-Virus (HCV) ist 5 – 20 Mal infektiöser als HIV. Hinzu kommt, dass HCV noch wochenlang sogar in angetrocknetem Blut und auf Oberflächen überlebt und infek-

tiös bleibt.⁶⁵ Das heißt, dass die Weitergabe und Wiederverwendung von gebrauchten Spritzen, Filtern oder Kochern noch Wochen später zu einer Neuinfektion führen kann.⁶⁶ Es liegt also schon in der Natur des Virus selbst, dass eine Übertragung viel leichter erfolgt als bei HIV.

Aber die hohe Infektionsrate unter Drogenkonsumierenden kann man nicht allein der hohen Infektiosität des HCV zuschreiben. Denn spätestens im Jahr 2010, als die WHO die Hepatitis C als „weltweit bedeutendes Gesundheitsproblem“ definiert hat und die Virushepatitis neben HIV, Malaria und Tuberkulose auf die Agenda gesetzt hat, hätten wir auch in Deutschland die existierenden Infektionsschutz-Angebote kritisch auf den Prüfstand stellen müssen. Wie kann es sein, dass trotz einer gut ausgebauten Drogenhilfe, der Substitution und der Spritzenvergabe sich eine solch hohe Infektionsrate entwickeln konnte und wie kann man dem wirksam entgegenarbeiten?

Nach mehr als zwanzig Jahren Erfahrung in der Prävention der Hepatitis C muss der Berliner Träger Fixpunkt⁶⁷ immer wieder feststellen, dass die Spritzen- bzw. Konsumutensilienvergabe⁶⁸ in der Drogen- und Aidshilfe Deutschlands ein Schattendasein führt – Ausnahmen bestätigen die Regel! Nicht nur von der Politik und den Behörden, sondern erschreckenderweise auch von den meisten Drogenhilfe-Trägern wird die Spritzenvergabe allenfalls als Lippenbekenntnis gefordert,

62 WHO, UNODC, UNAIDS: Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision, Geneva 2012

WHO: Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs, Geneva 2012
ECDC & EMCDDA: Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behavior. Stockholm: ECDC; 2011.

63 ECDC, EMCDDA, a.a.O.

64 Robert-Koch-Institut: Epidemiologisches Bulletin 33/12. Berlin 2012

65 Paintsil, Elija et al.: Survival of Hepatitis C Virus in Syringes: Implication for Transmission among Injection Drug Users in: JInfectDis 2010 Oct 1;202(2):984-90

66 Paintsil, Elija et al.: Hepatitis C Virus Maintains Infectivity for Weeks after Drying on Inanimate Surfaces at Room Temperature: Implications for Risks of Transmission in: Journal of Infectious Diseases Advance Access published November 23, 2013

67 Fixpunkt e. V., Berlin, www.fixpunkt.org, siehe auch Leicht („Fixpunkt - Qualitätsentwicklung in der Konsumutensilien-Vergabe“) in diesem Band

68 Die „Konsumutensilienvergabe“ beinhaltet auch Materialien, die zur Entsorgung von infektiösen Gegenständen und zur nicht-injizierenden Drogeneinnahme notwendig und dem Infektionsschutz dienlich sind.

aber weder fachlich noch finanziell angemessen gefördert bzw. ausgestattet.

Obwohl die Spritzenvergabe neben der Substitutionsbehandlung und der HCV-Therapie als Schlüssel-Maßnahme zur Eindämmung der Verbreitung von HIV und Virushepatitiden gilt, gibt es in Deutschland keine Forschung, wie die Effektivität und Effizienz der Spritzen- und Konsumutensilienvergabe ist bzw. wie sie verbessert werden kann.

In den meisten europäischen Ländern – dazu gehört auch Deutschland – gibt es keine standardisierte Datensammlung zu Spritzen- bzw. Konsumutensilienvergabe-Angeboten. Es existieren keine projekt- oder trägerübergreifenden Minimal-Qualitätsstandards.

Neuere Entwicklungen im Konsum- bzw. Risikoverhalten oder lokale Besonderheiten werden nicht als solche evaluiert, diskutiert und in eine Weiterentwicklung der Konsumutensilienvergabe eingearbeitet. Es findet kein nationaler Erfahrungsaustausch zu Modellen guter Praxis statt. Schottland und Australien sind positive Beispiele und Ausnahmen, von denen wir in Deutschland lernen können und müssen!⁶⁹

Derartige und weitere Mängel wurden im Jahr 2010/2011 in einer Untersuchung des IFT, München, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit festgestellt.⁷⁰ Passiert ist seitdem nichts Wahrnehmbares.

Die WHO-Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle der Virushepatitiden⁷¹ sind eine geeignete Basis für die Qualitätsentwicklung. Sie alleine reichen nicht aus, weil sie zu allgemein formuliert sind. Die WHO-Empfehlungen müssen mit nationalen und lokal

spezifizierten „Leitlinien“ konkretisiert und an nationale oder lokale Gegebenheiten angepasst werden.

Im Jahr 2013 hat das Australian National Council on Drugs eine Stellungnahme veröffentlicht, in der Faktoren genannt werden, die die Spritzenvergabe-Angebote verbessern und die auch in Deutschland handlungsleitend sein können.⁷²

Folgende Punkte erscheinen aus Sicht von Fixpunkt wichtig für die längst überfällige Qualitätsentwicklung in der Konsumutensilienvergabe in Deutschland:

- Die Angebote werden von Regierungsvertretern, Zuwendungsgebern, der Polizei und den durchführenden Einrichtungen samt Personal als eine effektive Maßnahme des Infektionsschutzes gesehen.
- Es gibt unterschiedliche Formen von Spritzen- und Konsumutensilienvergabe-Angeboten, z. B. Materialausgabe in Kontakt- und Beratungsstellen, peer-gestützte Vergabe, Apotheken-Vergabe, Spritzenautomaten, mobile Vergabe und Spritzenverfügbarkeit in Haft.
- Das Angebot und das verfügbare Sortiment all dieser Vergabestellen entsprechen den Bedürfnissen der Konsument/innen, und zwar auch derjenigen, die nicht spritzen.
- Das Personal, das die Konsumutensilien ausgibt, ist gut ausgebildet, in der Lage, sich zielgruppenadäquat zu verhalten und Aspekte wie Stigma, Gender und kulturelle Diversität zu berücksichtigen.
- Das Angebot beinhaltet qualifizierte und auf das Individuum zugeschnittene motivierende Informations- und Beratungsangebote. Diese beziehen sich darauf, wie die Konsumutensilien benutzt und wie sie nicht benutzt werden sollen und wie Gesundheitsschäden beim Drogenkonsum verringert oder gar ausgeschlossen werden können.

⁶⁹ Scottish Government: Guidelines for services providing injecting equipment. Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh: Scottish Government, March 2010

⁷⁰ Flöter, S. et al.: Prävention von Infektionskrankheiten bei injizierenden Drogenkonsumenten in Deutschland, IFT München, 2011

⁷¹ WHO: Prevention and Control of Viral Hepatitis Infection: Framework for Global Action, WHO Geneva 2012

UNAIDS. Getting To Zero 2011 – 2015 Strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 2010

⁷² Australian Nation Council on Drugs: Position paper Needle and Syringe Programs, 17th of October 2013

- Zusätzliche Angebote zum Infektionsschutz sind verfügbar, insbesondere HIV- und HCV-Schnelltests, Impfung gegen Hepatitis A und B, Konsumkontroll- bzw. Reduktionsangebote, Überdosen-Prävention und Interventionen, mit denen der Wechsel zu nicht-injizierenden Konsumformen gefördert wird.
- Beratung und Vermittlung zur Substitution, Suchttherapie und medizinische Behandlung mit Schwerpunkt HCV-Behandlung werden angeboten.

Das Wichtigste und offensichtlich Schwierigste ist, bei den Stakeholdern überhaupt ein Interesse und ein Bewusstsein für die Bedeutung der Konsumutensilienvergabe für den Infektionsschutz zu wecken.

Angesichts des Quantensprungs in der Medizin, die die hundertprozentige Heilung der Hepatitis-C-Infektion in Aussicht stellt, muss die Konsumutensilien-Vergabe zur Prävention von (Neu-)Infektionen endlich die Aufmerksamkeit erhalten, die ihr gebührt!

C 2-10

Dirk Schäffer und Urs Köthner

Drogenkonsumräume retten Menschenleben

Vor fast genau 20 Jahren eröffneten in Hamburg und Frankfurt die ersten Drogenkonsumräume Deutschlands. Die rechtliche Grundlage für die Einrichtung dieser Räumlichkeiten bis zur Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2000 bildete das Rechtsgutachten des damaligen Frankfurter Oberstaatsanwalts Dr. Körner, dem Leiter der Zentralstelle zur Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität.

Dass in diesen Räumlichkeiten Drogengebrauchern keine Gelegenheit verschafft wird, Drogen zu konsumieren, sondern nur „die Möglichkeit“ geboten wird, die bereits mitgebrachten Substanzen „hygienisch und stressfrei“ zu konsumieren, war damals eine Minderheitenmeinung. Sie diente allerdings bis zur bundesgesetzlichen Regelung im Jahre 2000 als ausreichende Rechtsgrundlage für die Einrichtung von Drogenkonsumräumen in Frankfurt, Hamburg, Hannover (1997) und Saarbrücken (1999).

Erst mit der Einfügung des §10a BtMG durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28. März 2000 wurde für den Betrieb von Drogenkonsumräumen in Deutschland eine rechtliche Grundlage geschaffen, die die bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Rechtsunsicherheit beseitigte.

Aufgrund der in Deutschland bestehenden föderalen Strukturen bedarf der Betrieb eines Drogenkonsumraums einer Erlaubnis der zuständigen obersten Landesbehörde (§ 10a I 1 BtMG). Somit bleibt eine Einrichtung von Drogenkonsumräumen zunächst vom politischen Willen der jeweiligen Landesregierung abhängig. Kommunale Interessen können ohne den politischen Willen des Landes nicht realisiert werden.

Inzwischen sind 24 Drogenkonsumräume in 15 Städten und sechs Bundesländern (Berlin,

Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Saarland) in Betrieb.

Die bislang erzielten Ergebnisse der Drogenkonsumräume (DKR) sind beeindruckend. Alle intendierten Zielsetzungen wurden erreicht, ungeachtet der Tatsache, dass noch Entwicklungsaufgaben anstehen:

- DKR leisten einen entscheidenden Beitrag zur Überlebenshilfe und Risikominimierung beim Konsum illegalisierter Drogen. Durch hygienische Konsumbedingungen, Vermittlung von Safer-Use-Regeln und erste Hilfe vor Ort wird Notfällen vorgebeugt und werden Infektionsrisiken wie HIV und Hepatitiden minimiert.
- Seit der Eröffnung des ersten Drogenkonsumraums vor 20 Jahren konnten Drogentodesfälle, z.B. infolge einer Überdosis, durch Erste-Hilfe-Maßnahmen gänzlich vermieden werden.
- DKR bieten mit ihren niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Kontaktmöglichkeiten eine Brückenfunktion in weiterführende Angebote. Der positive Kontakt, geprägt durch die „Dienstleistung“ des Drogenkonsumraums, öffnet den Raum für weiterführende Hilfen insbesondere für solche Drogenkonsumenten, die vorher schwer erreicht wurden.
- Durch das direkte Erleben des Szenegeschehens und der Konsumgewohnheiten bekommt die Drogenhilfe einmal mehr die Möglichkeit, ihre Angebote zielgruppen- und regionalspezifisch auszurichten.
- DKR leisten einen wesentlichen Beitrag bei der Reduzierung von Problemen durch offene Drogenszenen in den Städten.

.... aber warum gibt es Drogenkonsumräume eigentlich nicht in allen Bundesländern?

Trotz der dargestellten erfolgreichen Arbeit von Drogenkonsumräumen kann 14 Jahre nach der Veränderung des Betäubungsmittelgesetzes kein durchweg positives Fazit gezogen werden. So hat sich die große Mehrzahl der Bundesländer (10 von 16) aus politisch-ideologischen Gründen oder aus der Einschätzung eines fehlenden Bedarfs bisher gegen die Einrichtung von Drogenkonsumräumen ausgesprochen.

Im Hinblick auf dringend notwendige Maßnahmen zur Überlebenssicherung wirken sich diese überkommenen Ideologien und fehlenden Fachkompetenzen, z.B. im Fall der bayerischen Landesregierung, in fataler Weise aus.

Die bereits in den Jahren 2006 bis 2009 exorbitant hohe Zahl von drogenbedingten Todesfällen in Bayern (2006: 191 Tote, 2007: 242 Tote, 2008: 247 Tote, 2009: 250 Tote) erreichte 2010 mit 262 Todesfällen ihren unerfreulichen Höhepunkt ⁷³. Nach einer drastischen Abnahme der Todesfälle im Jahr 2011 (177) stieg die Prävalenz von Drogentodesfällen bereits im Folgejahr 2012 wieder auf unglaubliche 213 Todesfälle, zumeist infolge von Opiatüberdosierungen.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung führt Nürnberg die traurige Statistik der Städte an, in denen die meisten Drogen gebrauchenden Menschen, u.a. aufgrund fehlender Drogenkonsumräume, einen sinnlosen und vermeidbaren Tod in Bahnhofstoiletten, Parkanlagen oder der eigenen Wohnung sterben. Dort hat sich die Zahl der Drogen bedingten Todesfälle von 2005 zu 2010 nahezu verfünffacht (6 zu 29) und bewegt sich weiterhin auf einem sehr hohen Niveau.

Trotz der seit vielen Jahren fast kontinuierlich abnehmenden Prävalenzraten von Drogentodesfällen wird auch in anderen Bundesländern und deren größten Städten ein dringender Handlungsbedarf deutlich. So besteht keinerlei Zweifel am immer noch viel zu hohen Niveau von 127 drogenbedingten Todesfällen im Jahr 2012 in Baden Württemberg. Es wäre jedoch zu einfach, die Versäumnisse immer nur bei der Landespolitik zu suchen. Während in München und Nürnberg die Drogen- und AIDS-Hilfen unermüdlich den Bedarf für Drogenkonsumräume auf unterschiedlichen Ebenen kommunizieren, zeigt sich die Drogenhilfe in Stuttgart als eher desinteressiert, wenn es um das Thema „Drogenkonsumräume“ geht. Auch die erfolgreichen Bemühungen um die Implementierung der Diamorphinbehandlung in Stutt-

gart (Beginn April 2014) dürfen hier nicht als Entschuldigung gelten.

Anpassungen der Rechtsverordnungen sind dringend geboten

Aber auch in jenen Bundesländern und Städten, in denen es Drogenkonsumräume gibt, zeigen sich Defizite, die eine Anpassung der Rechtsverordnung erforderlich machen. So hat der AK Konsumraum, eine seit dem Jahr 2000 offene Arbeitsgemeinschaft aller Betreiber von Drogenkonsumräumen in Deutschland, bereits 2011 folgende Veränderungsnotwendigkeiten festgestellt:

- Aufgrund fehlender Finanzen entsprechen sowohl die Öffnungszeiten als auch die Anzahl der vorgehaltenen Konsumplätze (3-20 Plätze) häufig nicht dem Bedarf. Damit Drogenkonsumräume ihre Potenziale entfalten können, müssen sie mit entsprechenden Finanzen ausgestattet werden, um Öffnungszeiten auszuweiten und Konsumplätze zu erhöhen.

- In einigen Drogenkonsumräumen ist der inhalative Konsum untersagt, da es an entsprechenden Vorkehrungen wie separaten Rauchräumen mit Abluftanlagen fehlt. Trotz der erheblichen Belastungen der Atemwege durch den Rauchkonsum ist der inhalative Konsum im Gegensatz zum i.v. Konsum – gemessen an den Indikatoren ‚Überdosierung‘ und ‚virale Infektionen‘ – deutlich weniger riskant. Daher gilt es die gesetzliche Beschränkung dieser Applikationsform zu revidieren.

Von der Nutzung ausgeschlossene Personengruppen

Durch Landesverordnungen wird der Zugang zum Drogenkonsumraum zum Beispiel dann verweigert, wenn der Wohnort in der jeweiligen Stadt nicht nachgewiesen werden kann. So kann konsumentschlossenen Drogenkonsumenten aus den umliegenden Städten und Gemeinden, Personen ohne Meldeadresse oder nach Haftentlassung der Zutritt verwehrt werden.

Besonders problematisch ist der Ausschluss von substituierten Personen aus dem Kreis

⁷³ Falldatei Rauschgift, www.bka.de

der Nutzungsberechtigten: Die langjährigen Erfahrungen mit dieser Behandlungsform zeigen, dass in dieser Klientel ein Konsum von Alkohol und Medikamenten sowie anderen illegalisierten Substanzen praktiziert wird.

Da dieser Konsum im Rahmen der Substitution eine Potenzierung gesundheitlicher Gefährdungen darstellen kann, ist es zwingend geboten, dass alle Rechtsverordnungen dem Hamburger Beispiel folgen und auf die Nennung von Substituierten bei dem auszuschließenden Personenkreis verzichten.

Es sollte allen konsumentgeschlossenen Personen der Zutritt zum Drogenkonsumraum gewährt werden.

Erlaubte und verbotene Substanzen

In den jeweiligen Rechtsverordnungen werden erlaubte Substanzen wie z.B. Opiate, Kokain, Amphetamine und deren Derivate benannt. Nicht aufgeführte, aber im Konsumspektrum von polyvalent Konsumierenden benutzte Substanzen wie z.B. Benzodiazepine oder andere Arzneimittel/Medikamente sind im Drogenkonsumraum vielfach nicht erlaubt. Die Abweisung dieser Konsumbedürfnisse führt in der Regel zum Konsum im Umfeld, mit allen bekannten Risiken. Gerade dieser „Risikokonsum“ sollte in einem Drogenkonsumraum stattfinden, da dort Erste-Hilfe-Maßnahmen, Einfluss- und Vermittlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Dementsprechend steht eine umfassende Revision der Länderverordnungen an. Aufgrund der Tatsache, dass Drogenkonsumräume einen entscheidenden Beitrag zur Überlebenshilfe leisten und Drogentodesfälle in hoher Zahl vermeiden, gilt es die Ausweitung dieses Angebots zu unterstützen. Hierbei sind neben der Politik insbesondere die Einrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfe gefragt, den Bedarf deutlich zu artikulieren.

Literatur

Drogenkonsumräume in Deutschland – Eine Bestandaufnahme, Deutsche AIDS-Hilfe e.V., akzept und AK Konsumraum, 2011

http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07web.pdf

<http://drogenkonsumraum.net/>

Drogennotfälle in Drogenkonsumräumen 2013

Im Rahmen des jährlichen Treffens des Arbeitskreises Drogenkonsumräume (AK Konsumraum), an dem MitarbeiterInnen aus fast allen Drogenkonsumräumen und Drogentherapeutischen Ambulanzen in NRW teilnehmen, gelang es, ein bundesweit einheitliches Dokumentationssystem für Drogennotfälle zu erarbeiten.

So wurde die Basis dafür geschaffen, bundesweite Daten z.B. zur Anzahl, den Orten und Schweregraden von Drogennotfällen zu erheben. Darüber hinaus bietet die Dokumentation die Möglichkeit, Risikofaktoren für Intoxikation zu erkennen sowie Symptome und Maßnahmen im Notfall abzubilden.

Für das Jahr 2013 liegen Daten aus 18 Einrichtungen und 15 Städten vor. Von den insgesamt dokumentierten 584 Drogennotfällen betrafen 77% (450) Männer und 23% (134) Frauen.

Opiate - Hauptursache für Todesfälle

Von den für das Jahr 2013 insgesamt dokumentierten 584 Drogennotfällen wurde in 392 Fällen Heroin als die Substanz definiert, die mutmaßlich für das Eintreten des Notfalls verantwortlich war.

Schweregrad von Drogennotfällen

Für insgesamt 503 Notfälle wurden Angaben zum Schweregrad gemacht. Während 309 Drogennotfälle (61,5%) als leicht oder mittelschwer eingestuft wurden, wiesen 194 Drogennotfälle (38,5%) schwere und lebensbedrohliche Merkmale auf.

Bei schweren Notfällen sind die Vitalfunktionen (Bewusstsein, Atmung, Kreislauf) lebensbedrohlich gefährdet und eine Unterstützung durch den Rettungsdienst/Notarzt sowie ein Transport ins Krankenhaus wird notwendig.

Nach Einschätzung der im Konsumraum tätigen MitarbeiterInnen wären diese schweren Drogennotfälle potenziell tödlich verlaufen, wenn sich die Konsumenten alleine im häuslichen Umfeld oder im öffentlichen Raum befunden hätten.

Drogenkonsumräume haben also im letzten Jahr fast 200 Menschen das Leben gerettet. Dies wäre auch in München, Stuttgart, Kiel, Mannheim, Leipzig, Bremen und anderen Städten möglich.

C 2-11

Ralf Gerlach und Heino Stöver

„Psychosoziale Betreuung“ in der Opioid-Substitutionsbehandlung

Die Opioid-Substitutionstherapie (OST) ist heute - mit nur noch wenigen Ausnahmen (etwa Russland) - weltweit die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen. Ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ist auch in Deutschland wissenschaftlich belegt. Die Kombination von medizinischer und pharmakologischer Behandlung mit psychosozialer Unterstützung erhöht nach aktuellem Wissensstand ihren Wirkungsgrad. Ein im internationalen Vergleich vorwiegend deutsches Spezifikum stellt jedoch die rechtsverbindliche Verknüpfung des medizinischen Teils der Behandlung mit psychosozialen Interventionsformen dar, die gemeinhin unter dem Titel „Psychosoziale Betreuung“ (PSB) geführt werden. In der Praxis erweist sich dieses rechtsverankerte Koppelungsmodell allerdings nicht selten als Hemmnis zur Behandlungsaufnahme oder -fortführung einer zum Teil lebensrettenden Therapie (Gerlach & Stöver 2009).

Unschärfe Definition von „PSB“

PSB ist ein Sammelbegriff für eine breite Palette möglicher psychologischer und sozialpädagogischer Maßnahmen, die idealiter am individuellen Patientenbedürfnis ressourcenorientiert und genderspezifische Aspekte berücksichtigend ausgerichtet werden.

Obwohl rechtlich und fachlich eingefordert, fehlt nach 25 Jahren Substitutionsbehandlung in Deutschland noch immer eine klare Definition dessen, wie dieses für den nicht-medizinischen Teil der Behandlung verwendete Standardkürzel arbeitsinhaltlich und methodisch ausgestaltet werden soll:

Bundeseinheitlich akzeptierte fachliche Leitlinien seitens der Kostenträger und Leistungserbringer fehlen. So konnten sich auch die in der DHS zusammengeschlossenen Verbände nicht auf die Verabschiedung eines gemeinsamen Konsenspapieres zur PSB einigen. Es

bestehen lediglich ältere Versionen von Leitlinien von Fachverbänden (akzept e.V.; FDR) oder eher regional ausgerichtete Empfehlungen: So hat die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer vorgelegt (Resing et al. 2014).

Allgemein gilt, dass im Zielfokus psychosozialer Unterstützungsangebote die Förderung eines menschenwürdigen, selbständigen Lebens unter psychosozialer und gesundheitlicher Stabilisierung steht (Normalisierung, Wiedereingliederung und Teilhabe).

Heterogene Versorgungslage

Zwar heißt es in den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010: *„Gegenstand der psychosozialen Maßnahmen ist es, die Erreichung der individuellen Therapieziele durch geeignete Hilfen zu befördern. Dies erfordert die Einbeziehung von Einrichtungen und Professionen des Suchthilfesystems. Eine psychosoziale Betreuung (PSB) erfolgt nach den von der Drogenhilfe erarbeiteten Standards. Art und Umfang richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre Verfügbarkeit ist von den zuständigen Kostenträgern sicherzustellen.“* (Bundesärztekammer, 2010, S. 512)

Die konkrete Praxisumsetzung von PSB (Organisation und Finanzierung) gestaltet sich jedoch äußerst heterogen und ist durch eine Vielzahl an konzeptionellen Ansätzen gekennzeichnet, die sich bezüglich Inhalt, Zielfokus, Bedeutung, Stellenwert, Organisation, aber auch Finanzierung teils sehr deutlich voneinander unterscheiden. Menschenbild, Suchtverständnis und therapeutische Haltung der einzelnen Träger und Mitarbeiter führen zu unterschiedlichen Angeboten. Daneben haben sich differierende Organisationsformen entwickelt, in denen die Substitution und PSB angeboten wird (Schwerpunktpraxen, Hausarztpraxen, Substitutionsambulanzen, einzelfallfinanzierte aufsuchende PSB, pauschalfinanzierte Suchtberatungsstellen in Kooperation mit Ärzten etc.).

Die psychosoziale Betreuung – in ihrer spezifischen Organisationsform in Deutschland – wurde jedoch nie umfassend auf ihre Effizienz und Nachhaltigkeit hin überprüft. Die Versorgungslage reicht von niedrigschwelligen, an Harm Reduction bis zu hochschwelligen an Abstinenz orientierten Betreuungsangeboten. Auch die Handhabung des Nachweises einer PSB zu Beginn und im Verlauf einer OST variiert regional, aber auch oft innerhalb einer Stadt erheblich und hängt maßgeblich von den Einstellungen der substituierenden Ärzte und der örtlichen Drogenhilfeträger ab, was in einer großen Variationsbreite der Versorgungsqualität resultiert. Versorgungsdiskrepanzen bestehen insbesondere zwischen urbanem und ländlichem Raum, sowie Freiheit und Haft.

Aktueller Forschungsstand

Der überwiegende Teil der Studien zur Evidenz-Basierung von PSB stammt aus dem US-amerikanischen Raum. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse für die Bedingungen in Deutschland unterliegt daher erheblichen Einschränkungen. Unter diesem Vorbehalt lässt sich zusammenfassen, dass eine Kombination von pharmakologischer Behandlung mit psychosozialen Interventionen, vor allem Beratungsangeboten, Verhaltenstherapie und Contingency Management, bessere Ergebnisse in Bezug auf Haltequote, Compliance, Reduktion des primären Substanzgebrauches, psychiatrischer Symptomatik und der Schwere der Abhängigkeit aufweist, als eine pharmakologische Behandlung allein (Wessel 2009). In Deutschland liegt bisher allerdings keine differenzierte Forschungsarbeit vor, die für Ausgestaltung, Zeitpunkt, Zeitdauer und Intensität der PSB realistische Planungsgrößen liefern könnte.

Die deutsche Heroinstudie zeigt, dass die Nutzer der PSB günstigere Behandlungsergebnisse zeigen als Nichtnutzer. Das Problem bei einer heterogenen Patientenschaft ist, dass es keine Hinweise darauf gibt, welche Betreuungsformen und psychosoziale Interventionen für welche Klientengruppen wann indiziert sind und wie lange durchgeführt werden müssen.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Therapie Opiatabhängiger

Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (G-BA-Richtlinie) hat der Arzt ein Therapiekonzept zu erstellen, das die Ermittlung des Hilfebedarfs an PSB durch eine psychosoziale Drogenberatungsstelle beinhalten muss. Der Dokumentation des Arztes muss darüber hinaus eine aktuelle schriftliche Bestätigung der psychosozialen Beratungsstelle über die Aufnahme, die Fortführung oder die Nichterforderlichkeit einer PSB beigefügt werden. In vielen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen ist es mittlerweile aber Routinevorgehen, einer OST zu Lasten der GKV nur dann durch die zuständige KV-Kommission zustimmen zu lassen, wenn der Nachweis einer *stattfindenden* PSB erfolgt.

Praxisproblem Therapiezugang

Der Zugang zu einer OST wird oftmals allein schon deshalb erschwert, weil in vielen Regionen Deutschlands (z. B. in den neuen Bundesländern und in ländlichen Bereichen) PSB gar nicht in Anspruch genommen werden kann, da entweder keine Unterstützungsstellen existieren oder weil diese z.T. lange Wartelisten führen. Darüber hinaus geschieht es nicht selten – im krassen Gegensatz zu Patienten mit anderen Krankheitsbildern –, dass Patienten von der Behandlung ausgeschlossen werden, wenn sie keine PSB in Anspruch nehmen wollen. Mit dem Junktim ("Nur-wenn-dann...") bzw. der Kopplung oder mit der Vorschaltung eines psychosozialen Filters in Form von Clearingverfahren vor Behandlungseintritt wird Opioidabhängigen der ohnehin schwierige Zugang zu einer international anerkannten medizinischen Behandlung ihrer Krankheit oftmals verwehrt bzw. er verzögert sich krankheitsunangemessen lang. Die OST ist z.T. (über-)lebenswichtig; sie sollte deshalb begonnen werden, wenn die ärztliche Indikation gestellt und die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, und nicht verschoben werden auf einen Zeitpunkt der Klärung des

psychosozialen Betreuungsbedarfs. Diese Klärung kann später erfolgen, sie ist nicht lebensnotwendig wichtig.

Praxisproblem Kooperation

Die gezielte Koordinierung unterschiedlicher fachlicher Kompetenzen ist die zentrale Aufgabe von PSB-Fachkraft und Arzt in der OST. Beide müssen die sozialen und die medizinischen Krankheitsfaktoren in ihr Behandlungskonzept integrieren, sie müssen die zersplitterte Zuständigkeit verschiedener Institutionen, Organisationen und Ämter für den Klienten/Patienten überbrücken und jeweils die Aspekte der anderen Profession im Auge behalten. Zwar existieren mancherorts gut funktionierende interdisziplinäre multiprofessionelle Kooperationsformen zwischen Drogenhilfe und substituierenden Ärzten unter gegenseitiger Respektierung der jeweiligen Profession und fachlichen Kompetenz, doch sind diese positiven Erfahrungen keineswegs generalisierbar, denn nach wie vor gibt es vielerorts noch gravierende Kooperationsmängel. Mögliche Gründe sind u.a. fehlende zeitliche Ressourcen, mangelndes Interesse, Überforderung und fachliche Konflikte.

Tatsächlich treten nicht selten schwerwiegende Kompetenz-Konflikte auf, die sich sogar gelegentlich quasi zu einer "Zero-Kooperation" ausprägen, wobei entweder Drogenberatungsstellen von bestimmten Ärzten prinzipiell keine Klienten mehr übernehmen oder Ärzte zu bestimmten Beratungseinrichtungen strikt keine Patienten mehr vermitteln. Omnipotenzgehebe auf beiden Seiten ist angesichts der herausragenden Bedeutung der Substitutionsbehandlung für die Überlebenssicherung von Opiatabhängigen jedoch völlig unangemessen.

Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die in 2009 aktualisierten WHO Guidelines für Substitutionsbehandlungen legen zwar ein besonderes Gewicht auf die Kombination pharmakologischer Behandlungen mit psychosozialen Unterstützungsangeboten, da sich dies als den Behandlungserfolg fördernd erwiesen hat, allerdings wird mit Nachdruck

hervorgehoben, dass die Hilfsangebote auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten und die Teilnahme daran *freiwillig* sein sollen (WHO 2009). Die Nicht-Teilnahme an PSB darf demnach keinen Behandlungsabbruch bedingen oder die Therapieaufnahme verhindern!

Richtlinien der Bundesärztekammer

Auch die aktuell geltenden Bundesärztekammer-Richtlinien aus 2010 gehen auf den Stellenwert der PSB in der OST ein: *„Eine Opiatabhängigkeit wird in der Regel von psychischen und somatischen Erkrankungen sowie psychosozialen Problemlagen begleitet. Sie erfordert daher für ihre Behandlung die Vorhaltung sowie Einbeziehung entsprechender Maßnahmen.“*

Und folgerichtig: *„Psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung sollen laufend koordiniert werden. Der substituierende Arzt wirkt darauf hin, dass die aktuell erforderlichen begleitenden Maßnahmen in Anspruch genommen werden.“*

Und schließlich: *„Zur Abwehr akuter gesundheitlicher Gefahren kann die Substitution ausnahmsweise auch dann erfolgen, wenn und solange eine psychosoziale Betreuung nicht möglich ist.“* Wenn diese Richtlinien zwar nur bedingt den WHO-Guidelines folgen, so ist mit dieser Neubewertung dennoch ein erster wichtiger Schritt zum Verlassen der deutschen Sonderposition unternommen worden, wird doch zumindest der Druck aus der nach wie vor als notwendig erachteten Verquickung von PSB und OST entschärft.

Empfehlungen

Auf der Grundlage bisher vorliegender Studienergebnisse und Praxiserfahrungen sind folgende Maßnahmen für eine psychosozial-unterstützte OST zu empfehlen:

- Rechtliche Entkoppelung von pharmakologischer Behandlung und PSB;
- Rechtsanspruch für die Patienten auf Wiedereingliederung und Teilhabe i.S.d. SGB II und XII, d.h. die Abgabe des Substituts ist mit dem Angebot psychosozialer Unterstützung zu kombinieren, wobei allerdings die Nicht-Teilnahme an PSB

weder die Behandlungsaufnahme verzögern noch zum Behandlungsabbruch führen darf. Dieses Angebot (bei Nicht-Inanspruchnahme) ist periodisch zu überprüfen und evtl. zu erneuern;

- Die angemessene Form der psychosozialen Intervention/Unterstützung beruht auf umfassender Abklärung und individueller Behandlungsplanung in Absprache mit den Patienten;
- Forschung zur Effizienz und Effektivität von PSB;
- Qualifizierung ("Fachkundenachweis") für Professionelle, die PSB anbieten
- Regelmäßige gemeinsame Qualitätszirkel aller beteiligten Fachrichtungen/Professionen
- Erarbeitung verbandsübergreifender, bundeseinheitlicher Leitlinien.

Literatur

Bundesärztekammer (2010) Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger vom 19.02.2010. In: Deutsches Ärzteblatt. 107. Jahrgang, Nr. 11. S. 511-516.

Gerlach R, Stöver H (Hrsg.) (2009): Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus

Resing M., Stürmer M., Steininger S., Wiggenhauser K. (2014): Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter opiatabhängiger Frauen und Männer. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen hat 5.vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2014

http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/BAS_EmpfehlungenPSB_2014.pdf

Wessel T (2009): Welche Bedeutung haben die neuen Guidelines der WHO für die PSB-unterstützte Substitutionsbehandlung? Vortrag auf Akzept e.V. Substitutionsbehandlung 2009, Berlin 2.12.2009

WHO (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organisation. Geneva

C 2.1 Beispiele Guter Praxis

C 2.1-2

Sandra Köhler

Drogenabhängige suchen Kontakt zum normalen Leben – BuddyCare verbindet Menschen und Lebenswelten

„Es wäre so schön, mal was anderes zu erleben“

„Manchmal guck’ ich zu, wie die Leute im Straßencafé sitzen und sich einfach miteinander unterhalten. Sie essen Eis oder trinken Kaffee. Das sieht schön aus. So entspannt. So normal.“

Jessica, 32 Jahre alt

„Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass jemand freiwillig mit mir ins Kino oder Theater geht. Aber vielleicht habe ich ja Glück.“

Frank, 46 Jahre alt

„Ich weiß eigentlich gar nicht genau, was mir Spaß machen würde. Das hab ich wohl irgendwie verlernt. Ich bin total gespannt, wen und was ich kennenlernen werde.“

Markus, 24 Jahre alt

BuddyCare – Was ist das?

Die Integrative Drogenhilfe e.V. in Frankfurt am Main startete BuddyCare im Jahr 2009 als erstes Projekt seiner Art in der Bundesrepublik. Das Konzept basiert auf den Erkenntnissen der in den Niederlanden seit Jahren erfolgreich laufenden Buddy-Projekte. Es ermöglicht regelmäßige Kontakte und Begegnungen zwischen Drogenabhängigen und ganz normalen Menschen.

Schirmherrin von BuddyCare ist Rosemarie Heilig, Dezernentin für Umwelt und Gesundheit der Stadt Frankfurt/M.

Als Projektpatin engagiert sich Steffi Jones, Direktorin für Frauen- und Mädchenfußball beim DFB.

Was möchten wir mit BuddyCare bewirken?

- Wir ermöglichen drogenabhängigen Menschen die für sie so wichtigen sozialen

Kontakte außerhalb ihres gewohnten Lebensbereichs und der Drogenszene.

- Wir bieten sozial engagierten Bürgerinnen und Bürgern aus Frankfurt und Umgebung die Gelegenheit, eine sinnvolle ehrenamtliche Tätigkeit zu übernehmen, die mit den eigenen Hobbys und Interessen gut zu verbinden ist.

Warum haben wir BuddyCare entwickelt?

Für drogenabhängige Menschen gibt es vielfältige professionelle Hilfe: z.B. unterschiedliche niedrigschwellige Angebote, Beratungsstellen, Substitutionsprogramme, medizinische und psychosoziale Betreuung, therapeutische Unterstützung. Durch diese Angebote können sich viele Drogenabhängige wieder stabilisieren und neue Lebensperspektiven entwickeln. Die TeilnehmerInnen des BuddyCare-Projekts sind bereits auf einem guten Weg. Sie brauchen aber zusätzlich noch eine ganz andere Art der Unterstützung: Soziale Kontakte außerhalb der Drogenszene und jenseits professioneller Hilfen. Einfach von Mensch zu Mensch. Aber aufgrund ihrer belasteten Vergangenheit und dem jahrelangen Dasein am Rande der Gesellschaft haben sie erhebliche Hemmschwellen und Ängste, selbst auf andere Menschen zuzugehen. Viele haben den Kontakt zu Familie und Freunden verloren. Sie fühlen sich einsam und vom gesellschaftlichen Miteinander isoliert und ausgegrenzt. Dabei wollen sie sehr gerne ein bisschen Normalität erleben, wieder mehr dazugehören. BuddyCare will hier eine soziale Brücke schlagen zwischen Menschen und ihren völlig unterschiedlichen Lebenswelten.

Bei der Begleitung durch einen Buddy steht daher immer „der Mensch“ im Vordergrund des Kontaktes und nicht „der Drogenabhängige“. Ebenbürtigkeit und Geselligkeit stehen an erster Stelle. Die durch BuddyCare entstehenden neuen Kontakte, Erlebnisse und Erkenntnisse schaffen Selbstvertrauen und stärken das Selbstwertgefühl der Drogenabhängigen.

Was ist ein Buddy?

Buddys interessieren sich für drogenabhängige Menschen, sind offen für deren

Lebenswelt und für neue Erfahrungen. Ein Buddy ist freiwillig ehrenamtlich tätig und bietet einem drogenabhängigen Menschen für einen bestimmten Zeitraum seine freundschaftliche Begleitung an: soziale, emotionale und praktische Unterstützung. Buddys übernehmen keine sozialarbeiterischen Tätigkeiten für Drogenabhängige, sondern verstehen sich als wertvolle Ergänzung zu professionellen Hilfen. Sie teilen ihre Freizeit für einige Stunden mit den TeilnehmerInnen, erweitern damit deren Erlebnishorizont und vermitteln ihnen ein Stück Lebensqualität. Bei einer Buddybegleitung geht es immer um den Kontakt auf Augenhöhe – von Mensch zu Mensch.

Ein Buddy und sein/e Projekt-TeilnehmerIn treffen sich über den Zeitraum von einem Jahr in der Regel einmal pro Woche und überlegen gemeinsam, was sie unternehmen wollen: einen Spaziergang, einen Kaffee trinken oder ins Kino gehen, ein gutes Gespräch führen, einen Museumsbesuch, ein Picknick im Park, eine kleine Radtour, zusammen etwas kochen – einfach Kontakt halten, Zeit gemeinsam verbringen und ansprechbar sein.

Was bietet die idh den Buddys?

- ein ausführliches Erstgespräch
- ein zweitägiges Basistraining zur Vorbereitung auf die Tätigkeit
- eine monatlich stattfindende angeleitete Buddygruppe zur Praxisreflexion
- eine Ansprechperson bei allen Fragen rund um die Buddytätigkeit
- Einzelberatung bei auftretenden schwierigen Situationen
- ein Budget zur Erstattung der Auslagen für die Teilnehmenden
- die Erstattung von Fahrtkosten
- Versicherungsschutz (Haftpflicht und Unfall)
- jede Menge neue Erfahrungen.

Was sind die bisherigen Erfahrungen?

Die Resonanz auf das Projekt BuddyCare ist von Seiten der Buddys wie auch der TeilnehmerInnen sehr positiv.

Anfängliche Unsicherheiten im Kontakt (insbesondere von Seiten der Drogenabhängigen) lösen sich in der Regel schnell auf,

Gemeinsamkeiten werden entdeckt, Vertrauen entsteht.

Der regelmäßige Kontakt und die gemeinsamen Unternehmungen sind für die TeilnehmerInnen oft der Höhepunkt der Woche. Sie erleben zusammen mit ihrem Buddy ein Stück Normalität, entdecken neue Interessen, fühlen sich akzeptiert. Die TeilnehmerInnen werden selbstsicherer im Umgang mit anderen Menschen, gewinnen zunehmend an Selbstbewusstsein und machen die Erfahrung, dass man ohne Drogen eine gute Zeit erleben kann.

Die Buddys erleben in dem Kontakt hautnah, wie sehr sich die Lebenswelt ihres Gegenübers von ihrer eigenen unterscheidet – und wie viel sie dennoch miteinander verbindet.

Im Laufe des Jahres entstehen oft sehr freundschaftliche Beziehungen, die auch nach Abschluss einer Buddybegleitung weiter bestehen.

BuddyCare



Gemeinsam was erleben

integrative **drogenhilfe** e.V. 

C 2.1-3

Fixpunkt - Verein für suchtbegleitende Hilfen
e. V., Berlin, Astrid Leicht

Qualitätsentwicklung in der Konsumutensilien-Vergabe

Die Vergabe von Konsumutensilien für Menschen, die injizierbare Drogen konsumieren, gilt bei Fixpunkt als qualifizierte Tätigkeit und wird dementsprechend von Fachpersonal (Sozialarbeiter/innen, Pflegefachkräften) oder entsprechend gut eingearbeiteten Unterstützungskräften geleistet. Die Vergabe ist stets gekoppelt an ein individuell ausgerichtetes Informations- und Beratungsangebot zum Safer Use und Safer Sex.

Als Resultat eines mehrjährigen Entwicklungsprozesses hat Fixpunkt in den letzten zwei Jahren die Modalitäten der Konsummaterialvergabe verändert und damit einen „Paradigmenwechsel“ eingeleitet. Basierte in früheren Jahren die Vergabe von sterilen bzw. hygienischen Materialien auf einem mehr oder weniger strikten „Eins-zu-Eins“-Tauschprinzip, eruieren der oder die Konsument/in gemeinsam mit dem oder der Fixpunkt-Mitarbeiter/in nun den tatsächlichen individuellen Bedarf. Kriterien hierfür sind z. B. die Häufigkeit der Drogenapplikation und die Gewohnheiten bzw. Möglichkeiten, sich mit hygienischen bzw. sterilen Utensilien zu versorgen. Thematisiert wird auch die Möglichkeit, sich je nach persönlicher Finanzlage an den Materialkosten zu beteiligen.

Damit Hepatitis C-Infektionen nicht über gebrauchte Filter, Löffel bzw. Pfännchen an andere Konsument/innen weitergegeben werden, sind besonders für diese Utensilien, die normalerweise nicht zum „Spritzen-tausch“-Programm zählen, bedarfsgerechte Vergabemodalitäten wichtig. Ebenso bedeutsam sind Desinfektionsmittel für Hände und Haut.

Es ist weiterhin möglich, potenziell infektiöse Spritzen und Nadeln in den Fixpunkt-Einrichtungen und -Mobilen zu entsorgen. Zusätzlich sind stichsichere und verschließbare Behäl-

nisse in verschiedenen Größen und Varianten verfügbar, so dass infektiöses Material von den Drogenkonsumierenden sicher an Ort und Stelle entsorgt werden kann und nicht mehr über teilweise weite Strecken transportiert werden muss.

Einen stärkeren Stellenwert als bislang haben solche Konsumutensilien erhalten, die eine nicht-injizierende Drogenapplikation ermöglichen: Snief Röhrchen, Rauchfolien und Zubehör erweitern das Sortiment.

Die bedarfsbezogene Form der Vergabe eröffnet neue Möglichkeiten, mit den Konsument/innen über ihre individuellen Bedürfnisse und Konsumgewohnheiten ins Gespräch zu kommen, genauso wie es die Konsument/innen dazu bewegen kann, sich verstärkt mit ihrem Konsumverhalten und ihren „handwerklichen Kenntnissen und Fähigkeiten“ bei der Drogenapplikation auseinanderzusetzen.

Die bedarfsbezogene Konsumutensilienvergabe kostet mehr Geld als das „1:1“-Tauschprinzip. Vor allem Entsorgungsbehälter und Desinfektionsmittel sowie Filter, Pfännchen und steriles Wasser sind Kostenfaktoren.

Mit den veränderten Vergabemodalitäten folgt Fixpunkt den Empfehlungen der WHO und EMCDDA. Mit gutem Beispiel geht nun auch die Berliner Landespolitik mit fachlicher Unterstützung durch die Senatsverwaltung für Gesundheit voran. Diese hat einer merklichen Aufstockung von Zuwendungsmitteln zur verbesserten Ausstattung des Konsumutensilienvergabe-Angebots ab dem Jahr 2014 zugestimmt.

C 2.1-4

Heino Stöver und Dirk Schäffer

SMOKE-IT! - Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ)

Das in Deutschland seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts auf dem Schwarzmarkt erhältliche Heroin wird üblicherweise in einer mittleren oder schlechten Qualität (5-30% Wirkstoffgehalt) angeboten. Der geringe Wirkstoffgehalt und der hohe Preis bildeten – neben kulturellen Einflüssen⁷⁴ – die Grundlage dafür, dass der intravenöse Konsum in Deutschland zur gebräuchlichsten Konsumform für Heroin avancierte. Als wesentliche negative Folgen sind in diesem Zusammenhang nachhaltige Schädigungen der Blutgefäße, Venenerkrankungen, die Gefahr einer Überdosierung sowie die Übertragung von Krankheiten wie Hepatitis und HIV zu nennen. In den Jahren 1982 bis 1986 wurde in Studien in Berlin und Frankfurt ein starker Anstieg der HIV-Infektionsraten bei injizierenden Drogengebrauchern festgestellt (1982=18%, 1984=28%, 1986= 37%⁷⁵). Durch die Implementierung von flächendeckenden Angeboten des Spritzentausches, dem Ausbau der Substitutionsbehandlung, und des niedrigschwelligen Hilfesystems mit Drogenkonsumräumen und Kontaktstellen, sowie medialer Angebote der Prävention liegt die aktuelle HIV-Prävalenz bei injizierenden DrogengebraucherInnen bei 1,6% in Köln und 9,1% in Frankfurt⁷⁶.

Veränderungen hinsichtlich der Applikationsformen werden im Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) abgebildet. Während der Bericht des Jahres 2009 der DBDD⁷⁷ sowie der Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung für den Zeitraum 2005 – 2009⁷⁸ einen leichten, aber kontinuierlichen Anstieg des inhalativen Konsums zu Ungunsten des intravenösen Konsums auswiesen, hat sich dieser Trend aktuell nicht mehr fortgesetzt. Der Anteil derjenigen, die Heroin rauchen, blieb im Vergleich zum Vorjahr quasi unverändert (2011: 27,0 %; 2010: 26,8 %).

Hingegen stieg der intravenöse Konsum wieder leicht an (2011: 58,9 %; 2010: 57,8 %) ⁷⁹. Trotz regionaler und einrichtungsspezifischer Unterschiede bestätigen die Rückmeldungen aus Drogenkonsumräumen insgesamt einen Anstieg des inhalativen Konsums während der letzten Jahre (z.B. die Aids-Hilfe Dortmund, Drogenkonsumraum Kick).

Vorliegende Daten und Praxiserfahrungen geben Hinweise darauf, dass das Risiko einer unbeabsichtigten Überdosierung beim Rauchen von Heroin, im Gegensatz zum Spritzen von Stoff unbekannten Reinheitsgehaltes, wesentlich herabgesetzt wird. Darüber hinaus ist das Risiko, sich über Blutkontakte mit HIV, Hepatitis B oder C zu infizieren, beim Folierauchen erheblich geringer als beim intravenösen Konsum. Trotz der erheblichen Belastungen von Lunge und Atemwegen durch den Rauchkonsum, kann der inhalative Konsum – gemessen an den Indikatoren ‚Überdosierung‘ und ‚virale Infektionen‘ – als deutlich weniger riskant eingestuft werden⁸⁰.

⁷⁴ Vgl. Brink, W.v.d. Treatment of Heroin Addiction in The Netherlands, Presentation on the Sixth Interdisciplinary Substitution Treatment Symposium. Montreal, 30 November – 1 December 2006 Amsterdam Institute for Addiction Research

⁷⁵ Kleiber D, Stark K. (1991): AIDS und HIV-Infektion bei intravenös Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 116, 863-869

⁷⁶ RKI (2013): DRUCK-Studie – Drogen und chronische Infektionskrankheiten. Infektions- und Verhaltenssurvey bei i.v.-Drogengebraucher/innen in Deutschland.

<http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Studien/DruckStudie.html>

⁷⁷ DBDD (2009). Bericht 2009 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation 2009. München.

⁷⁸ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2013): Drogen- und Suchtbericht 2013. Berlin

⁷⁹ Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD

⁸⁰ vgl. Chandler M, Bridge J, Boid A, Wilks H (2008): The Provision of Foil in Needle and Syringe Programmes in the UK. London: National Needle

Die Ziele des Projekts „SMOKE IT“

Das Projekt „SMOKE-IT!“ hatte zum Ziel zu überprüfen, inwieweit durch die Bereitstellung neuer Konsumutensilien, wie z.B. Folien (bereits geschnitten, unbeschichtet, dicker und somit reißfester und mehrfach verwendbar), Röhrchen, sowie begleitender medialer Angebote (Flyer, Poster, Postkarten) die Änderungsbereitschaft von i.v. Konsumenten von intravenös zu inhalativ unterstützt werden kann.

Mit dieser Studie wurde in Deutschland erstmals eine valide Grundlage geschaffen, die die Wirksamkeit einer zielgerichteten Ansprache zum Wechsel der Applikationsform unter Einbeziehung neuer Konsumutensilien darstellt.

Methoden

Die Datenerhebung erfolgte mithilfe eines schriftlichen Fragebogens. Sowohl die Medien (Poster, Flyer, Postkarte), als auch ausschließlich für den inhalativen Heroinkonsum hergestellte Rauchfolien, sowie Klarsichtbeutel, die als Behälter dienten, um den Heroinkonsumenten alle Bestandteile des SMOKE-IT!-Packs aushändigen zu können, wurden an die teilnehmenden Einrichtungen abgegeben. Zudem wurde den Teilnehmenden eine unterschiedliche Anzahl von Rauchfolien ausgehändigt, die ausreichten, um nach Anleitung ein Rauchröhrchen zu erstellen sowie mehrfach die SMOKE-IT-Folien zu nutzen.

Somit konnte die Studie wie geplant am 1. April 2012 beginnen. Der Fragebogen wurde zu drei verschiedenen Zeitpunkten von den befragten Heroinkonsumenten ausgefüllt. Teil 1 unmittelbar nach der Rekrutierung der Studienteilnehmer (T1). Teil 2 nach dem Folie-Rauchen im Konsumraum oder nach der Wiederkehr in die Einrichtung (T2) Teil 3 frühestens 30 Tage nach der Befragung T2 (T3),

Die Ansprache potentieller Studienteilnehmer erfolgte durch die Mitarbeiter der Konsumräume.

„SMOKE-IT!“ wurde als multizentrische Studie, die in Drogenkonsumräumen der Städte Frankfurt – „La Strada“ (AIDS-Hilfe Frankfurt) und „Niddastr. 49“ (Integrative Drogenhilfe) –, Berlin – „SKA“ (Fixpunkt) –, Dortmund – „KICK“ (aidshilfe dortmund) –, Hamburg – „ragazza“ (RAGAZZA) – und Bielefeld – Drogenberatung – durchgeführt:

Insgesamt sind bis zum Ende der quantitativen Studie (15.8.2012) 177 Fragebögen ausgefüllt worden. 12 Personen lehnten das Angebot des Erhalts eines SMOKE-IT!-Packs ab. Von den verbleibenden 165 Befragten konnten 141 zum Zeitpunkt T2 wiederbefragt werden. Dies entspricht einer Wiedererreichungsquote von 85,5%. An der letzten Befragung zum Zeitpunkt T3 nahmen noch 89 Personen teil (Wiedererreichungsquote in Bezug auf T1: 54,0%).

Ergebnisse

Aus Tabelle 1 lässt sich entnehmen, dass die Befragten überwiegend männlichen Geschlechts (77,0%) und im Mittel 34,7 Jahre alt sind.

Die Studienteilnehmer sind zu T1 im Mittel 34,7 Jahre alt und zu T2 und T3 nur unwesentlich jünger.

Die Studienteilnehmer konsumieren im Mittel seit 13,3 Jahren Heroin. Der intravenöse Heroinkonsum ist mit 70,9% unter den Studienteilnehmern sehr weit verbreitet. Im Mittel wird dieser seit 10,4 Jahren praktiziert. Bis auf sehr wenige Ausnahmen verfügen die befragten Heroinkonsumenten im Mittel seit 11,1 Jahren über Erfahrungen mit dem inhalativen Konsum opiathaltiger Substanzen (96,8%). Das heißt, der weit überwiegende Teil der Personen, die ein SMOKE-IT!-Pack erhalten haben, ist mit dieser Applikationsform bereits vertraut.

Exchange Forum; Pizzey R, Hunt N (2008): Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing. In: Harm Reduction Journal, 5:24

Tabelle 1 : Charakteristika der befragten Personen nach Befragungszeitpunkt

		T1	T2	T3
		%/MW	%/MW	%/MW
Geschlecht		(N=165)	(N=141)	(N=89)
	Männlich	77,0%	77,3%	79,8%
	weiblich	23,0%	22,7%	20,2%
Alter		(N=165)	(N=141)	(N=89)
	Durchschnitts- alter (SD)	34,7 (8,3)	34,3 (8,4)	34,4 (7,8)
Jahre des Konsums von Heroin oder anderen Opiaten		(N=165)	(N=141)	(N=89)
	Mittelwert (SD)	13,3 (8,3)	13,1 (8,2)	13,2 (8,2)
Jahre mit intravenösem Heroinkonsum		(N=117)	(N=99)	(N=64)
	Mittelwert (SD)	10,4 (9,0)	10,0 (8,9)	10,7
Jemals Heroin geraucht		(N=139)	(N=120)	(N=70)
	Ja	96,8%	97,0%	95,3%
	Nein	3,2%	3,0%	4,7%
	Mittelwert (SD)	11,1 (7,4)	11,0 (7,4)	10,7 (6,7)

Zwei Drittel der TeilnehmerInnen rauchten anstatt zu injizieren

Die letzte Zeile der Tabelle 2 macht deutlich, dass zwei Drittel der Stichprobe (65,3%) die SMOKE-IT!-Folien für den Konsum des Opiats nutzten, statt zu injizieren. Die Tatsache, dass die Prävalenz des Rauchkonsums bei den StudienteilnehmerInnen bereits vor der Studie sehr hoch war, ist für dieses beeindruckende Ergebnis unerheblich. Die TeilnehmerInnen

wurden explizit gefragt, ob sie Opiate inhalativ konsumiert haben anstatt sie zu injizieren.

Geringes Risiko für Überdosierungen, HIV und Hepatitis – Hauptgründe für den Wechsel der Konsumform

Zum Abschluss der Befragung T2 sind die Studienteilnehmer gebeten worden anzugeben, warum sie das Rauchen von Heroin mit Hilfe von Folien praktizieren. Fast sechs von zehn (58,9%) geben als Grund an, dass diese Form des Konsums gesünder sei als das Injizieren. Ebenfalls fast die Hälfte der Befragten (49,1%) benennt Neugier als Grund für das Folie-Rauchen; Mit Blick auf die Alterskategorien sind es vor allem die jüngeren Heroinkonsumenten, die dem Folierrauchen mit Neugier begegnen (62,5%).

Für etwa ein Drittel der befragten Konsumraumbesucher (35,7%) ist das geringere Risiko einer Ansteckung mit Krankheiten wie Hepatitis oder Aids von besonderer Bedeutung.

Ein Drittel der Befragten gebraucht Rauchfolien, um auf diesem Wege der Gefahr einer Überdosierung zu entgehen.

Drogengebraucher würden SMOKE-IT!-Folien käuflich erwerben – wenn sie erhältlich wären (T3)

Die StudienteilnehmerInnen wurden gebeten anzugeben, wie hoch der Anteil des Rauchens an allen Heroinkonsumvorgängen war. Etwas mehr als ein Viertel (26,9%) praktiziert ausschließlich diese Applikationsform. Es wird deutlich, dass der Anteil derer, die mehr als drei Viertel ihrer Konsumvorgänge in Form des Folierrauchens praktizieren, mit dem Lebensalter stetig ansteigt. Vier Fünftel aller Befragten geben an, dass sie die SMOKE-IT!-Folien auch zukünftig nutzen würden, sofern ein entsprechendes Angebot verfügbar wäre. Etwas weniger als 60% der Studienteilnehmer wären bereit, die Folien auch käuflich zu erwerben;

Die SMOKE-IT! - Folien können bei einem nicht unerheblichen Teil der KonsumraumnutzerInnen zu einer Verringerung des intravenösen Konsums beitragen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, das

Folierauchen statt des i.v.-Konsums praktiziert zu haben. Werden die Studienteilnehmer nach den Altersgruppen unterschieden, so sind es insbesondere die Älteren, die mit einem Anteil von 63,6% von einem veränderten Applikationsverhalten berichten. In der jüngsten Altersgruppe liegt der entsprechende Anteil zehn Prozentpunkte darunter. Der geringste Effekt zeigt sich bei den 30 bis 39-Jährigen; 46,3% inhalierten das Heroin, statt es intravenös zu applizieren.

Schlussfolgerungen

Die Studienergebnisse machen deutlich, dass mit der Einführung neuer und hochwertiger Präventionsutensilien sowie begleitenden medialen und personalen Interventionen OpiatkonsumentInnen zur Reduktion des intravenösen Konsums zugunsten des weniger riskanten inhalativen Konsums motiviert werden können. Trotz des hohen Anteils von Opiatkonsumierenden, die bereits zum Zeitpunkt der Studie regelmäßig Opiate rauchten, zeigen die Ergebnisse, dass lediglich ein Viertel ausschließlich diese Konsumform wählt. In der Studienkohorte zeigten insbesondere junge KonsumentInnen (bis 29 Jahre) ein großes Interesse am inhalativen Konsum. Viele StudienteilnehmerInnen verbanden mit der Einführung der Rauchfolien auch eine wertschätzende Haltung der MitarbeiterInnen.

Im Resümee kann Einrichtungen, die bisher ausschließlich Angebote des Spritzentauschs vorhalten, nur empfohlen werden, ihr Angebot um die Abgabe von Rauchfolie inklusive begleitender medialer Informationen zu ergänzen. Hierbei sollte die Abgabe von Rauchfolien ebenso wie die Abgabe von Konsumutensilien zum intravenösen Konsum möglichst kostenfrei sein. Zwar zeigen die Studienergebnisse, dass ein recht hoher Prozentsatz SMOKE-IT!-Folien auch käuflich erwerben würde, aber um die Motivation der Inanspruchnahme zu erhöhen, ist sicher eine kostenfreie Abgabe zu präferieren. Um die Nutzer der Einrichtungen auf dieses neue Harm-Reduction-Angebot aufmerksam zu machen, gilt es insbesondere auf die Neuheit und Hochwertigkeit der SMOKE-IT!-Folien

hinzuweisen. Bereits in der Vergangenheit wurde bei vergleichbaren Modellprojekten deutlich, dass solche Angebote keine Selbstläufer sind, sondern nur mit einem hohen Engagement der MitarbeiterInnen ihre gesundheitsfördernden Effekte entfalten können. Mit besonderen Wochen- oder Monatsthemen kann das Interesse der Drogenkonsumenten auf bestimmte Inhalte und Themen gerichtet werden. Empfohlen wird daher u.a. eine „SMOKE-IT!-Woche“ anzubieten, die von verschiedenen Aktivitäten bzw. Maßnahmen begleitet wird:

- Videofilme mit Inhalten zum Thema Safer Use (Schwerpunkt: inhalativer Konsum)
- Rauchtrainings, gemeinsamer Pfeifen- bzw. Röhrchenbau (auch wenn viele Konsumenten Erfahrungen mit dem inhalativen Konsum haben, kann durch Angebote des gemeinsamen Röhrchenbaus bzw. von Safer Smoke Trainings das Interesse gesteigert werden).
- Angebot von SMOKE IT!-Packs. Die vorliegende Studie konnte deutlich machen, dass von der Abgabe von Komplettsortimenten (SMOKE-IT!-PACKS) auch ein Signal der Wertschätzung ausgeht. Dies führte dazu, dass Nutzer der Einrichtung sich für das neue Angebot interessierten.
- Durch die Bereitstellung von medialen Informationen, die in den Besitz der Konsumenten übergehen, wie z.B. Flyer, Karten mit Fotos zur Rauchanleitung⁸¹ etc., kann die Inanspruchnahme des neuen Angebots erhöht werden. Die Studie zeigt, dass ein sehr hoher Prozentsatz derjenigen denen SMOKE-IT! - PACKS ausgehändigt wurden, diese auch nutzten. Das Anbringen von Postern als „Eyecatcher“ kann die Aufmerksamkeit für das neue Angebot ebenfalls erhöhen.
- In Deutschland werden jährlich ca. 400.000 Schachteln⁸² mit unterschiedlichen Sortimenten zum intravenösen Konsum über Automaten verkauft. Um die anonyme Verfügbarkeit von Rauchutensilien in der Nacht, am Wochenende und an Feiertagen sicherzustellen, könnten Automaten um „SAFER-SMOKE-Packs“ ergänzt werden.

⁸¹ Über die Deutsche AIDS-Hilfe kostenfrei erhältlich.

⁸² vgl. Drogenbeauftragte 2013, a.a.O.

Aus der Vor-Ort-Arbeit wird der relativ hohe Preis einer Rauchfolie (4 Eurocent) als Hürde für die Einführung von Rauchfolien genannt. Bei genauer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass die Abgabe eines Safer-Use-Komplettsortiments zum intravenösen Konsum, bestehend aus Spritze, 2 Nadeln, Filter, Stericup, Ascorbinsäure und Wasserampulle, ca. 50 Eurocent kostet. Die Bereitstellung eines Safer-Use-Komplettsortiments zum inhalativen Konsum, bestehend aus 2 Rauchfolien (eine Folie zur Erstellung eines Röhrchens, eine Folie zum Erhitzen des Heroins), kostet hingegen nur 8 Cent, also weniger als ein Fünftel des Preises für den intravenösen Konsum. Die Einführung von Rauchfolien kann also neben infektionsprophylaktischen und gesundheitsschützenden Vorteilen auch zur Kostenreduktion beitragen.

Tabelle 2: Gebrauch und Beurteilung der SMOKE-IT! - Folien

		Geschlecht		Alter			Gesamt
		M	W	19-29	30-39	40+	
Favorisierung der SMOKE-IT!-Folien		(N=79)	(N=18)	(N=28)	(N=43)	(N=26)	(N=97)
	Ja	81,0%	88,9%	82,1%	81,4%	84,6%	82,5%
	nein	19,0%	11,1%	17,9%	18,6%	15,4%	17,5%
Folie geraucht statt iv-Konsum		(N=76)	(N=25)	(N=31)	(N=46)	(N=24)	(N=101)
	Ja	71,1%	48,0%	71,0%	60,9%	66,7%	65,3%
	nein	28,9%	52,0%	29,0%	39,1%	33,3%	34,7%

Tabelle 3: Gründe für das Rauchen von Heroin

		Geschlecht		Alter			Gesamt
		M	w	19-29	30-39	40+	
		(N=88)	(N=24)	(N=32)	(N=50)	(N=30)	(N=112)
	Neugier	51,1%	41,7%	62,5%	42,0%	46,7%	49,1%
	gesünder als injizieren	56,8%	66,7%	53,1%	60,0%	63,3%	58,9%
	geringeres HIV- und Hepatitis-Risiko	34,1%	41,7%	34,4%	40,0%	30,0%	35,7%
	geringe Kosten	9,1%	4,2%	18,8%	4,0%	3,3%	8,0%
	Entzugssymptome schneller lindern	15,9%	8,3%	12,5%	18,0%	10,0%	14,3%
	brauche Venenpause	30,7%	29,2%	28,1%	22,0%	46,7%	30,4%
	keine sterilen Spritzen zugänglich	4,5%	4,2%	6,3%	6,0%	,0%	4,5%
	Überdosis vermeiden	36,4%	25,0%	46,9%	28,0%	30,0%	33,9%
	von anderen empfohlen	18,2%	20,8%	28,1%	12,0%	20,0%	18,8%

Tabelle 4: Gebrauch und Beurteilung der SMOKE-IT! - Folien

		Geschlecht		Alter			Gesamt
		m	W	19-29	30-39	40+	
Gebrauch der SMOKE-IT!-Folien seit T2		(N=71)	(N=18)	(N=22)	(N=34)	(N=20)	(N=89)
	Ja	91,5%	72,2%	88,5%	85,4%	90,9%	87,6%
	Nein	8,5%	27,8%	11,5%	14,6%	9,1%	12,4%
Anteil des Rauchens am Gesamtkonsum		(N=62)	(N=16)	(N=26)	(N=35)	(N=17)	(N=78)
	0%	12,9%	50,0%	19,2%	25,7%	11,8%	20,5%
	1% bis 25%	35,5%	18,8%	38,5%	31,4%	23,5%	32,1%
	26% bis 75%	17,7%	6,3%	15,4%	11,4%	23,5%	15,4%
	76% bis 99%	6,5%	,0%	3,8%	2,9%	11,8%	5,1%
	100%	27,4%	25,0%	23,1%	28,6%	29,4%	26,9%
Nutzung der SMOKE-IT! - Folien in Zukunft		(N=69)	(N=18)	(N=25)	(N=40)	(N=22)	(N=87)
	Ja	89,9%	44,4%	84,0%	77,5%	81,8%	80,5%
	nein	10,1%	55,6%	16,0%	22,5%	18,2%	19,5%
Bereitschaft zur Bezahlung der Folien		(N=70)	(N=18)	(N=26)	(N=40)	(N=21)	(N=87)
	Ja	65,7%	29,4%	57,7%	50,0%	76,2%	58,6%
	nein	34,3%	70,6%	42,3%	50,0%	23,8%	41,4%
Heroin geraucht statt iv-Konsum		(N=71)	(N=18)	(N=26)	(N=41)	(N=21)	(N=89)
	Ja	54,9%	44,4%	53,8%	46,3%	63,6%	52,8%
	nein	45,1%	55,6%	46,2%	53,7%	36,4%	47,2%

C 2.1-5

Marco Jesse

JES

Die positiven Effekte der Selbsthilfe im Drogenbereich sind seit Jahren bekannt und akzeptiert. Eine deutliche Stärkung im Wunsch nach Konsumkontrolle oder Abstinenz ist hier ebenso zu nennen wie Verbesserungen des physischen und psychischen Zustandes.

Der Drogenselbsthilfeverband „JES - Junkies, Ehemalige und Substituierte“ vereint landesweite Zusammenschlüsse, verschiedene regionale Gruppen und Einzelaktivisten zu einem einmaligen Netzwerk. Bestimmte Zielgruppen werden durch JES wesentlich besser erreicht als über sonstige Zugangswege, was aus dem Blickwinkel der Schadensminimierung und der HIV- und Hepatitis-Prävention von besonderem Wert ist. Die eigentliche Besonderheit dieses Selbsthilfeszusammenschlusses ist jedoch der Respekt vor jeglicher Entscheidung des Einzelnen – auch der Entscheidung, *mit* Drogen leben zu wollen. Die Bereitschaft, Drogenkonsum als Teil des Lebensstils mit allen daraus folgenden Konsequenzen zu akzeptieren und dafür einzutreten, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dem nicht entgegenstehen, ist ein wesentliches Charakteristikum von JES. Das Recht auf Selbstverwirklichung (bis hin zur Selbstschädigung) ist einer unserer gesellschaftlichen Grundbausteine.

Daraus folgt für JES ein klarer Auftrag: Es gilt den gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmen so zu gestalten, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen kontrolliert möglich ist. Konkret bedeutet dies die Abschaffung der strafrechtlich relevanten Anteile des BtmG zugunsten einer Regulierung über die „normalen“ Wege des Verbraucherschutzes, der Gesundheitsfürsorge, der Straßenverkehrsordnung usw., usw. Derartige Forderungen finden sich in keiner anderen drogenbezogenen Selbsthilfe. Betrachtet man die deutsche Realität, könnte der Eindruck entstehen, dass die Einbeziehung von Betroffenenkompetenz an diesen Stellen nach wie vor

eine „Feigenblattfunktion“ hat. Obwohl der JES-Bundesverband die Qualität und Konstanz seiner Arbeit über nahezu ein Vierteljahrhundert unter Beweis gestellt hat und so mit einzelnen Projekten auch Erwähnung im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung fand, ist es bisher nicht gelungen, die Arbeit des Bundesverbands personell und strukturell abzusichern. Öffnet man den Blick und schaut über die Grenzen Deutschlands hinaus, wird ein weiteres Mal deutlich, dass eine stabile Unterstützung von JES sinnvoll ist. . Angesichts dessen, dass Deutschland eine zentrale Rolle in der europäischen Politik zukommt, muss sich Deutschland auch daran beteiligen, europaweite Selbsthilfestrukturen zu entwickeln und zu fördern. Hierfür wiederum ist eine aktive und starke Selbsthilfe im Land unerlässlich und die gibt es nicht zum Nulltarif.

Die Chancen, die sich durch eine enge Einbeziehung von akzeptierender Selbsthilfe ergeben, sind die Bemühungen wert. Es ist noch ein weiter Weg zurückzulegen bis hin zu einer grundsätzlich anderen Drogenpolitik ohne Abstinenzparadigma und ein noch weiterer Weg hin zu einer gesellschaftlichen Akzeptanz von Drogenkonsum.

Eine Vielzahl von Themenfeldern kann auf diesem Weg von den Sichtweisen der Betroffenen profitieren. So konnten Defizite in der Substitutionsbehandlung frühzeitig identifiziert und angegangen werden. Über Befragungen der JES-Mitglieder und ihres Umfelds, ergänzt durch Erfahrungsberichte der Patienten, konnten fehlende Behandlungszugänge ebenso erkannt werden, wie Herausforderungen in anderen Bereichen. Die erlangten Erkenntnisse fanden z.B. Berücksichtigung bei der Gestaltung einer (europäischen) Internetseite zur Substitutionsbehandlung

(<http://meinebehandlungmeinewahl.eu/>).

Dort können sich Opiatabhängige aus allen beteiligten Ländern über die Behandlungszugänge und -konditionen in ihrem Land umfassend und neutral informieren. Die Seite stellt so eine unmittelbare Hilfe für die Betroffenen dar.

Ähnliches gilt für die Therapie der chronischen Hepatitis C. Auch hier bietet der unmittelbare Kontakt zu den Usern die Möglichkeit, Präventionskonzepte zu entwickeln und/oder zu verbessern. Besonders problematisch ist hier das völlige Fehlen jeglicher Instrumente zur Schadensminimierung in den bundesdeutschen Haftanstalten. Diese Versorgungslücke öffnet (Re-)Infektionen Tür und Tor. Vor dem Hintergrund, dass die Therapiemöglichkeiten sich in den letzten 2-3 Jahren erheblich verbessert haben, ist dies ein geradezu skandalöser Zustand. Heute ist es möglich, mit den zur Verfügung stehenden Kombinationstherapien Heilungsquoten von über 75% zu erreichen. Die Behandlungen sind aber mit erheblichen Kosten verbunden und für die Patienten extrem anstrengend. Umso wichtiger ist es daher, Reinfektionen zu vermeiden. Sprizentauschangebote in den Vollzugsanstalten wären hierzu eine ideale Voraussetzung. Nicht nur diese praktischen Felder bedürfen der Aufmerksamkeit – auch der alltäglichen Stigmatisierung von Drogengebrauchern tritt JES mit seiner Arbeit entgegen. Deren Folgen für den Einzelnen sind massiv und führen direkt in die soziale Isolation. Die permanente Diffamierung von Menschen als defizitär und krank widerspricht dem Recht auf Menschenwürde und bildet bei weitem nicht die Realität ab. Im Gegenteil, sie resultiert aus der Fokussierung auf jenen Teil der Drogen gebrauchenden Menschen, die (zu bestimmten Zeitpunkten) Unterstützung und Hilfe bedürfen.

Genauso dramatisch ist dieser allgemeine Umgang mit dem Thema Drogengebrauch für die präventive Arbeit. Dies erschwert die Zugänge und fördert den Konsum und das „Ausprobieren“ auf eigene Faust und im Geheimen.

So bleiben für die akzeptierende Drogen-selbsthilfe „JES - Junkies, Ehemalige und Substituierte“ auch in den kommenden Jahren mehr als genug Herausforderungen zu bewältigen. Die Unterstützung und Wertschätzung dieses Einsatzes auf der politischen Ebene wäre ein Schritt in die richtige Richtung.

C 3 | Gesetzliche Regelungen und Rahmenbedingungen

C 3 -1

Lorenz Böllinger

Strafrechtsprofessoren fordern Reform des Drogenstrafrechts⁸³

Anfang 2014 sorgte eine Resolution für Aufsehen in der deutschen Medienlandschaft. Das 2011 vom „Schildower Kreis“, einem auf Drogenpolitik bezogenen interdisziplinären Netzwerk von Experten aus Wissenschaft und Praxis gestartete Projekt kriminalpolitischer Aktionsforschung bezweckt eine Reform des Betäubungsmittelrechts mittels interdisziplinär beratender parlamentarischer Enquête-Kommission gem. § 56 BT-Geschäftsordnung.

1. Ziel: Enquête-Kommission

Bisher unterzeichneten 122 deutsche Strafrechtsprofessorinnen und -professoren die Resolution, welche die Einrichtung einer Enquête-Kommission des Bundestages zum Thema ‚Erwünschte und unbeabsichtigte Folgen des geltenden Drogenstrafrechts‘ zum Ziel hat (Text: www.schildower-kreis.de; www.polizei-newsletter.de)⁸⁴. Im Sinne der verfassungsrechtlich vorgegebenen Überprüfungspflicht des Gesetzgebers soll diese eine wissenschaftlich und interdisziplinär begründete Evaluation des Drogenstrafrechts vornehmen. Fernziel ist die Veränderung des Drogenstrafrechts auf der Grundlage empirischer Forschung und informierter gesellschaftlicher bzw. parlamentarischer Verständigung. Solche hat bisher das BtMG betreffend nie stattgefunden.

Der mittels der Enquête-Kommission an den Gesetzgeber adressierte Appell ist in mehrfacher Hinsicht verfassungsrechtlich begründet. Die umfassendste Begründung findet er im herausragendsten Prinzip des Grundgesetzes, dem von allen drei Teilgewalten zugrunde zu legenden *Verhältnismäßigkeitsprinzip*. Daraus ergibt sich allgemein und formal, dass Gesetze, welche die Grundfreiheiten der Bürger einschränken, inhaltlich und wissenschaftlich begründet sein müssen und dass sie im Verlauf ihrer Anwendung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft werden müssen. Dogmatisch operationalisiert ist das Verhältnismäßigkeitsprinzip nach allseits akzeptierter Verfassungslehre in den drei Unterprinzipien Erforderlichkeit, Geeignetheit und Proportionalität. In diesem Rahmen ist die inhaltliche Überprüfung des BtMG vorzunehmen.

Das BVerfG hat zwar in seiner Cannabis-Entscheidung von 1994 und in mehreren darauf basierenden Nicht-Annahme-Beschlüssen die strafrechtlichen Vorschriften des BtMG für verfassungsgemäß befunden. Es legte jedoch in enger exemplarischer Auswahl die damals aktuelle, lückenhafte Daten- und Erkenntnislage zugrunde. Es beachtete nicht, dass der BtM-Gesetzgeber 1971 auf Druck der USA ohne eigene wissenschaftliche Begründung unbesehen die Vorgaben der UNO-Single Convention von 1961 in das BtMG umgesetzt hatte. In den seither verstrichenen fast 20 Jahren hat sich zum einen die soziale Realität in hohem Maße verändert, zum anderen die entsprechende wissenschaftliche Daten-, Methoden und Erkenntnislage massiv erweitert. Initiierung und Neubewertung entsprechender Forschung sind also erforderlich, um dem BtMG erstmals eine dem Verfassungs- und Gesetzgebungsrecht genügende Grundlage zu verleihen. Folgende Begründung der Resolution könnte Grundlage eines systematischen Prozederes der Enquête-Kommission werden.

1. Der Krieg gegen die Drogen ist gescheitert

Die strafrechtliche Prohibition bestimmter als gefährlich definierter Drogen ist gescheitert, sozialschädlich, unökonomisch. Dies gilt insbesondere und vor allem für Marijuana.

⁸³ Modifizierte, erweiterte und aktualisierte Version eines Artikels, der erstmals in der Deutschen Richterzeitung (01/2014, 10f.) erschienen ist; Bearbeitung: Bernd Werse

⁸⁴ Lorenz Böllinger ist sowohl Sprecher des interdisziplinären Schildower Kreises als auch Initiator der hier dargestellten Resolution von Strafrechtsprofessorinnen und -professoren.

Die Zeit ist reif dafür, die Natursubstanz Cannabis sowohl für medizinischen als auch für den normalen Gebrauch zu legalisieren. Drogenkonsum ist menschliches Normalverhalten und nicht zu eliminieren. Mindestens 5% der Bevölkerung West-Europas konsumieren – so die Europäische Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon – regelmäßig Cannabis. Weltweit sind Drogen leichter und billiger denn je erhältlich. Angebot und Nachfrage sind durch Strafdrohung faktisch kaum zu beeinflussen. Mit der Intensität der Repression steigt lediglich der Schwarzmarktpreis und weiten sich mafiose Strukturen aus.

2. Die Naturdroge Cannabis ist weniger gesundheitsgefährlich als Alkohol und Nikotin

Wie bei allen Medikamenten und psychotropen Substanzen hängt die Gesundheitsgefährlichkeit der meist genutzten und strafverfolgten Droge Cannabis von Dosierung und Frequenz des Gebrauchs ab. Bei niedriger Dosierung und Frequenz hat Cannabis keine gesundheitliche, kognitive und oder psychische Beeinträchtigung zur Folge. Nur 5% der Gebraucher praktizieren riskanten Konsum oder werden abhängig. Ihnen hilft nicht das Strafrecht, sondern nur sachgerechte präventive Beratung und Psychotherapie. Das Heroin-Problem ist erst gesundheitsrechtlich, durch Methadonprogramme und Heroinvergabe weitgehend gelöst worden. Legalisierung könnte auch das Gesundheitsrisiko anderer bisher illegaler Drogen entscheidend mindern.

3. Mit der Drogenprohibition gibt der Staat seine Kontrolle über Verfügbarkeit und Reinheit von Drogen auf

Nicht die Wirkung der Drogen ist das Problem, sondern die repressive Drogenpolitik schafft Probleme. 90-95% der Konsumenten illegaler Drogen leben ein normales Leben. Selbst abhängige Konsumenten bleiben oftmals sozial integriert. Menschen mit problematischem Drogenkonsum brauchen Hilfe. Die Strafverfolgung hat für sie und alle anderen nur negative Folgen. Der Schwarzmarkt bewirkt Unkalkulierbarkeit des Wirkstoffge-

haltes und gesundheitsschädliche Beimengungen zur Profitsteigerung. Es gibt im durch die Prohibition erzeugten Schwarzmarkt keinen Verbraucher- und Jugendschutz.

4. Der Zweck der Prohibition wird systematisch verfehlt.

Prohibition soll den schädlichen Konsum bestimmter Drogen verhindern. Tatsächlich kann sie dieses Ziel nicht erreichen. Das zeigen alle wissenschaftlich relevanten Untersuchungen. Sogar die Evaluation des 10-Jahres-Programms der UNO zur Drogenbekämpfung kommt im Jahr 2008 zu diesem Schluss. Prohibition schreckt zwar einige Menschen ab, verhindert aber Aufklärung und vergrößert gleichzeitig dramatisch die gesundheitlichen und sozialen Schäden für diejenigen, die nicht abstinenter leben wollen. Selbst in totalitären Regimes und Strafanstalten kann Drogenkonsum nicht verhindert werden.

5. Die Prohibition ist schädlich für die Gesellschaft

Sie behindert eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Versorgung von Problemkonsumenten. Sie erzeugt Beschaffungs- und Begleitkriminalität. Sie erzeugt den Schwarzmarkt und fördert die organisierte Kriminalität. Sie bewirkt die Einschränkung von Bürgerrechten und korrumpiert den Rechtsstaat. Durch massive Machtanbällung bei Kartellen und Mafia nimmt die Gefahr eines Scheiterns der Zivilgesellschaft zu. Sie hat desaströse Auswirkungen auf staatliche und demokratische Strukturen der Anbau- und Transitländer.

Tausende von Toten im aktuellen „Krieg der Drogenkartelle“ in Mexiko sind weitgehend den Kämpfen um exorbitante Schwarzmarktpreise zuzurechnen. Der Schwarzmarkt generiert eine extreme und globalisierte Schattenwirtschaft mit weiterer Folgekriminalität und destabilisierenden Auswirkungen auf globale Finanzmärkte ebenso wie nationale Volkswirtschaften. Angesichts effektiver informeller Geldtransfersysteme kann Geldwäschekontrolle kaum funktionieren. In Reaktion auf den Krieg der Kartelle kommt es sowohl zu einer Quasi-Militarisierung der Polizei als auch zu

quasi-polizeilichen Funktionen des Militärs. Auch dadurch erodieren staatliche Grundstrukturen.

6. Die Prohibition ist unverhältnismäßig kostspielig

Bürger werden Opfer der Beschaffungs- und Begleitkriminalität. Jährlich werden Milliardenbeträge für die Strafverfolgung aufgewendet, welche sinnvoller für Prävention und Gesundheitsfürsorge eingesetzt werden könnten. Der Staat verzichtet auf Steuereinnahmen, die er bei einem legalen Angebot hätte.

7. Die Prohibition ist schädlich für die Konsumenten

Konsumenten werden diskriminiert, strafrechtlich verfolgt, stigmatisiert und in kriminelle Karrieren getrieben. Weil es sich um „opferlose“ Kontrolldelikte handelt, welche lediglich proaktiv – und damit Unterschicht-angehörige und Migranten benachteiligend – verfolgt werden, kommt es zu grundrechtsverletzender Ungleichbehandlung. Es gibt keine adäquate Risikoaufklärung, keinen Verbraucher- und Jugendschutz. Riskante Konsumformen werden gefördert und die auf den Schwarzmarkt gezwungenen Konsumenten werden – teilweise unbekannten – Drogen ausgesetzt, welche gefährlich oder schwieriger zu handhaben sind. Normales jugendliches Experimentierverhalten wird kriminalisiert und das Erlernen von Drogenmündigkeit erschwert. Junge Menschen werden dauerhaft stigmatisiert und ihre Lebenschancen werden gemindert – auch durch unverhältnismäßigen Entzug der Fahrerlaubnis.

8. Quasi-Feldexperimente mit Cannabis beweisen dessen soziale, kulturelle und legale Integrierbarkeit

Diverse Quasi-Feldexperimente mit der liberalisierten Zugänglichkeit oder Vergabe von bislang illegalen Drogen (z.B. Niederlande, Schweiz, Spanien, Portugal, Tschechien) ergaben, dass die befürchtete Ausweitung des Cannabis-Konsums ausbleibt. Außerdem hat sich das drogenpolitische Klima in den bislang im repressiven Drogenregime federführenden U.S.A. stark verändert: Medizinisches Cannabis ist in 18 Bundesstaaten erlaubt und

in zwei Bundesstaaten (Colorado, Washington) ist Cannabis ab 1.1.2014 mit sachgerechter Regulierung und Besteuerung legalisiert.

Fazit

Der Staat darf die Bürger durch die Drogenpolitik nicht schädigen. Es ist deshalb notwendig, Schaden und Nutzen der Drogenpolitik unvoreingenommen wissenschaftlich zu überprüfen. Für Cannabis kann das Ergebnis aufgrund gegebener Forschungslage nur lauten: Legalisierung und sachgerechte Regulierung von Herstellung, Vertrieb, Prävention und Behandlung. Das Heroin-Problem ist erst gesundheitsrechtlich, durch Methadonprogramme und Heroinvergabe weitgehend gelöst worden. Für andere illegale Drogen sind aufgrund wissenschaftlicher Analyse spezifische Lösungen zu finden. Für diese Aufgaben wäre eine Enquête-Kommission der geeignete Rahmen. Und damit erhielte das Parlament seine ureigenste Aufgabe zurück.

Nachtrag, Juni 2014 (Maximilian Plenert):

Am 4. Juni 2014 wurde der Antrag "Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen" dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/016/1801613.pdf durch die LINKE und die Grüne Fraktion im Deutschen Bundestag eingebracht. Mit dieser gemeinsamen Initiative greifen die Oppositionsparteien die Forderungen der Resolution auf und setzen sie auf die Tagesordnung des Deutschen Bundestages.

Der Antrag beinhaltet explizit keine drogenpolitischen Positionen, sondern fordert eine externe wissenschaftliche Evaluierung der Auswirkungen der Verbotspolitik für illegalisierte Betäubungsmittel. Auf Grundlage dieser Überprüfung sollen wissenschaftlich untermauerte Handlungsempfehlungen entwickelt werden. Die im Bundestag vertretenen Parteien können dann entscheiden, für welche Drogenpolitik mit allen ihren beabsichtigten und unbeabsichtigten Auswirkungen sie stehen.

Quelle und Weiterlesen:

<http://hanfverband.de/index.php/themen/drogenpolitik-a-legalisierung/2482-uebersichtsseite-zum-antrag-qbeabsichtigte-und-unbeabsichtigte-auswirkungen-des-betaeubungsmittelrechts-ueberpruefenq>

C 3-2

Maximilian Plenert und Bernd Werse

Für eine verantwortungsvolle Regulierung von Cannabis

Spätestens mit dem Beginn des legalen Verkaufs von Cannabis im US-Bundesstaat Colorado zum 1. Januar dieses Jahres ist die Frage nach der Legalisierung illegalisierter Substanzen wie Cannabis kein akademisches Gedankenspiel mehr. Jahrzehnte der Coffee-shop-Politik in den Niederlanden, Cannabis Social Clubs in Belgien und Spanien, die De-facto-Entkriminalisierungen von Konsumenten inklusive Eigenanbau in Portugal, Cannabisblüten in deutschen Apotheken und das gewaltige Cannabis-als-Medizin-System der USA sowie weiterer Staaten wie z.B. Kanada und Israel – alles dies konnte von der deutschen Politik mehr oder weniger erfolgreich ignoriert oder wegrelativiert werden. Nun aber haben die Staaten Colorado und Washington – dort soll der Verkauf im Juli starten – im Heimatland der Prohibition legalisiert, im August 2013 gab die Obama-Administration auch offiziell hierzu ihren Segen. Ende 2013 folgte Uruguay als erste Nation weltweit. Der legale Verkauf wird hier ebenfalls noch dieses Jahr beginnen. Dies ist voraussichtlich aber nur der Anfang einer Welle von Legalisierungen. In diesem Herbst und danach werden im Zwei-Jahres-Rhythmus weitere US Staaten über diese Frage abstimmen. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass sich die Zustimmung von 60% in Umfragen nicht in weiteren Legalisierungsbeschlüssen wiederfindet.

Damit ist es auch in Deutschland an der Zeit, nicht weiter darüber zu diskutieren ob, sondern wie Cannabis legalisiert werden sollte. Die Medien, die Fachverbände und die Bevölkerung sind bereit für diese Debatte. Noch verweigern sich CDU und SPD beharrlich vor einer ernsthaften Auseinandersetzung mit dieser Frage, aber auch sie wird die Geschichte einholen. Mit jedem Beitrag zu diesem Thema zeigt die große Koalition ihre argumentative Wehrlosigkeit. Jeder Medien-

bericht aus Colorado und allen kommenden Orten, an denen ein normaler Umgang mit Cannabis gepflegt wird, lässt ihre Positionen mehr und mehr zu einer Makulatur werden. Die Öffentlichkeit sieht, dass die heraufbeschworenen Horrorszenarien nicht eintreten. Eine Legalisierung verläuft eher überraschend ruhig und ist nicht mit Hunde-und-Katzen-Regen verbunden.

Die Erfahrungen aus den Niederlanden, Portugal, Belgien, Spanien und den USA zeigen, dass es evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum und eine verantwortungsvolle Regulierung von Cannabis gibt. Die Bilder und Berichte aus Colorado bringen mit der Kraft des Faktischen Evidenz in unsere Debatte.

„Legalisierung“ – was ist das?

Legalisierung bedeutet schlicht, den Cannabismarkt für Erwachsene zu regulieren, wie es bei Alkohol und Tabak bereits geschieht. Der bestehende Schwarzmarkt für Cannabis wird durch einen regulierten Markt mit Jugend- und Verbraucherschutz (Kontrolle von Qualität und THC-Gehalt) ersetzt; durch eine Besteuerung und geringere Ausgaben für die Strafverfolgung kann mehr Suchtprävention finanziert werden.⁸⁵

Es geht niemandem um eine Freigabe für Minderjährige oder die Einführung einer neuen Substanz, sondern um Regelungen für einen Markt für erwachsene Konsumierende. Denn für diese sind die Strafverfolgung und die negativen Auswirkungen des Schwarzmarktes das Hauptproblem.

Legalisierung bedeutet auch eine Normalisierung der Zustände, gerade im Vergleich zu Alkohol und Tabak. Sie bringt ein Ende der mitunter bizarren Auswüchse des Verbots. Erst durch eine Legalisierung können Regeln für die Regulierung und Kontrolle festgelegt werden und der völlig unregulierte Schwarzmarkt ersetzt werden.

⁸⁵ https://www.dialog-ueber-deutschland.de/DE/20-Vorschlaege/10-Wie-Leben/Einzelansicht/vorschlaege_einzelansicht_node.html?cms_idIdea=2070

Eine Legalisierung löst nur die Probleme, die eine Folge der Prohibition sind. Ein Umdenken in der Drogenpolitik wie ein Abrücken vom Abstinenzdogma hinsichtlich illegalisierter Substanzen wird vermeintliche Probleme wie den Konsum von Erwachsenen auflösen, weil sie in den meisten Fällen schlicht kein Problem sind. Die realen Drogenprobleme bei jungen und/oder exzessiven Konsumenten werden wir auch darüber hinaus haben. Nach einem Ende der Pseudodebatte, ob mehr Strafverfolgung oder Sonntagsreden hier helfen können, kann man sich eine ernsthafte Lösung dieser Probleme überlegen. Wir haben die Wahl:

Prohibition

- 140.000 Strafverfahren wegen Cannabis
- 1 Mrd. € an jährlichen Repressionskosten
- Keine Konsumreduktion
- Kein Jugendschutz
- Kein Verbraucherschutz
- Keine gezielten Informationsangebote
- Keine qualitäts- und wirkstoffkontrollierten Drogen

und Regulierung

- Kontrolle über Wirkstoffgehalt
- Jugend- und Verbraucherschutz
- optimale Erreichbarkeit von Konsumenten
- offene und ehrliche Prävention

Welche Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum existieren?

Niederlande

Das Modell der Coffeeshops in unserem Nachbarland wurde im Jahr 1976 begründet. Der Verkauf von bis zu fünf Gramm Cannabis in Coffeeshops an Erwachsene sowie der Besitz von bis zu 5 Gramm und von bis zu 5 Pflanzen ist illegal, wird aber nicht verfolgt. Die Versorgung der Coffeeshops ist weiterhin illegal und wird verfolgt. Der Verkauf in niederländischen Coffeeshops sollte nur an Niederländer erfolgen, in der Praxis wird diese Regelung aber regional unterschiedlich gehandhabt (so sind z.B. die Coffeeshops in sämtlichen zentral gelegenen großen Städten des

Landes nach wie vor für Ausländer geöffnet)⁸⁶. Aktuell diskutieren mehrere Städte, wie eine legale Versorgung der Coffeeshops realisiert werden könnte. Die Bilanz der niederländischen Drogenpolitik ist im Großen und Ganzen unspektakulär: Der Konsum von Cannabis liegt ungefähr im europäischen Durchschnitt und es werden schlicht nicht mehr Millionen Bürger von der Polizei verfolgt und Milliarden hierfür ausgegeben.

USA⁸⁷

Colorado

Im November 2012 stimmten die Bürger von Colorado für die Verfassungsänderung Amendment 64. Mit der Unterzeichnung des Gesetzes durch den Gouverneur im darauf folgenden Monat wurde der Besitz von einer Unze (28 Gramm) Marihuana legal, ebenso wie das Verschenken von bis zu einer Unze an Erwachsene und der Anbau von bis zu sechs Pflanzen, von denen maximal drei blühen dürfen. Die Ernte ist unabhängig von der Gesamtmenge legal, solange sie zuhause verbleibt. Es sind keine Formen des gemeinsamen Anbaus wie in Cannabis Social Clubs vorgesehen.

Im Jahr 2013 wurde das System für den legalen Verkauf, vom Anbau über Verarbeitung und Großhandel bis zum Einzelhandel geschaffen. Der Verkauf begann am 1.1. 2014. Pro Einkauf darf von Bürgern Colorados eine Unze erworben werden, bei Auswärtigen liegt die Grenze bei ¼ Unze. Diese Regeln gelten für alle Menschen ab 21 Jahren, nicht nur US-Bürger oder Staatsbürger.

Weiterhin verboten bleibt der Konsum in der Öffentlichkeit. Der Besitz von zwei Unzen stellt ein Vergehen da, ab 12 Unzen (340 g) ist es ein Verbrechen. Das Gleiche gilt für den Verkauf ohne Lizenz oder den Anbau von mehr als 6 Pflanzen. Die Angaben beziehen sich auf Marihuana. Die Regeln für Haschisch und Konzentrate sind strenger bzw. weniger großzügig bei den Mengen. Für Personen

⁸⁶ <http://keinwietpas.de/wo-gilt-der-wietpas-wo-nicht/>

⁸⁷ Das Rechtssystem der USA ist nicht eins zu eins nach Deutschland übertragbar. Die Begriffe Ordnungswidrigkeit, Vergehen und Verbrechen sind deswegen nur sinngemäß zu verstehen.

unter 21 Jahren ist der Besitz verboten, bei geringen Mengen aber entkriminalisiert und wird mit Ordnungswidrigkeiten oder Jugendstrafen geahndet. Im Straßenverkehr gilt ein Grenzwert von 5 ng/ml THC.

Auf die verkauften Produkte werden neben den normalen Verkaufssteuern Sondersteuern erhoben. Eine 15%-Sondersteuer fließt in den öffentlichen Haushalt, wobei die ersten 40 Millionen für den Schulbau verwendet werden müssen. Eine weitere 10%-Sondersteuer soll für die Verwaltung des Cannabis-systems genutzt werden

Das bestehende System für Cannabis als Medizin bleibt unberührt und existiert parallel (z.B. ohne Sondersteuern).

Washington

In Washington stimmten die Bürger ebenfalls im November 2012 für die Initiative 502. Der Besitz und Kauf von einer Unze Marihuana ist legal. Zudem gibt es ein legales System für Anbau, Verarbeitung, Groß- und Einzelhandel; der Verkauf soll Mitte 2014 beginnen.

Der öffentliche Konsum ist verboten. Der Besitz ab 40 Gramm oder mit der Absicht zur Weitergabe sowie der Handel und Weitergabe und jeglicher Anbau sind Verbrechen. Im Straßenverkehr gilt ein Grenzwert von 5ng/ml THC.

Auch in Washington sollen auf die verkauften Produkte neben den normalen Verkaufssteuern Sondersteuern erhoben werden. Die 25%-Steuer fließt in den öffentlichen Haushalt, davon sollen 60% für Prävention, Forschung, Gesundheit und Bildung verwendet werden.

Auch hier bleibt das bestehende System für Cannabis als Medizin unberührt und existiert parallel (z.B. mit Regelungen zum Eigenanbau).

Uruguay

Im Dezember 2013 beschloss das Oberhaus von Uruguay eine „verantwortungsvolle Regulierung“ und legalisierte damit als erste Nation weltweit Cannabis vollständig. Die Initiative für das Gesetz ging von Präsident Mujica aus und war im August bereits vom Unterhaus verabschiedet worden. Im Gegensatz zu den US Bundesstaaten mit ihrem

Cannabis-als-Medizin-System muss hier ein kompletter Markt aus dem Boden gestampft bzw. in die Legalität geführt werden. Mit einem Start des Verkaufs in Apotheken wird Ende des Jahres gerechnet.

Das Gesetz sieht drei Möglichkeiten der Versorgung mit Cannabis vor:

Jeder Bürger über 18 darf bis zu 40 Gramm Cannabis pro Monat in der Apotheke kaufen. Es gibt eine Registrierungspflicht und es dürfen maximal 10 Gramm pro Kauf erworben werden. Der Staat organisiert und überwacht den kommerziellen Anbau sowie den Verkauf. Der Wirkstoffgehalt von Cannabisprodukten ist auf 15% THC begrenzt.

Zudem ist der private Anbau von bis zu sechs Pflanzen pro Haushalt legal. Der private Anbau beinhaltet eine legale Vorratshaltung von 480 Gramm Hanfblüten pro Jahr.

Schließlich ist auch der gemeinsame Anbau in Cannabis Social Clubs legal. Sie dürfen jedoch nicht mehr als 45 Mitglieder haben, welche mindestens 15 und maximal 99 Pflanzen anbauen dürfen. Die Erntegrenze von 480 g pro Jahr und Person gilt auch hier.

Touristen dürfen kein Cannabis kaufen. Der öffentliche Konsum und Werbung sind verboten, berauschtes Fahren ebenso. Einfache Verstöße gegen das neue Gesetz werden bei Käufern als Ordnungswidrigkeit mit Beschlagnahmungen des Cannabis und Kaufverboten bestraft. Verkäufern droht der Lizenzentzug. Es sind keine Haftstrafen vorgesehen. Die alten Gesetze gegen illegalen Handel etc. gelten weiter.

Weitere Modelle

Daneben gibt es zahlreiche weitere offizielle und inoffizielle Modelle, sei es der seit vielen Jahren existierende legale Eigenanbau in Alaska oder Hunderte Cannabis Social Clubs in Spanien und Belgien. Am Beispiel von Portugal kann man die positiven Effekte einer Verbannung des Strafrechts für Konsumenten und der damit verbundenen maximalen Entkriminalisierung studieren (siehe auch Plenert/ Abschnitt C4 in diesem Band).

Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung von Cannabis in Deutschland

Basierend auf diesen Modellen und als Grundlage für eine produktive Diskussion in Deutschland wird im Folgenden eine Skizze für ein Gesetz zur Regulierung von Cannabis mit einigen Optionen präsentiert.

1. Substanzen

Gegenstand des Gesetzes ist Cannabis in jeder Form, die zu einem Rausch geeignet ist. Dazu gehören die komplette Pflanze (außer es handelt sich um „Nutzhanf“), die Blüten, Haschisch und andere Extrakte, sowie der reine Wirkstoff THC und Zubereitungen, die diesen in einer relevanten Dosis enthalten.

Die anderen natürlich vorkommenden Cannabinoide sowie synthetische Stoffe, die an den Cannabinoidrezeptoren wirken, sind praktisch nur für medizinische und wissenschaftliche Zwecke sowie einige wenige experimentierfreudige Konsumenten interessant – dies kann an anderer Stelle geregelt werden. Eine Regulierung der Hanfsamen ist denkbar, aber nicht notwendig. „Nutzhanf“ kann im gleichen Gesetz abgehandelt werden.

2. Regelungen für die Konsumenten

Wie bei Alkohol und Tabak ist ein Alter von 18 Jahren Voraussetzung für einen legalen Einkauf und Konsum in der Öffentlichkeit. Weitere Einschränkungen bezüglich der Kaufmengen oder Zugangsvoraussetzungen sind nicht notwendig.

Eine Mengenbegrenzung beim Besitz ist nicht nötig. Analog zu Medikamenten, Alkohol und Tabak gilt, dass ein Handeltreiben ohne Genehmigung illegal ist. Ein Verdacht dafür ergibt sich z.B. bei großen Mengen in untypischer Form. Ein Weinkeller ist legal, bei einem Schiffscontainer voll Acetylsalicylsäure oder Sildenafil ist ein Anfangsverdacht auf Handel jedoch angebracht.

3. Regelungen für den Einzelhandel

Cannabis darf nur in Fachgeschäften gehandelt werden. Das Verkaufspersonal muss geschult sein, sowohl was die Anwendung und Wirkung der Substanzen in all ihren Formen, als auch ihre Auswirkungen wie schädlicher Gebrauch betrifft. Eine Alterskontrolle über

Personalausweise ist obligatorisch und mit Testkäufen zu kontrollieren.

Jeder Geschäftsführer, der ein Cannabisfachgeschäft betreibt, benötigt eine persönliche Lizenz. Hierfür muss er die notwendige Fachkunde nachweisen und geeignet für die Geschäftsführung sein. Bei Verstößen gegen den Jugend- oder Verbraucherschutz erfolgt eine vorübergehende Aussetzung oder ein Entzug der Lizenz.

Für die Details – auch beim Anbau, Verarbeitung und Großhandel – beim Verbraucherschutz, Hygiene und Qualitätsstandards lassen sich bewährte Regeln für Alkohol, Tabak, Lebensmittel und Arzneimittel nutzen. Der Gehalt an Wirkstoffen, insbesondere THC, muss geprüft und ausgezeichnet sein. Die Ware muss frei von schädlichen Verunreinigungen wie Schimmel oder Pflanzenschutzmitteln sein.

Der Ware ist ein realitätstauglicher Beipackzettel beizulegen. Zielgerichtete Warnhinweise an Schwangere, Herzkrankte oder Menschen mit einer psychischen Vorbelastung sind obligatorisch.

Verboten werden kann der Verkauf an stark berauschte Menschen, Werbung außerhalb von Geschäften und Fachzeitschriften sowie die kostenlose Abgabe, Rabatte oder Mischungen mit anderen Drogen wie z.B. Tabak.

4. Eigenanbau und gemeinsamer Anbau

Noch mehr als bei Alkohol und Tabak ist eine Eigenversorgung bei Cannabis für viele Konsumenten eine Option. Wie in Colorado und Uruguay ist der Anbau von bis zu 6 Pflanzen, davon drei in der Blüte, legal. Falls es eine Einschränkung der Besitzmenge gibt, sollte sie für die zuhause gelagerte Ernte nicht gelten. Nicht gewinnorientierte Anbauvereine sind legal.

5. Preis und Steuern

Hier gibt es eine große Bandbreite an Möglichkeiten. Zu beachten sind die Marktbedingungen in der Einführungsphase und eine dauerhafte Schwarzmarktprävention. Denkbar wäre eine Steuer von 50% des Verkaufspreis oder fixe 2 Euro pro Gramm Cannabisblüte oder Haschisch. Bei 10% THC

wären dies 2 Euro pro 100 mg THC; dies gilt analog für alle anderen Produkte.

Bei Cannabis wäre eine teilweise Zweckbestimmung der Steuer für Prävention, Therapie und Beratung statt nur für die Sanierung des Haushalts wünschenswert.

6. Straßenverkehr

Wer berauscht am Straßenverkehr teilnimmt und damit andere gefährdet, wird bestraft. Nicht mehr und nicht weniger braucht es hier; die Umsetzung ist machbar, inklusive sinnvoller Grenzwerte. Die verwaltungsrechtlichen Bestimmungen, nach denen regelmäßig Konsumierende per se nicht berechtigt sind, ein Fahrzeug zu führen (siehe Pütz in diesem Band), werden aufgehoben.

7. Strafbestimmungen

Mit dem Strafrecht sollte alleine der illegale Handel bzw. allgemeiner jede gewinnorientierte Handlung außerhalb des lizenzierten Handels, insbesondere bei Jugendlichen, geahndet werden.

Eine nichtkommerzielle Weitergabe an Minderjährige, insbesondere durch junge erwachsene Freunde, mag sozial unerwünscht sein, ist aber nicht strafwürdig. Bei fahrlässigen oder mutwilligen Schäden greifen andere Strafnormen. Ein Übertreten der Menge von 6 Pflanzen ist ohne Gewinnorientierung nur eine Ordnungswidrigkeit; die überzähligen Pflanzen werden beschlagnahmt.

Ausblick

Noch geht die weltweite Debatte um eine alternative Drogenpolitik an den Parteien der großen Koalition vorbei. Während in den USA der Damm faktisch gebrochen ist, bröckeln die Mauern des Gedankengefängnisses der Cannabisprohibition hierzulande erst langsam. Wie sich die Drogenpolitik weiterentwickelt, ist unklar; denkbar sind hier viele Wege. Neben den Effekten der Veränderungen im Ausland gibt es auch in Deutschland einige Punkte, bei denen sich etwas bewegt. Die wachsende Verbreitung von Cannabis als Medizin wird zu einer Normalisierung beitragen. Vor Ort mehren sich die Rufe nach Modellversuchen und der kommende erste legale Eigenanbau durch

Patienten wird bildmächtig wirken. Zu welchen Zwischenschritten es in Bezug auf Gesetzesänderungen mit Lücken und Grauzonen durch die Parlamente oder Urteile von obersten Gerichten kommen wird, ist unklar. Klar ist nur: Wir befinden uns historisch an einem Wendepunkt in der Drogenpolitik.

Zum Weiterlesen

Nach dem Krieg gegen die Drogen: Modelle für einen regulierten Umgang. Urheber: Transform - Drug Policy Foundation. Herausgeber der deutschen Übersetzung: akzept e.V. - Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik.

www.akzept.org/pdf/drogenpolitik/regulierungs_modelle0612.pdf

<http://legalisierung-von-drogen.de/>

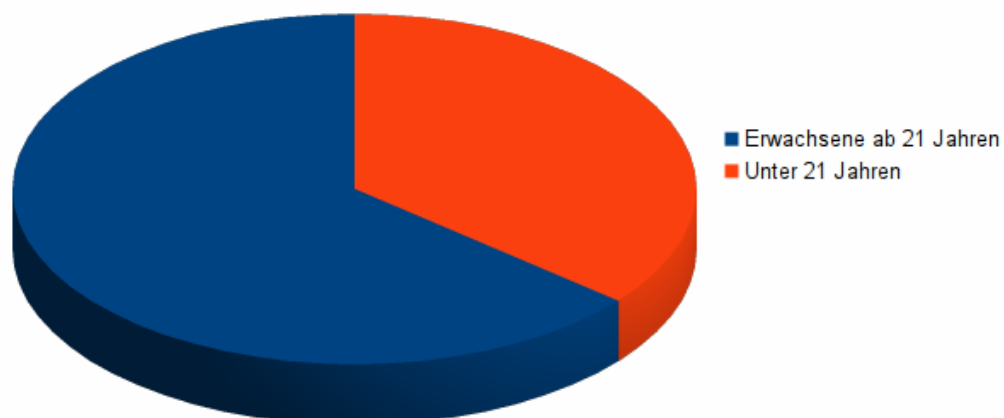
Friedrich-Ebert Stiftung: Entkriminalisierung und Regulierung – Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum, Autoren: Heino Stöver und Maximilian Plenert, 2013,

<http://library.fes.de/pdf-files/iez/10159.pdf>

Nicole Krumdiek: Die national- und internationalrechtliche Grundlage der Cannabisprohibition in Deutschland. Berlin: Lit, 2006

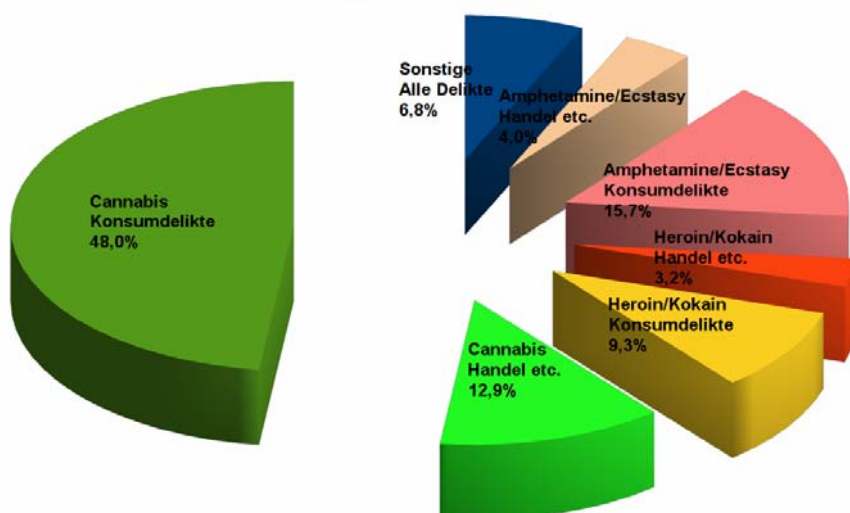
Die "Rauschgiftbekämpfung" ist ein Krieg gegen die Jugend

Alter der Tatverdächtigen bei konsumbezogenen Delikten bei Cannabis, Quelle: BKA 2012



Die "Rauschgiftbekämpfung" ist ein Krieg gegen Cannabiskonsumenten

Rauschgiftdelikte, Quelle: BKA 2012



C 3-3

Theo Pütz

Verlagerung des Strafrechts auf das Fahrerlaubnisrecht

Unabhängig von der grundsätzlichen Frage, inwieweit das Strafrecht geeignet erscheint, mögliche Probleme, die durch einen Drogenkonsum entstehen können, entgegenzuwirken (siehe Resolution der Strafrechtsprofessoren, Böllinger in diesem Band), hat das Bundesverfassungsgericht schon 1994 bezogen auf Cannabis festgestellt, dass gerade die strafrechtliche Verfolgung von Konsumenten unverhältnismäßig erscheint, da die **möglichen Gefahren**, die durch Cannabis für die Gesellschaft entstehen können, mit denen von Alkohol vergleichbar sind.

Mit dieser Entscheidung wurden die Staatsanwaltschaften dazu angehalten, die Strafermittlungsverfahren bei Besitz von geringen Mengen für den Eigenbedarf straflos einzustellen. Damit wurde den Strafverfolgungsbehörden insbesondere die „Strafrechtskeule“ gegenüber **Konsumenten** weitgehend entzogen. Damit muss ein Cannabiskonsument, der **erstmalig** auffällt, nicht mehr zwangsläufig mit einer strafrechtlichen Verurteilung rechnen.

Straffrei, na und....????

Genau zum selben Zeitpunkt wurden allerdings die Zügel im Fahreignungsrecht massiv angezogen. Schon 14 Tage nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts trat u.a. in Nordrhein-Westfalen ein Erlass in Kraft, der den Fahrerlaubnisbehörden vorgab, dass in den Fällen, in denen ein Strafermittlungsverfahren gemäß § 31a BtMG eingestellt wurde, die betroffenen Personen aufzufordern seien, auf eigene Kosten ihre Drogenfreiheit nachzuweisen. Sollten sie der Aufforderung nicht nachkommen, sollte die Fahrerlaubnis mit sofortiger Wirkung entzogen werden.

Sollte nach wie vor ein Konsum feststellbar sein, sollten weitere Maßnahmen (MPU) oder Entzug der Fahrerlaubnis angeordnet werden. Somit muss jeder Drogenkonsument seit der

Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts damit rechnen, dass seine generelle Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen grundsätzlich in Zweifel gezogen wird, was extreme Auswirkungen auf die Betroffenen hat. Neben den enormen Kosten, die durch ein solches Verfahren entstehen, sehen sich viele auch existenziell gefährdet, da sie beruflich auf ihre Fahrerlaubnis angewiesen sind.

Von Strafrecht auf Verwaltungsrecht

Die juristischen Möglichkeiten für die Betroffenen sind extrem schwierig. Dies liegt insbesondere an der Tatsache, dass die Kriterien hinsichtlich der generellen Fahreignung über das Verwaltungsrecht geregelt sind. Gegenüber den Verwaltungsbehörden stehen die Betroffenen ohne ausreichenden Rechtsschutz da. Zum einen liegt die Beweislast im Verwaltungsrecht grundsätzlich auf Seiten der Betroffenen (Bringschuld), zum anderen entziehen sich die Überprüfungsbegründungen grundsätzlich einer juristischen Überprüfung, und zudem fehlt selbst bei Entzug der Fahrerlaubnis ein durchgreifender Rechtsschutz, da die Fahrerlaubnis grundsätzlich mit sofortiger Wirkung entzogen wird (**Gefahrenabwehr**). Anders als im Strafrecht gibt es im Verwaltungsrecht auch **kein Beweisverwertungsverbot**, d.h., selbst wenn sich herausstellt, dass die Informationen durch die Polizei illegal ermittelt wurden und in einem anhängigen Strafverfahren nicht verwertet werden dürfen, gilt dies nicht für die Verwaltungsbehörden.

Ordnungsrecht

Ab jetzt ist jede Fahrt eine Drogenfahrt

Am 1.8.1998 trat der novellierte Paragraph 24a StVG in Kraft. Seither wird jedweder Nachweis einer illegalen Substanz im Blut als Drogenfahrt gewertet, die mit Bußgeld, Fahrverbot und Punkten in Flensburg geahndet wird. Diese Novellierung war dem Umstand geschuldet, dass eine Verurteilung wegen absoluter Fahruntauglichkeit immer schwieriger wurde, da immer kleinere Drogenspuren durch die Fortschritte in der forensischen Toxikologie nachweisbar wurden, ohne dass auch noch Ausfallserscheinungen (Drogenwirkung) festgestellt werden konnten. Daher

sah es der Gesetzgeber geboten, eine Rechtsnorm einzuführen, die eine Verurteilung (Ordnungswidrigkeit) ermöglicht, ohne dass irgendwelche Auffälligkeiten vorgelegen haben müssen.

Ab jetzt sind die Fahreignungskriterien amtlich und rechtsverbindlich.

Am 1.1.1999 trat die Fahrerlaubnisverordnung in Kraft. In dieser Bundesverordnung werden die Kriterien hinsichtlich der generellen Fahreignung einheitlich und im Detail geregelt und lösen somit die einzelnen landeseigenen Erlasse ab. Neben den Verfahrensweisen zur Überprüfung der Fahreignung sind nunmehr auch Ausschlusskriterien klar formuliert.

Demnach fehlt jeder Person, die Mittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes konsumiert, grundsätzlich die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, die zum Führen eines Kraftfahrzeuges vorausgesetzt werden.

Um es einfach zu formulieren, führt jedweder Konsum von Betäubungsmitteln (ausgenommen Cannabis) zum Verlust der individuellen Mobilität. Dies gilt völlig unabhängig von einer Verkehrsteilnahme unter Drogeneinfluss.

Bei Cannabis wird die Fahreignung nur dann als gegeben angesehen, wenn nur ein gelegentlicher Konsum vorliegt und keine weiteren Umstände hinzukommen, wie zum Beispiel eine Drogenfahrt oder der zusätzliche Gebrauch von Alkohol. Ein regelmäßiger Cannabiskonsum führt ebenso zum Verlust der Fahrerlaubnis, auch wenn nie eine Drogenfahrt begangen wurde.

Die Fahreignung betreffenden KO-Kriterien im Überblick:

- Konsum (nicht Missbrauch!) von Betäubungsmitteln i.S.d. BtmG (ausgenommen Cannabis)
- Regelmäßiger Cannabiskonsum
- Gelegentlicher Cannabiskonsum, zum dem schon ein wiederholter Konsum zählt, und Verkehrsverstoß, (fehlendes Trennungsvermögen)
- Gelegentlicher Cannabiskonsum und zusätzlicher Gebrauch von Alkohol (auch außerhalb einer Verkehrsteilnahme)

Vom Strafverfolger zum Fahreignungsüberwacher

Am 1.1.1999 tritt eine weitere Novellierung im Verkehrsrecht (§2 Abs. 12 StVG) in Kraft, die die Polizei ermächtigt, alle Daten, die auf einen nicht nur vorübergehenden Fahreignungsmangel hindeuten, unmittelbar an die zuständige Fahrerlaubnisbehörde zu übermitteln. Dieses Instrument war ein willkommenes Geschenk an die Strafverfolgungsbehörden. Mit dieser Rechtsnorm hat die Polizei nunmehr die Möglichkeit, völlig unabhängig vom Ausgang eines Straf- und/oder Ordnungswidrigkeitenverfahrens alle gewonnenen Erkenntnisse an die Fahrerlaubnisbehörde weiterzugeben, damit diese dann schon unabhängig vom Verfahrensstand eigene Maßnahmen bis hin zum sofortigen Entzug der Fahrerlaubnis einleiten kann.

Dass die Polizei als untere Ermittlungsbehörde das neue Fahrerlaubnisrecht für ihre Zwecke „gebraucht“, wurde schon sehr früh erkennbar. Zum einen verweist schon das Schulungsprogramm Drogenerkennung im Straßenverkehr von 1997 darauf hin; Zitat *„Schon jetzt sollte daran gedacht werden, dass unter Umständen die Beweise für eine Fahruntüchtigkeit nicht ausreichen, die Verwaltungsbehörden aber von einer generellen Fahruntauglichkeit ausgehen werden. Es ist deshalb so weit rechtlich zulässig, Beweise zu sichern für die regelmäßige Aufnahme von Drogen....“*⁸⁸ Zum anderen hat nach einem Bericht der Stuttgarter Nachrichten vom 25.10.2001 der Polizeipräsident von Stuttgart *„eine gemeinsame Strategie der Landeshauptstadt Stuttgart und der Polizei zur Bekämpfung der synthetischen Droge Ecstasy vorgestellt. Autofahrer, die jetzt im Besitz und unter dem Einfluss der Droge in eine Verkehrskontrolle geraten, werden nicht nur nach dem Strafrecht behandelt, sondern müssen mit dem Entzug des Führerscheins rechnen.“*⁸⁹

⁸⁸

www.akzept.org/dascannabisforum/download/polizei_schulung.pdf

⁸⁹

<http://www.jurathek.de/showdocument.php?session=1048037732&ID=7288>

Im Weiteren heißt es:

„Es ist eine noch schärfere Waffe als das Straf- und Ordnungswidrigkeitenrecht, weil es auf der Gefahrenabwehr beruht“, so S. Es muss also keine Straftat mehr nachgewiesen werden, sondern es genügt eine Prognose um die Fahrtauglichkeit, um ein Strafmaß zu finden.“⁹⁰

Hieran wird schon deutlich, dass die Strafverfolgungsbehörden die Rechtsnorm zu ihren strafrechtlichen Zwecken missbrauchen, da eine Verwaltungsbehörde grundsätzlich keine bestrafende Instanz ist. Zum anderen wird daran auch deutlich, dass den Strafverfolgungsbehörden sehr wohl bewusst ist, dass der Entzug der Fahrerlaubnis durch die Betroffenen grundsätzlich als eine Strafmaßnahme wahrgenommen wird.

Der Leiter des Stuttgarter Rauschgiftdezernats legte nach einem Bericht der Stuttgarter Zeitung vom 19.01.2004 noch nach, indem er sagte *„Zudem müsse Cannabis im Fahrerlaubnisrecht künftig wie eine harte Droge, also etwa wie Ecstasy behandelt werden. Das heißt, Cannabiskonsumenten würden in jedem Fall ihren Führerschein riskieren.“*

Der Hinweis aus dem polizeilichen Schulungsprogramm, grundsätzlich die Konsumgewohnheiten des Verdächtigen zu ermitteln, damit die Fahrerlaubnisbehörde den Führerschein entziehen kann, spiegelt sich auch in der strafrechtlichen Ermittlungspraxis wieder.

Heute findet man kaum noch strafrechtliche Vernehmungen, in der nicht auch die Konsumgewohnheiten durch die ermittelnden Beamten abgefragt werden, obwohl diese Angaben strafrechtlich völlig irrelevant erscheinen. Hier wird das Ziel Bestrafung durch die Hintertür sehr deutlich. Mittlerweile ist es auch nicht mehr ungewöhnlich, dass im Zuge von strafrechtlichen Ermittlungen Urinproben oder gar Haaranalysen angeordnet werden, nur um einen möglichen Konsum nachzuweisen, um diesen dann wiederum an die Fahrerlaubnisbehörde zu übermitteln. In den Fällen, in denen ein Drogennachweis gelingt,

wird die Fahrerlaubnis durch die Verwaltungsbehörde unmittelbar entzogen. Ausgenommen hiervon ist lediglich Cannabis, sofern nicht ein regelmäßiger Cannabiskonsum festgestellt wurde. In diesen Fällen müssen die Betroffenen aber mit weitergehenden und teuren Überprüfungsmaßnahmen (MPU) rechnen.

Drogen im Straßenverkehr

Betrachtet man die Fahreignungskriterien vor dem Hintergrund des Verkehrsordnungsrechts, wird es völlig absurd. Wir fassen zusammen: Seit dem 1.1.1999 steht fest, dass Personen, die Mittel im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes konsumieren, grundsätzlich nicht fahrgeeignet sind, selbst bei einem nur einmaligen Konsum. Bei Cannabis trifft dies grundsätzlich zu, wenn neben einem gelegentlichen Konsum (mehr als einmal) bei einer Verkehrskontrolle noch THC über 1 ng/ml nachgewiesen wird.

Einige Monate zuvor trat der novellierte §24a StVG in Kraft, der unter Androhung von Bußgeld, Punkten und Fahrverbot Drogenfahrten verhindern sollte.

Der Zweck der Rechtsnorm (§24a StVG) wird systematisch verfehlt!

Bei Verstoß gegen diese Rechtsnorm können die zu verhängenden Sanktionen, hier insbesondere das Fahrverbot, als erzieherische Maßnahme nur verfassungskonform sein, wenn diese das vorgegebene Ziel (Einhaltung des Nüchternheitsgebotes/Punktnüchternheit) erreichen können.

Daran scheitert es aber regelhaft, da die Verwaltungsbehörden schon alleine aufgrund einer Konsumfeststellung davon ausgehen, dass die Person grundsätzlich nicht geeignet ist, ein Kraftfahrzeug zu führen. Bei Cannabis wird schon nach der ersten „Drogenfahrt“ auf ein „fehlendes Trennungsvermögen“ geschlossen, was ebenfalls den unmittelbaren **Entzug** der Fahrerlaubnis bedeutet. Dies heißt für die Betroffenen, dass sie von jetzt auf gleich ohne Fahrerlaubnis sind, und in der Regel mindestens 1 Jahr völlige Drogenabstinenz nachweisen müssen, bevor sie überhaupt eine Chance haben, eine MPU zu bestehen, die grundsätzlich im Zuge einer

⁹⁰ Ebd.

Wiedererteilung gefordert wird. Hieran wird deutlich, dass das verwaltungsrechtliche Gefahrenabwehrrecht selbst Rechtsnormen aus dem Straßenverkehrsgesetz überlagert und somit ad absurdum führt.

Verhältnismäßig?

Die Sanktion Fahrverbot mag ungeachtet der Grenzwertfrage für eine Verkehrsteilnahme noch verhältnismäßig erscheinen, da sich dieser Eingriff für den Betroffenen zwar merklich, aber nicht zwangsläufig existenzgefährdend auswirkt, da ein vierwöchiges Fahrverbot selten mit einem Jobverlust einhergeht. Einig werden sich die Strafrechtler auch in der Frage sein, dass ein Entzug der Fahrerlaubnis wegen charakterlicher Nichteignung (gemäß Paragraph 69 StGB) bei einer Ordnungswidrigkeit völlig unverhältnismäßig wäre und kaum Bestand haben könnte.

Ebenfalls wäre es wohl kaum mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz vereinbar, wenn der Besitz von geringen Mengen für den Eigenbedarf mit einem Entzug der Fahrerlaubnis gemäß §69 StGB sanktioniert werden würde.

In der Rechtspraxis führt der Umgang mit Betäubungsmitteln aber seit 1994 verstärkt zum Entzug der Fahrerlaubnis, zwar nicht als Strafe gemäß § 69 StGB – denn das wäre ja unverhältnismäßig –, sondern nach Paragraph 46 der Fahrerlaubnisverordnung, da bei Drogenkonsumenten die Fahreignung grundsätzlich nicht gegeben erscheint.

In der Summe genommen ist festzustellen, dass auf der einen Seite eine strafrechtliche Verurteilung wegen des Besitzes von Betäubungsmitteln in geringen Mengen für den Eigenbedarf nur noch selten erfolgt. Also eine messbare Entkriminalisierung der Konsumenten, allerdings nur beschränkt auf das Betäubungsmittel**strafrecht**.

Der allgemeine Ermittlungs- und Bestrafungsdruck gegenüber Drogengebraucherinnen und -gebern hat demgegenüber seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes von 1994 durch die Änderungen im Verkehrs- und Fahreignungsrecht in einem enormen Maße zugenommen. Dies führt letztendlich auch zu einem Anstieg der ein-

geleiteten Strafermittlungsverfahren, da jedweder Konsumnachweis automatisch die Einleitung eines Strafermittlungsverfahrens wegen Verstoß gegen das BtMG nach sich zieht, die dann aber regelhaft eingestellt werden.

Betroffene verlieren aber oftmals ihre Fahrerlaubnis, was nicht selten mit Einkommenseinbußen oder einem Jobverlust einhergeht. Um wieder an ihre Fahrerlaubnis zu kommen, müssen sie nicht selten 12 Monate Abstinenz nachweisen und eine MPU (Idiotentest) bestehen. Die Kosten liegen nicht selten bei 3.000 bis 5.000 Euro. Neben den finanziellen Belastungen, die nicht alle Betroffenen stemmen können und somit ihre Fahreignung auf absehbare Zeit nicht nachweisen können, kann man eine MPU auch nur mit einem positiven Ergebnis abschließen, wenn man den Gutachter davon überzeugen kann, dass man dauerhaft abstinent bleibt.

Dass gerade die Strafverfolgungsbehörden das Straf-, Ordnungs- und Verwaltungsrecht vermischen und gezielt zu ihren Zwecken einsetzen, zeigt z.B. auch die tagtägliche Ermittlungspraxis aus Berlin.

Drogenermittler beobachten an einem „Brennpunkt“ ein Drogengeschäft. Ein Konsument besorgt sich 2 Gramm Hasch. Mit den 2 Gramm Hasch verlässt er den Park und geht an den Zivilermittlern vorbei. Zugriff? Nein, man wartet ab und beobachtet im Weiteren, wie er in sein Auto steigt, und gibt den Kollegen an der nächsten Ecke Bescheid, damit diese das Auto gezielt einer Verkehrskontrolle inkl. Blutentnahme unterzieht. Wird dann noch was nachgewiesen, meldet die Polizei dies unmittelbar an die zuständige Verwaltungsbehörde, und diese entzieht die Fahrerlaubnis mit sofortiger Wirkung. (aus eigenen Aktenbeständen/ Polizeiberichten)

Die Begründung für diese restriktive Vorgehensweise im Fahreignungsrecht gegen Drogenkonsumenten liefert der Kommentar zu den Begutachtungsleitlinien.

Diesem ist unter 1.1 („Unterschiede zum Alkoholmissbrauch“) zu entnehmen, dass die Autoren diese restriktive Vorgehensweise als erstes damit begründen, dass die Substanzen

durch den Gesetzgeber aufgrund ihrer Gefährlichkeit, ungeachtet der Entscheidung vom BVerVG 1994, verboten sind, Punkt. Daher ist auch per se von einer enormen Auswirkung auf die Verkehrssicherheit auszugehen.

Sicherlich schränkt eine akute Drogenwirkung die Fahrtauglichkeit ein, die tatsächlichen Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit – wie auch im Allgemeinen – liegen nach neuerlichen Erkenntnissen (Druid-Projekt⁹¹) aber deutlich unter denen von Alkohol.

Da sich die Gefahreinschätzung, verbotene Drogen gleich exorbitante Gefahr für die Verkehrssicherheit, nicht bestätigen lässt, und sich diese restriktive Praxis daher auch nicht damit begründen lässt, können alle damit verbundenen Nachteile (Kosten/Entzug der Fahrerlaubnis) nur als reine (Konsum-) Bestrafung wahrgenommen werden. Ferner wird über diesen Hebel auch ein völliges Abstinenzdogma – was illegale Substanzen anbelangt – durchgesetzt, da eine Wiedererteilung der Fahrerlaubnis an den Nachweis dauerhafter Abstinenz geknüpft ist.

Diese Rechtspraxis ist unhaltbar. Zum einen läuft damit jeder Gefahr, seine Fahrerlaubnis zu verlieren, bei dem der Konsum von Drogen festgestellt wird, ohne dass eine nachvollziehbare Gefahr für die Verkehrssicherheit ausgeht. Zum anderen wird die richtige Vorgabe, nur nüchtern am Kraftverkehr teilzunehmen, völlig pervertiert, da es darauf ganz offensichtlich nicht ankommt. Dadurch steigen auch die Gefahren für die Verkehrssicherheit, da es einem „Drogenkonsumenten“ im Grunde egal sein kann, ob er sich an das Nüchternheitsgebot hält oder nicht, da in jedem Fall die Fahrerlaubnis in Gefahr ist.

91

<http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/2289-druid-studie-uebersetzung-und-ueberraschende-ergebnisse>

C 3-4

Frank Tempel

Die Polizei - Dein Freund und Helfer?

Ein wesentlicher Bestandteil der deutschen Drogenpolitik ist die Polizeiarbeit. Niedrigschwellig, wenn es um die Kontrolle des Jugend- und Verbraucherschutzes in legalen Bereichen wie etwa Glücksspiel, Tabak- und Alkoholkonsum geht oder repressiv, wenn es um die sogenannten illegalen Drogen geht.

Während ich aus vielen Bereichen des Sozial- und Gesundheitsdienstes immer wieder höre, dass der riskante und abhängige Konsum im wesentlichen bei den legalen Drogen anzutreffen sei, ist der polizeiliche Schwerpunkt von Ermittlungen, aufgrund der bestehenden Prohibitionspraxis gegenüber ausgewählten Drogen, bei den illegalen Substanzen anzutreffen.

Als Bemerkung sei erlaubt, darauf hinzuweisen, dass die polizeiliche Praxis in Deutschland sehr unterschiedlich aussieht. Während ich in einem Fernsehbericht aus Berlin neulich gesehen habe, dass die kontrollierenden Polizeibeamten auf eine Anzeige verzichteten, weil es sich nur um ein Gramm Cannabis handelte, also um eine geringe Menge, hatte ich in Thüringen die dienstliche Erfahrung, dass erst einmal bei jeder Feststellung – auch bei Restanhaftungen in Tütchen – eine Strafanzeige aufgenommen wird. Die sogenannte geringe Menge spielt in den meisten Bundesländern erst bei der weiteren Bearbeitung durch Staatsanwaltschaft und Gericht eine Rolle, wobei bei diesen geringen Mengen dann häufig eine Einstellung des Verfahrens erfolgt. Hierbei darf trotzdem nicht vergessen werden, dass es sich dabei um eine Kann-Bestimmung handelt. So macht z.B. in Bayern die Justiz selten von der Möglichkeit einer Einstellung des Verfahrens wegen geringer Menge Gebrauch.

Mein Dienst erfolgte in Thüringen und ich wurde für die Drogenproblematik sensibilisiert, als ich stellvertretender Leiter einer mobilen Rauschgiftbekämpfungsgruppe wurde.

Auftrag und Motivation dieser Arbeit decken sich mit der offiziellen Aufgabe der polizeilichen Drogenbekämpfung – Verringerung von Angebot und Nachfrage illegaler Drogen.

Es handelt sich dabei um ein sogenanntes Dunkelfelddelikt. Das heißt, weder Verkäufer, noch Käufer und Konsumentin bzw. Konsument der Substanz haben an einem Bekanntwerden der Straftat ein Interesse. Den klassischen Geschädigten, der Interesse an der Verfolgung der Straftat hat und diese deshalb bekannt machen, also zur Anzeige bringen will, gibt es hier nicht. Das heißt geringer Kontrolldruck = weniger Feststellungen = also wenig Strafanzeigen. Erhöht sich der Kontrolldruck, steigt auch die Zahl der erfassten Straftaten. Mit einer Zunahme der Straftaten innerhalb des Kriminalitätsfeldes hat das nichts zu tun. Kommt dann hinzu, dass bei den Kontrollen Erfahrungen aus Theorie und Praxis der Polizei eingesetzt werden, nimmt dadurch auch die Zahl der Treffer zu und die Zahl der Strafanzeigen steigt. Dies kann bei reiner Betrachtung der Deliktzahlen sehr schnell zu der fehlerhaften Annahme führen, dass auch die Häufigkeit des Deliktes zugenommen hat – in diesem Fall also die Zahl der Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz.

Scheinbar häufen sich also erst einmal die Straftaten. Doch die beabsichtigte Wirkung soll eine Senkung sein. Ist dies auch wirklich der Fall? In dreijähriger Praxis in einer Rauschgiftbekämpfungsgruppe machte ich nicht die Erfahrung, dass erwischte Besitzer von Betäubungsmitteln, häufig Cannabis, sich darüber ärgerten, etwas von diesen Substanzen erworben zu haben. Ihr Ärger galt häufig dem Umstand erwischt worden zu sein, also Pech gehabt zu haben oder auch nicht clever genug gewesen zu sein. Die Reaktion ist dann auch eher zu versuchen, sich das nächste Mal nicht erwischen zu lassen. Die zweite beobachtete Reaktion ist Gelassenheit, weil man sich an diese Anzeigen in Verbindung mit der Regelung zur geringen Menge gewöhnt hat. Noch häufiger erfolgt jedoch statt Schuldgefühl eine Empörung über die Anzeige. Eine Empörung, die durchaus auch für den aufnehmenden

Polizeibeamten nicht ganz unproblematisch ist.

Ich möchte das mal verdeutlichen. Normalerweise hat die Polizeibeamtin / der Polizeibeamte gegenüber der/ dem Beschuldigten eine sehr starke Position. Der Gegenüber muss sich den Vorwurf gefallen lassen, jemanden anderen geschädigt zu haben – sei es an Besitz, Gesundheit, Ehre u.ä. Der erwischte Drogenkonsumierende hat erst einmal niemanden geschädigt. Hier erfolgt sehr häufig die Frage nach dem Grund der strafrechtlichen Konsequenz; der Polizeibeamte hat dafür nichts anderes als einen Gesetzestext, der eben besagt: "Besitz und Erwerb sind strafbar". Die Folge ist eine sehr geringe Normenakzeptanz bei den potentiellen Konsumierenden. Die stabile Zahl der Feststellung von Konsumierenden zeigt, dass der polizeiliche Druck ganz offensichtlich keine Wirkung auf das Konsumverhalten hat. Stärkere Kontrollen erhöhen lediglich die Bemühungen, diese Kontrollen zu umgehen oder zu überlisten.

Führt die polizeiliche Arbeit wenigstens zur Verringerung des Angebotes?

Die Illegalisierung der Substanzen eröffnet den Raum für einen gewaltigen Schwarzmarkt. Hier ist, je nach Risiko, sehr viel Geld zu verdienen. Egal was auf einem Schwarzmarkt gehandelt wird, es wird immer Menschen geben, die sich sicher sind, clever genug für diesen Schwarzmarkt zu sein und das Risiko beherrschen zu können. Dieser Faktor sollte auf jeden Fall eine Rolle spielen. Das heißt, wenn das feingliedrige Netz der Dealerszene durch einen polizeilichen Ermittlungserfolg eine Lücke erhält, werden sich mehrere andere Verkäufer finden, die diese Lücke in kurzer Zeit schließen. Auch von erfahrenen Drogenfahndern hörte ich häufig das Beispiel der Hydra, der für jeden abgeschlagenen Kopf zwei neue wüchsen.

Doch die polizeiliche Arbeit lässt sich auch an Einzelbeispielen beurteilen. Beispiele, die mir selbst erhebliche Zweifel am wirklichen Sinn meiner Arbeit einbrachten.

Die erste Frage der Sinnhaftigkeit taucht bereits auf, wenn man die Verhältnismäßig-

keit des Aufwandes im Vergleich mit anderen Deliktfeldern vergleicht. Kontrolldruck auf die Konsumentinnen- und Konsumentenszene auszuüben heißt in erster Linie Feststellungen von Besitz geringer Menge zu machen – also genau in jenem Bereich Strafanzeigen zu schreiben, wo selbst das Bundesverfassungsgericht die Verhältnismäßigkeit strafrechtlicher Verfolgung in Zweifel gestellt hat. In der üblichen Straßenkontrolle erwischt man im Regelfall nicht den Kurier oder Händler großer Mengen. Dazu kommt, dass trotz dieser fragwürdigen Verhältnismäßigkeit bei Kleinstmengen das komplette Programm strafprozessualer Maßnahmen nicht selten ist – also intensive Durchsuchung von Person und Sachen –, bei Feststellung von Betäubungsmitteln auch nicht selten die teilweise unmittelbare Durchsuchung von Wohnungen. Das alles bei einem Delikt, bei dem bereits im Voraus die Wahrscheinlichkeit einer Einstellung besteht. Dieses Paket von Maßnahmen erfolgt nicht nur bei bereits festgestellten Substanzen. Geschickte Polizeibeamte versuchen wenigstens noch den Deckmantel der Freiwilligkeit über die Maßnahme zu hängen. Also: "sie haben doch nichts dagegen wenn wir mal einen Blick in ihr Fahrzeug werfen, ihre Tasche usw.". Ich habe in dieser Zeit niemanden erlebt, der "nein" gesagt hat oder nach der Rechtsgrundlage dieser verdachtsunabhängigen Kontrolle fragte. Tatsächlich ist aber die Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahme und damit die Rechtsstaatlichkeit zu hinterfragen.

Diese Frage habe ich mir auch bei diesem Beispiel gestellt:

Drei junge Männer fallen am letzten Tag eines Techno-Festivals an einem Thüringer Stausee auf. Sie sind aus Bayern und die Rückreise erweist sich als problematisch, weil einer von ihnen große Probleme mit seinen beiden volltrunkenen Begleitern hat. Polizeibeamte kommen hinzu und die zwei müssen ärztlich betreut werden. Routinemäßig erfolgt auch eine Kontrolle des Dritten und – siehe da – zwei Pillen kommen zum Vorschein.

Später ergibt sich, dass er sich diese Pillen von Freunden hat aufschwätzen lassen, da er keinen Alkohol trinkt und keine Spaßbremse

sein wollte. Am Ende der Party wies sein Blut keine illegale Substanz auf. Aber Besitz und Erwerb sind strafbar – völlig unerheblich, ob er sie dann irgendwann auch nehmen wollte. Der junge Mann, ein guter Schüler, stand kurz vor einem Auswahlverfahren bei der Bayerischen Polizei – ein Weg, der für ihn mit dieser Strafanzeige wegen Verstoß nach § 29 BtMG endete. Dies ist bei weitem kein Einzelbeispiel und ich war am Ende dieser Dienstschrift nicht stolz auf mich.

Doch auch andere Phänomene kann man beobachten, wenn man den Polizeidienst in der Drogenbekämpfung mit einem offenen Blick durchführt:

Durchsuchung wegen des Verdachtes des Handels mit Heroin gegen mehrere, bereits mehrfach bekannte, junge Männer. Der junge Mann, bei dem ich zur Durchsuchung der Wohnung eingeteilt war, hatte nicht nur mehrere Verurteilungen hinter sich, er war auch selbst als Heroinkonsument aufgefallen. Auch Therapieabbrüche waren bei ihm aktenkundig.

Bei der Durchsuchungsmaßnahme gab es dann eine Überraschung. In der Wohnung befand sich auch eine Freundin des Beschuldigten, welche nicht die äußerlichen Merkmale einer Heroinkonsumentin aufwies. Auch der Beschuldigte selbst wirkte zwar nicht gesund, hatte sich aber doch seit der letzten Feststellung verändert und wenn es nur die Zunahme des Körpergewichts war. Erstaunt äußerte der junge Mann, dass er doch mit diesem Milieu nichts mehr zu tun habe. Daraufhin gab ich ihm zu verstehen, dass dies nicht die originellste Schutzbehauptung eines Beschuldigten sei. Daraufhin erklärte er, dass er auf Druck seiner Freundin bereits seit einem halben Jahr in einem Substitutionsprogramm sei und damit auch gut klar käme. Er fragte aber auch, ob unsere Maßnahme lange dauern würde, denn er müsse auf die Arbeit, womit er eine Maßnahme des Arbeitsamtes meinte, die er gerade absolvierte.

Was mir damals nicht gleich auffiel: ich hatte gerade ein Beispiel gelungener Entkriminalisierung erlebt. Nicht durch Justiz und Polizei, sondern durch das persönliche Umfeld und einem gesundheitspolitischem Angebot ist

hier ein Erfolg erzielt worden. Mit der Substitutionstherapie war der junge Mann nicht mehr auf seine dealenden "Freunde" angewiesen und konnte sich von ihnen lösen. Unter ärztlicher Hilfe kam er zum kontrollierten Konsum, konnte die Nebenwirkungen senken und fand zurück in ein soziales, selbstbestimmtes Leben. Nur musste er für diese Chance eben erst schwer abhängig werden – sonst gibt es diese Chance bei uns nicht.

Das Fazit meiner polizeilichen Arbeit in der Drogenbekämpfung fällt nüchtern aus. Egal wie hoch der Ansatz ist – die Polizei hat keine wirkliche Chance, Angebot und Nachfrage an Rauschmitteln zu minimieren. Was starker polizeilicher Druck bewirken kann, ist eine gewisse Unsichtbarkeit des Phänomens – öffentliche Szenen können verdrängt werden. Laien werden aus der Händlerszene gedrückt und der Handel erfolgt organisierter und professioneller. Dazu kommt die Gefahr, dass sich die Art der Substanzen, die sich im Verkauf befinden, auch nach dem Entdeckungsrisiko richtet. Lange Wege vom Rohstoff bis zum Konsumierenden erhöhen Preis und Entdeckungsrisiko. Synthetische Herstellungsmöglichkeiten vor Ort sind preiswerter und weniger in Gefahr aufzufliegen. Dass diese Substanzen unter Umständen noch gefährlicher für den Konsumierenden sind, spielt auf dem illegalen Drogenmarkt keine Rolle.

Die Polizei hat als exekutive Gewalt die Aufgabe, das umzusetzen, was die judikative (Gerichte) und legislative (Parlamente) Gewalt entscheidet. Daher wäre es ungerechtfertigt, für die anhaltende Kriminalisierung der Konsumentinnen und Konsumenten illegalisierter Drogen die Polizei zu beschuldigen. Vielmehr sollte eingefordert werden, dass sich die Polizei ausschließlich mit den klassischen Kriminalitätsfeldern in Deutschland beschäftigt, bei denen es Täter und Opfer gibt. Dies ist nur durch eine grundlegende Änderung der bisherigen Gesetzeslage möglich.

C 3-5

Holger Gundlach

Drogen und Strafverfolgung – Plädoyer für einen Paradigmenwechsel

„Es ist das Ziel der Bundesregierung, den Konsum illegaler Drogen mit allen seinen negativen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen zu verringern und deren Verfügbarkeit durch Verfolgung des Drogenhandels einzuschränken.“ So steht es im Drogen- und Suchtbericht des Vorjahres⁹² und so – oder so ähnlich – wird es auch im demnächst erscheinenden aktuellen Bericht stehen. Auf die Deklamation des Mantras von den drei oder vier bewährten Säulen der Drogenpolitik – Prävention, Therapie/ Beratung/(Überlebens)Hilfe, Repression/ Angebotsreduzierung – wurde zwar verzichtet, es existiert aber nach wie vor in den Köpfen und schimmert durch Struktur und Inhalt des Berichts durch: Nur nichts verändern – weiter wie bisher! Die Säulen aber markieren nur die Wege, sie definieren nicht das Ziel. Hier darf nicht mit der fernöstlichen Weisheit „Der Weg ist das Ziel“ operiert werden. Ohne Vorhandensein und Beachtung eines angestrebten Gesamtziels besteht die Gefahr, dass wegspezifische Ziele gebildet werden, die in Konkurrenz und/oder Widerspruch zueinander stehen, Hindernisse auf den jeweils anderen Wegen aufbauen und unerwünschte Nebenwirkungen hervorbringen. Überlegungen, die ein Zurückfahren des strafrechtlichen Ansatzes auch nur diskutieren: Fehlanzeige.

Dem Mainstream der Drogenpolitik mangelt es an Ideologiefreiheit, Rationalität, Schlüssigkeit, Glaubwürdigkeit und Zielklarheit! Oder ist es z.B. rational und glaubwürdig, den Umgang mit bestimmten Drogen als Straftat zu definieren, die so entstandene Kriminalität als

Problem zu identifizieren und dann die optimale Bekämpfung dieser Kriminalität zum Ziel zu erklären?

Es ist ja richtig: Entkriminalisierung bzw. Legalisierung des z.Z. mit Strafe bedrohten Umgangs mit Drogen würden Probleme mit sich bringen. Aber: Ist es nicht aller Mühen wert, nach Lösungen dieser Probleme zu suchen? Ist der Einsatz des Strafrechts zur Minderung des Drogenkonsums unproblematisch? Werden die Risiken und Nebenwirkungen des strafrechtlichen Bekämpfungsansatzes gebührend beachtet?

Geprägt durch meine frühere Funktion und Verantwortung als Leiter des Drogendezernats und verschiedener Referate der Grundsatzabteilung des LKA Hamburg, insbesondere durch intensive Beschäftigung mit den Themen Substitution und Drogentod, bin ich zu der Überzeugung gekommen, dass ein Paradigmenwechsel unumgänglich ist:

Die polizeilichen und justiziellen Aktivitäten sind sehr personal- / kostenintensiv und im Hinblick auf die beabsichtigte Eindämmung des Drogengebrauchs relativ wirkungslos. Sie führen aber zu einer Fülle von Ermittlungsverfahren wegen bloßen Besitzes illegaler Drogen und zur Überfüllung der Haftanstalten mit Drogenkonsumenten und Kleindealern. Und dies in einer Zeit, in der Polizei und Justiz die Grenzen der Belastbarkeit wegen der zur Sanierung der Länderhaushalte erforderlichen personellen Einsparungen erreicht und zum Teil überschritten haben.

Drogen und Strafverfolgung – mein Standpunkt

Die Drogenproblematik liegt längst nicht mehr allein in der Rauschgiftsucht sowie den sucht- und konsumbedingten individuellen und sozialen Schäden, sondern zunehmend in den durch den strafrechtlichen Bekämpfungsansatz – unbeabsichtigt – ausgelösten Folgen. Die abhängigen und nicht abhängigen Konsumenten können sich, sofern sie nicht substituiert werden, ausschließlich auf einem illegalen Markt versorgen. Dies führt einerseits zu horrenden Endverbraucherpreisen mit der in der Regel zwangsläufigen Folge von

92 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: [Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, 2013](#), Berlin: Bundesministerium für Gesundheit: S. 13

Beschaffungskriminalität, -prostitution und/oder Drogenkleinhandel, andererseits zu erheblichen Gewinnspannen für die „Großhändler“. Deren Gewinne sind umso höher, je besser der Handel organisiert und je größer der Marktanteil ist. Dies führt zu einer Verfestigung der Strukturen und zu Verbindungen über das Rauschgiftgeschäft hinaus (Terrorismus, Waffenhandel, Organisierte Kriminalität, Einfluss in Wirtschaft und Politik). Wohin es führt, (vermeintliche) psychosoziale Probleme mit den Mitteln des Strafrechts lösen zu wollen, hat die Alkohol-Prohibition in den USA gezeigt.

Rauschgiftabhängigkeit ist eine Krankheit – ob selbst verschuldet oder nicht, spielt dabei keine Rolle –, die der Abhängige ohne fremde Hilfe meist nicht oder zumindest erst nach langen Jahren überwinden kann. Durch Drogenkonsum gefährdet der Süchtige unmittelbar nur sich selbst. Zur Gefahr für andere wird er erst, wenn er das Geld für Rauschgift wegen der hohen Kosten und/oder Arbeitsunfähigkeit nicht mehr legal erlangen kann (direkte oder indirekte Beschaffungskriminalität) oder wenn er unter Betäubungsmittel-einfluss Auto fährt pp.

Allerdings: Es entsteht Schaden für die Gesellschaft durch rauschgiftbedingte Verwahrlosung und Krankheiten. Ähnliche Gefahren und Schäden entstehen aber auch durch Missbrauch legaler Drogen (Alkohol, Nikotin, Medikamente) sowie durch sonst unvernünftiges – oder sogar allgemein übliches – Verhalten. Einige Schlaglichter aus Deutschland 2012:

- Etwa 110 000 Bürger starben an den Folgen des Rauchens.⁹³
- Über 74.000 Alkoholtote waren zu beklagen.⁹⁴
- 3.600 Todesopfer forderte der Straßenverkehr.⁹⁵

93 ebd.; S. 24

94 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Daten/Fakten: Alkohol,

<http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html>

95 Statistisches Bundesamt: [Verkehr - Verkehrsunfälle - Fachserie 8 Reihe 7 - 2012](#)
Wiesbaden: Destatis 2012, S. 44

Zum Vergleich: 2012 waren 944 Drogentote zu verzeichnen.⁹⁶

Rauschgiftsucht - ein komplexes Problem

Das Drogenproblem ist nur ganz zuletzt ein Problem der Polizei. Vielmehr handelt es sich um ein gesamtgesellschaftliches Problem, zu dessen Lösung in erster Linie die Bürger, Behörden und Institutionen – und Politiker! – mit Verantwortung im sozialen, gesundheitlichen und erzieherischen Bereich aufgerufen sind. Die Drogensucht kann mit polizeilichen und justiziellen Mitteln nicht wirksam bekämpft – geschweige denn beseitigt – werden. Ihre Pönalisierung hat kaum positive, dafür aber bislang vernachlässigte negative Auswirkungen.

Die Komplexität des Beziehungsgeflechtes aus

- Konsum,
- Abhängigkeit,
- Illegalität des Rauschgiftmarktes,
- Entwicklung und Verfestigung krimineller Strukturen,
- Beschaffungskriminalität,
- allgemeiner Kriminalität,
- Prostitution,
- Organisierter Kriminalität,
- Strafvollzug,
- Prävention,
- drogenfreier Therapie,
- Substitutionstherapie,
- polizei- und strafrechtlichen Maßnahmen,
- gesellschaftlichen Verhältnissen und
- Ausbau polizeilicher und justizieller Befugnisse und Möglichkeiten

erfordert angesichts der Entwicklung der Drogensucht in den letzten Jahren und des beängstigenden Ausblicks in die Zukunft eine neue (?) Zielbestimmung und eine neue Strategie. Hierbei darf es keine Tabus geben: In Anbetracht der Lage ist es verfehlt, die alten Wege lediglich mit „more of the same“ planen zu wollen.

96 Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013: S. 37

Neue Denkansätze

Die inzwischen auch von vielen einstigen Gegnern akzeptierte methadongestützte Substitutionstherapie war ein erster Schritt. Die zunächst nur zögerlich umgesetzte Erlaubnis, Drogenkonsumräume einzurichten⁹⁷ und sterile Einwegspritzen auszugeben⁹⁸, waren wichtige und durchaus große Schritte. Die schon weniger angenommenen Möglichkeiten, Drogenkonsumräume einzurichten und sterile Einwegspritzen auszugeben sind fast schon als Sprünge zu bezeichnen. Mit dem Heroinprojekt wurde 2002 der Fuß zu einem weiteren Schritt gehoben und endlich 2009 mit der Regelung zur Substitutionsbehandlung mit Diamorphin (nichts anderes als Heroin) auf gesetzlichem Boden aufgesetzt⁹⁹.

Der Paradigmenwechsel wurde also schon schleichend eingeleitet. Jetzt gilt es, überkommene Denkstrukturen weiter aufzubrechen sowie kritisch analysierend Althergebrachtes in Frage zu stellen und auch das „Undenkbare“ (Entkriminalisierung des Rauschgiftkonsums, partielle Legalisierung und/oder staatlich kontrollierte Drogenabgabe) nicht nur abseits des Mainstreams¹⁰⁰ unvoreingenommen zu durchdenken. Nur mit einem fundierten neuen Denkansatz hat unsere Gesellschaft noch eine Chance im Kampf gegen die organisierte Drogenkriminalität, die Beschaffungskriminalität und gegen die Drogensucht als solche. Die Vor- und Nachteile dieses Ansatzes müssen so schnell wie möglich unter Berücksichtigung

- der Schädlichkeit des Drogenkonsums und seiner Folgen für den einzelnen,

- der Freiheit des einzelnen, sich selbst zu gefährden und zu schädigen,
 - der Schädlichkeit der Folgen des Drogenkonsums für die Gesellschaft,
 - der Schädlichkeit der Folgen der strafrechtlichen Bekämpfung der Drogensucht für den einzelnen und die Gesellschaft und
 - der Pflicht des Staates, Schaden vom einzelnen und der Gesellschaft abzuwenden,
- im Gesamtzusammenhang des weiter oben beschriebenen Beziehungsgeflechtes sowie der darüber hinaus gehenden Wirkungen und Nebenwirkungen analysiert und gegen die Vor- und Nachteile der gegenwärtig praktizierten Strategie abgewogen werden.

Bei dieser Analyse und Abwägung spielen neben objektiven Daten und Kausalbeziehungen subjektive Wertungen, Zielvorstellungen und Präferenzen eine große Rolle. Damit handelt es sich um einen überwiegend politischen und weniger wissenschaftlichen Vorgang. Wissenschaftler, Therapeuten, Kriminalisten, Juristen und Nicht-Fachleute sind also gleichermaßen kompetent, sich an diesem Disput zu beteiligen, solange sie sich an die Fakten und die Gesetze der Logik halten. Notwendig ist eine nüchterne, vorurteilsfreie und offene Betrachtung und Darstellung von Gesamtsituation, Grundpositionen, Argumentationen und Wertentscheidungen. Bei der Gesamtwürdigung wäre zu berücksichtigen, dass einst hierzulande auch Kaffeeegenuss, Ehebruch und Prostitution strafbar waren und deren Entkriminalisierung nicht zum Zusammenbruch des Staates bzw. zum Untergang der Gesellschaft geführt hat.

Ein (Un-)Werturteil kann nicht allein durch die Pönalisierung eines Verhaltens zum Ausdruck gebracht werden. Dies wird auch durch die in der Vergangenheit vollzogenen Veränderungen bei der Strafbarkeit der Abtreibung deutlich. Auch aus verfassungsrechtlicher Sicht ist der Staat nicht verpflichtet, den Schutz von Leben und Gesundheit der Bürger (vor sich selbst) mit strafrechtlichen Mitteln zu betreiben – im Gegenteil: Das Verhältnismäßigkeitsprinzip gebietet, dass das Strafrecht notwendig und geeignet sein muss, das angestrebte Ziel zu erreichen und dass der

97 [§ 10a BtmG](#); siehe auch Schäffer/ Köthner in diesem Band

98 [§ 29 \(1\) Satz 2 BtmG](#); siehe auch Leicht, Kapitel C2 in diesem Band

99 [Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung vom 15. Juli 2009 \(BGBl I S. 1801\)](#)

100 z.B. <https://www.gruene-jugend.de/node/14169#gothere>, [Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages](#) (siehe auch Böllinger in diesem Band), <http://www.globalcommissionondrugs.org>

Nutzen der Pönalisierung ihre schädlichen Auswirkungen überwiegt (siehe auch Kamphausen in diesem Band). Aber nicht nur der repressive Bekämpfungsansatz muss überdacht werden. Auch Stellenwert, Art und Umfang von Therapie und Prävention bedürfen der kritischen Durchleuchtung: Wird hier nicht zu sehr instrumental, zu wenig systematisch gedacht und gehandelt? Sind die Ansätze ausreichend ursachenbezogen? Weiß man genug über Wirkung/Effizienz der Maßnahmen? Insbesondere hinsichtlich der Prävention ist zu fragen, ob nicht unter dem Zwang, überhaupt etwas tun zu müssen, Aktivitäten entwickelt wurden und werden, ohne dass ausreichende Basiskenntnisse – z.B. über die Einflüsse gesellschaftlicher Faktoren und sozialer Bedingungen – vorhanden sind.

Was wäre, wenn ...?

... die „neuen Denkansätze“ zu dem Ergebnis führen,

➤ *Eindämmung des Drogenkonsums, Bewahrung Minderjähriger vor Drogenkonsum, Herausholen Abhängiger aus der Sucht, (Über-)Lebenshilfe für Konsumenten leisten* als Ziel zu bestimmen?

➤ dass die gegenwärtig praktizierte strafrechtliche Bekämpfung des Drogenproblems ineffizient ist und mehr schadet als nützt?

Dann ist die Entkriminalisierung jedweden Drogenkonsums¹⁰¹ nur konsequent. In der Folge werden Polizei, Justiz und Strafvollzug nicht unerheblich entlastet.

Dies erfordert aber auch, den Handel aus der Illegalität heraus zu holen und in Bahnen zu lenken, die einem ordnenden Zugriff des Staates zugänglich sind. Verstöße gegen Handels- und Abgabevorschriften wären – ebenso wie Raub, Diebstahl und Betrug zur Beschaffung von Drogen oder entsprechenden Geldmitteln – auch strafrechtlich zu verfolgen.

¹⁰¹ Man komme mir nicht mit dem Hinweis, der Konsum illegaler Drogen sei doch auch derzeit nicht strafbar. Diese dem Verfassungsrecht geschuldete Spitzfindigkeit des Gesetzgebers kann in der Lebenswirklichkeit getrost vernachlässigt werden.

Wenn – heute noch illegale – Drogen legal erworben werden können, gibt es keine Notwendigkeit mehr für einen Handelsplatz „offene Drogenszene“. Das Unsicherheitsgefühl auslösende Phänomen „Junkie-Gruppen im öffentlichen Raum“¹⁰² würde minimiert.

Das Ziel kann mittels Beratung, medizinischer und psychosozialer Betreuung sowie Bekämpfung sozialer und gesellschaftlicher Ursachen von Drogenmissbrauch ohne den Strafrechtsknüppel besser erreicht werden.

Dies alles kann und wird selbstverständlich nicht auf einen Schlag erfolgen. Ein eindeutiger Paradigmenwechsel erfordert politischen Mut und Gestaltungswillen. Die Umsetzung in gesetzgeberische und organisatorische Maßnahmen¹⁰³ bedarf einer projektmäßigen Vorbereitung und Steuerung unter besonderer Beachtung internationaler Zusammenhänge.

Dies ist ein langer und schwieriger – sehr schwieriger! – Prozess, aber „des Schweißes der Edlen“ wert.

¹⁰² Vgl.: Legge/Bathsteen, Kriminologische Regionalanalyse Hamburg Bd. 2, LKA Hamburg 1996, 206 und Bd. 3, LKA Hamburg 2001; Dörmann/Remmers, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsbewertung; BKA Polizei + Forschung, Neuwied/Kriftel 2000, S. 39 ff

¹⁰³ In diesem Konversionsprozess ist darauf zu achten, dass die nicht mehr für die Verfolgung der Drogenkriminalität benötigten Kapazitäten in andere Schwerpunkte der Verbrechensbekämpfung (z.B. Wohnungseinbruch, Straßenraub, Wirtschaftskriminalität) sowie in Drogenprävention und -therapie und -hilfe umgeleitet werden.

C 3-6

Maximilian Plenert

Das unbarmherzige Betäubungsmittelgesetz und besonders gravierende Urteile im Bereich Cannabis

Es ist also – in Strafmaß gerechnet – wesentlich >>billiger<<, jemanden fahrlässig im Straßenverkehr zu verletzen als illegal mit BtM umzugehen. Und jemanden fahrlässig zu töten ist kaum nennenswert teurer! – „Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik“, Kapitel E, Drogenrecht I, Strafrecht und Betäubungsmittelrecht von Lorenz Böllinger

Das Betäubungsmittelgesetz stellt nahezu alle Umgangsformen mit den in seinen Anhängen genannten Stoffen ohne Erlaubnis unter Strafe. Wer keine Erlaubnis besitzt oder von der Erlaubnispflicht ausgenommen ist, muss mit strafrechtlicher Verfolgung rechnen. Dies gilt gleichermaßen für Händler und Konsumenten wie auch für Helfer und Angehörige. So wie früher mitunter die Vergabe von sauberen Spritzen verfolgt wurde, ist es heute die Drugchecking-Initiative Berlin, die sich für ein Angebot zur Gesundheitsförderung Rat bei Strafrechtlern holen muss, was der ratgebende Prof. Cornelius Nestler selbst als Skandal bezeichnet¹⁰⁴.

Über Auffangtatbestände wird auch jede noch so aberwitzige Lücke geschlossen. Für einige Delikte sieht es außerordentlich harte Strafen vor. Besonders schwere Verstöße gegen den § 29 sowie Delikte nach § 29a, § 30 und § 30a werden als Verbrechen mit Mindeststrafen von 1, 2 oder 5 Jahren geahndet. Dies bedeutet auch mögliche Höchststrafen von bis zu 15 Jahren und einem Ausschluss von Geld- statt Freiheitsstrafen. Wurden diese Paragraphen ursprünglich als Schutz der Jugend vor Dealern und Mittel gegen die

Organisierte Kriminalität eingeführt, betreffen sie praktisch besonders in Bezug auf Cannabis ganz andere Fälle.

Jede Abgabe und selbst das Überlassen zum unmittelbaren Konsum durch einen über 21-Jährigen an einen unter 18-Jährigen, also auch die Weitergabe von nur einem Joint, steht nach § 29a auf einer Stufe mit dem Handeltreiben mit einer „nicht geringen Menge“.

Wer selbst anbaut und gerade nicht mit dem Schwarzmarkt mit all seinen Risiken und negativen Konsequenzen für das Individuum und die Gesellschaft in Kontakt kommen möchte, wird besonders hart bestraft. Schon eine erntereife Pflanze kann mehr als eine „nicht geringe Menge“ Cannabis liefern und damit als Verbrechen nach § 29a bewertet werden.

Noch härtere Strafen sieht § 30a vor. Wer mit einer nicht geringen Menge Cannabis handelt, sie einführt oder sich verschafft „und dabei eine Schusswaffe oder sonstige Gegenstände mit sich führt, die ihrer Art nach zur Verletzung von Personen geeignet und bestimmt sind.“ kann eine Mindeststrafe von fünf Jahren erhalten. Dieses Strafmaß ist im Strafgesetzbuch für erpresserischen Menschenraub, Totschlag oder schwerem körperlichen sexuellen Missbrauch von Kindern vorgesehen.

Sowohl das Feststellen eines Handelstreibens und insbesondere die Bewertung von sich mitunter zufällig oder vergessen im Haushalt befindlichen „Waffen“ unterliegen einem großen Interpretationsspielraum. Auch wenn in der Rechtsprechung qualifizierende Merkmale wie „jederzeit bedienbar“, „Wille die Waffe einzusetzen“, „mit den Handlungen in Beziehung stehend“ kennt, werden diese mitnichten von jedem Gericht – trotz dem daraus resultierenden hohen Strafmaß – ausreichend gewürdigt. Wer nicht die Mittel und Ausdauer besitzt, sich zu höheren Instanzen durchzuklagen, kann unter die Räder einer unsachgemäßen Anwendung des § 30a kommen. Während der Gesetzgeber bei diesem Paragraphen an schwerbewaffnete Gangster von Schlage eines Al Capone

104

<https://www.youtube.com/watch?v=2gC7wRwBwH0&index=3&list=UU80ix9P6OE8UmPa0zOUu0Lw>

dachte, wird der Paragraph de facto schon bei Elektroschockern, Baseballschlägern, Taschenmessern oder geerbten Schusswaffen angewandt.

Ein Beispiel für ein solches Urteil stellt ein junger Mann da, der sieben Pflanzen zu Hause anbaute und ein Pfadfindermesser in seinem Zimmer liegen hatte. Dieser junge Mann hat nachweislich noch nie etwas mit Drogenhandel zu tun gehabt. Aber er wurde wegen der „nicht geringen Menge“ der sieben Pflanzen zusammen mit dem Messer nach § 30a zu fünf Jahren Haft verurteilt.

Eine weitere Härte bei „Rauschgiftdelikten“ ist zudem die Praxis, selbst bei „geringen Mengen“ Cannabis Hausdurchsuchungen wegen „Gefahr im Verzug“, auf Grundlage von Hörensagen oder dem Fund von Blumenerde, Lampen etc. durchzuführen. Die systematische Suche nach Zufallsfunden ist die Regel. Auch wenn die obersten Gerichte immer wieder klare Regeln benannt haben und Hausdurchsuchungen als rechtswidrig eingestuft wurden. Ohne Beweisverwertungsverbote oder Konsequenzen für die durchführenden Beamten bleiben diese Urteile folgenlos. Selbst bei einfachen Konsumenten werden Fingerabdrücke und DNS-Proben genommen und gespeichert sowie entwürdigende „körperliche Untersuchungen“¹⁰⁵ und öffentliche Urintests durchgeführt. Bei den Anlassstraftaten für eine Telekommunikationsüberwachung haben Drogendelikte einen Anteil von 50%. Praktisch alle Verbrechen im BtMG sind „schwere Straftaten“ im Sinne des § 100a StPO und erfüllen damit diese Voraussetzung für eine Telekommunikationsüberwachung. Alltäglich werden hier Tatverdächtige bis hinunter zur Ebene des einzelnen Konsumenten ins Visier genommen. Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte dieses Verhalten der Strafverfolgungsbehörden beim Einsatz von Brechmitteln zur Beweissicherung. Dieses Vorgehen forderte mehrere Tote und führte zu einer Verurteilung Deutschlands vor dem

europäischen Menschengerichtshof wegen Folter.

Zudem ist an dieser Stelle noch die Verfolgung von Delikten mit Nutzhanf und Nutzhanfprodukten zu nennen. Eine Erlaubnisfreiheit für den Anbau haben nur haupterwerbliche Landwirte bei bestimmten Sorten. Jeder andere Anbau von für Rauschzwecke völlig ungeeignetem Hanf mit einem THC-Gehalt von unter 0,2% wird nach § 29 geahndet. Jeder Umgang mit keimfähigen Nutzhanfsamen kann in der Nähe von Erde und Wasser zu einem BtM-Delikt werden, wobei die Justiz von vornherein Jugendlichen jeden Verbotsirrtum abspricht und gleichzeitig Vögel fütternde Rentner unbehelligt lässt.

Geernteter Nutzhanf und daraus hergestellte Produkte werden immer wieder strafrechtlich verfolgt, da trotz des niedrigen THC Gehalts ein „Missbrauch zu Rauschzwecken nicht ausgeschlossen werden kann“. In entsprechenden Urteilen phantasieren Richter Dinge wie ein mögliches Destillieren von Nutzhanf herbei. Bei großen Mengen Nutzhanf kann sogar eine strafverschärfende „nicht geringe Menge“ zusammenkommen. In Kombination mit einem Handeltreiben oder dem Verkauf von normalen Mengen an Minderjährige ergeben sich gewaltige Strafmöglichkeiten. Die strafrechtliche Verfolgung von Nutzhanf wird von einzelnen Staatsanwälten mitunter „missbraucht“, um eigentlich legales, aber ungeliebtes Hanfgewerbe wirtschaftlich zu ruinieren. Eine paradoxe Strafbarkeitsvermehrung ergibt sich aus dem praktischen Umgang mit Nutzhanfsamen: Während ein Pfund Samen aus der Drogerie als Ganzes legal ist, ist das gleiche Pfund aufgeteilt in viele abzählbare Mengen illegal.

Der Bereich Führerschein und Straßenverkehr wird hier ausgespart, da dieser von einem anderen Beitrag behandelt wird (siehe Pütz in diesem Band). Mit Blick auf den folgenden Absatz sei in diesem Zusammenhang erwähnt, dass von der Polizei mitunter einzig und alleine auf Grundlage eines positiven Drogenschnelltests Strafanzeigen wegen des Besitzes und Erwerbs von Cannabis geschrieben werden.

105

<http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/1349-taeglich-neue-meldungen-ueber-repression-gegenueber-konsumenten>

Das Legalitätsprinzip zwingt die Polizei jedem Anfangsverdacht nachzugehen. Sei es ein Jointstummel¹⁰⁶, eine nicht wägbare Menge Tabak-Haschisch-Gemisch¹⁰⁷, Nutzhanfsamen außerhalb der Originalverpackung, abgeschnittene Nutzhanfpflanzen mit Rechnung des Herstellers¹⁰⁸ oder der eben erwähnte Drogenschnelltest – jedes Delikt wird verfolgt und eine Strafanzeige geschrieben. Praktisch enden solche nicht haltbaren Anzeigen oft mit einer Einstellung des Verfahrens durch die Staatsanwaltschaft oder des Gerichts – und einer obligatorischen Meldung an die Führerscheinstelle. Eine solche Einstellung ist jedoch kein Freispruch und kann bei weiteren Delikten verfolgungs- oder strafverschärfend wirken. Keine Strafe und einen echten Freispruch erhält nur wer bereit ist, sich bei den Gerichten durchzuklagen.

Der Deutsche Hanf Verband hat einige Fälle von Repression bei Cannabis in Videos dokumentiert; hier exemplarisch drei Fälle:

Repressionsfall Ciro P.

Ciro P. aus Baden-Württemberg wurde von seiner Nachbarin bei der Polizei angeschwärzt. Nach einem Jahr Observation rückte die Polizei mit 6-7 Mann und Hunden an und führte eine Hausdurchsuchung durch. Der vermeintliche Grow-Raum entpuppte sich als Kinderzimmer. Gefunden wurden 4 g Cannabis und Bilder einer Pflanze, deren Anbau schon einige Jahre her war. Vor Gericht wurde Ciro erst zu 90, dann zu 60 und schlussendlich zu 45 Tagessätzen verurteilt. Der Staatsanwalt verlangte aufgrund der Nichteinsicht seiner Schuld ein möglichst hartes Urteil. Ciro weigerte sich, die verhängte Geldstrafe zu zahlen und ließ sich lieber 3 Wochen inhaftieren. Der Schaden durch das

Cannabisverbot in diesem Fall: Mehrere Tausend Euro.

<https://www.youtube.com/watch?v=ezb1joQP0Pg>

Repressionsfall Floh Söllner

Floh Söllner wurde 2007 aufgrund eines anonymen Anrufers das Ziel einer Hausdurchsuchung. Er stand im Verdacht, Cannabis anzubauen. Die Polizei durchsuchte und verwüstete dabei in seiner Abwesenheit die Wohnung, sie beschlagnahmte dabei Dutzende Gegenstände. Die Liste ist 3 Seiten lang und reichte von einem grünen Feuerzeug bis zu einer kleinen Flasche Hanf-Speiseöl. Dieses völlig legale Speiseöl enthält ebenso wie Hanftee eine geringe Restmenge THC. In diesem Fall waren es 0,13 % THC. Für eine Rauschwirkung wären 10-15 l Öl nötig. Dank eines Anwalts und der eingeschalteten Öffentlichkeit wurde das Verfahren eingestellt – eine Einstellung ist aber kein Freispruch und so blieb Floh Söllner auf mehr als 1000 € Verfahrens- und Anwaltskosten sitzen.

<https://www.youtube.com/watch?v=NXf6mvehAiQ>

Repressionsfall „Kai“ aus Baden-Württemberg

Der Betroffene möchte lieber anonym bleiben. Aufgrund der Aussage eines Bekannten, Kai sei Dealer, bekam dieser eine Hausdurchsuchung. Dabei wurde lediglich eine „undefinierbare Menge“ Haschisch gefunden. Alleine aufgrund eigener Aussagen zum Konsum und der gerichtlichen Interpretation, welche Mengen er wohl dafür erworben hätte, wurde er zu 40 Stunden Jugendstrafe verurteilt. Obwohl dieses Urteil in Kais Jugend getroffen wurde, leidet er weiterhin an der damit verbundenen Stigmatisierung. Der militärische Abschirmdienst (MAD) verhinderte aufgrund seiner Jugendstrafe, dass sich Kai trotz hoher Motivation und guter Bewertungen seiner Dienstzeit bei der Bundeswehr verpflichten durfte.

<https://www.youtube.com/watch?v=T2x9LlalC1s>

¹⁰⁶ <http://www.merkur-online.de/lokales/starnberg/polizist-fischt-joint-eiskaltem-1116125.html>

¹⁰⁷

<https://www.lawblog.de/index.php/archives/2012/08/08/nicht-wgbare-menge/>

¹⁰⁸

<http://hanfverband.de/index.php/nachrichten/aktuelles/395-hanfparade-polizei-beschlagnahmt-nutzhanf>

C 3-7

Ein Tag im Zeitalter der Drogenprohibition

Deutschland:

- mehr als 630 Strafanzeigen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz
- mehr als 450 Strafanzeigen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz durch Konsumenten
- mehr als 350 Strafanzeigen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz wegen Cannabis
- mehr als 270 Strafanzeigen wegen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz wegen Cannabis durch Konsumenten

- fast 20 Anordnungen für Telekommunikationsüberwachung wegen Betäubungsmitteldelikten
- 68 Jahre Haft wegen Betäubungsmitteldelikten – fast ein ganzes Leben
- 2,7 Millionen € Ausgaben für die Strafverfolgung im Bereich Cannabis
- 10,4 Millionen € Ausgaben für die Strafverfolgung im Bereich illegalisierte Drogen
- 3,8 Millionen € Wenigerausgaben und entgangene Einnahmen durch die Nichtlegalisierung von Cannabis

Weltweit:

- 1,1 Milliarden Dollar Umsatz des weltweiten Drogenmarktes
- 3 vollstreckte Todesurteile wegen Drogendelikten
- 33 Todesopfer im mexikanischen Drogenkrieg

Quelle: <http://hanfverband.de/index.php/themen/drogenpolitik-a-legalisierung/1525-die-prohibitionsuhr>

C 3-8

Simon Egbert, Henning Schmidt-Semisch,
Katja Thane und Mona Urban

Drogentests

Seit den 1990er Jahren etablieren sich Drogentestpraktiken in Deutschland. Hierbei handelt es sich um Verfahren, die den Konsum von illegalen Substanzen sichtbar machen sollen. Getestet wird entweder mittels Schnelltests (anhand von Urin, Speichel oder Schweiß) oder mittels Laboruntersuchungen (vor allem anhand von Haaren oder Blut). Dabei können die Tests entweder auf den Nachweis nur einer Substanz oder auf mehrere Stoffe gerichtet sein (Multi- bzw. Gruppentests). Zudem unterscheiden sie sich danach, ob sie Originalsubstanzen und/oder deren Metaboliten (Abbauprodukte) anzeigen. Gerade die kostengünstigen und anwenderfreundlichen Schnelltests ermöglichen es, dass Drogentests heute in ganz unterschiedlichen und mannigfaltigen gesellschaftlichen Bereichen zur Anwendung kommen. D.h., Drogentests kommen nicht nur in den gleichsam ‚klassischen‘ Bereichen von Therapie, Substitution oder Strafvollzug zum Einsatz, sondern sind zu Alltagspraktiken in den Feldern Arbeit, Bildung, Verkehr und Familie geworden: So leiten beispielsweise Schulleitungen nach Vorfällen Schnelltests ganzer Klassenverbände in die Wege, und Privatschulen werben bereits in ihren Schulordnungen mit randomisierten Testpraktiken, um das Vertrauen geneigter Eltern zu erlangen. In großen Industriebetrieben, in denen Schnelltests eine gängige Methode darstellen (Wilhelm 2008, Kauert 2004), lassen sich vier verschiedene Testpraktiken herausarbeiten: Hier kommen Drogentests zum Einsatz a) im Einstellungsverfahren von Auszubildenden und/oder Angestellten, b) randomisiert zur generellen Vorbeugung von Drogenkonsum in sicherheitsrelevanten Feldern (Flugverkehr, chemische Industrie), c) bei individuellen Verdachtsfällen und schließlich d) im Nachgang eines Arbeitsunfalls (Tunnell 2004). Zugleich führen aber auch Polizeien, die Bundeswehr und Dienstleistungsunternehmen verdachts-

unabhängige Kontrollen im Rahmen ihrer Bewerbungsverfahren durch. Im Straßenverkehr gehören Schnelltests zu den Maßnahmen, die die Fahrtüchtigkeit überprüfen sollen, und ist die Fahrerlaubnis einmal entzogen, gehören regelmäßige Drogentests zum gängigen Repertoire des Prozesses ihrer Wiedererlangung. Im familiären Kontext werden beispielsweise Drogentests als Vertrauensbeweis zwischen Erziehungsberechtigten und ihren Kindern legitimiert, aber ebenso wird diskutiert, beispielsweise Pflegeeltern mittels Drogentests auf ihre Versorgungskompetenz zu prüfen. Zudem wird im Hochleistungssport, in dem Dopingkontrollen einen fairen Wettbewerb sichern sollen, bei bestimmten Sportarten auf Metaboliten von THC und andere illegale Substanzen getestet. Und schließlich sind Drogentests auch im Zusammenhang mit der Vergabe von Arbeitslosengeld und im Kontext der Sozialen Arbeit, wie beispielsweise der Jugendhilfe, dokumentiert.

Anwendungsökonomisch betrachtet stellen insbesondere die Schnelltests zwar eine günstige und praktikable Maßnahme dar, sie sind jedoch zugleich mit diagnostischen Einschränkungen und Fehlerquellen verbunden. Im Gegensatz zu den laborgebundenen Verfahren handelt es sich bei ihnen um Verfahren, die lediglich bestimmen können, ob die gesuchten Stoffe und/oder ihre Abbauprodukte im Urin auffindbar sind oder nicht. Dabei kommt dem so genannten 'Cut-off'-Wert (also jener Konzentrationsschwelle, ab der ein positives Ergebnis angezeigt wird) eine zentrale Rolle zu (Schütz 1999). Diese Nachweisgrenzen, d.h. die Konzentration im Urin, ab der ein Test ein positives Ergebnis anzeigt, sind juristisch nicht festgeschrieben (Wilhelm 2008; Schmid 2007) und können demnach von jedem Hersteller selbst festgelegt werden. So existieren beispielsweise für den Nachweis von Cannabinoiden Tests mit unterschiedlichen Entscheidungsgrenzen (25 oder 50 oder 100 ng/l), die jeweils abhängig von ihrem Einsatzbereich angewendet werden (Külpmann 2003). Gleichzeitig hat die Festlegung der Nachweisgrenze wirkmächtige Folgen: Liegt die Grenze vergleichsweise hoch, so besteht das Risiko,

dass fälschlicherweise negative Resultate erzielt werden, liegt sie zu niedrig, so können falsch positive Resultate die Folge sein (Schmid 2007). Ob ein Test ein positives oder negatives Ergebnis anzeigt, ist daher Folge einer (ggf. interessengeleiteten oder auch normativen) Entscheidung für eine bestimmte Nachweisgrenze, die sich allerdings nicht von ‚objektiven‘ Kriterien ableiten lässt. Die tatsächliche Aussagekraft eines Testverfahrens hängt damit lediglich von der Nachweispflichtigkeit ab und bleibt stets und unausweichlich relativ (Paul 2007).

Jenseits dieser technisch bedingten Limitationen sind systematische und anwendungsbezogene Fehlerquellen geltend zu machen: Produktionsmängel, eine mögliche Kontamination der Teststreifen, unsachgemäße Lagerung, Manipulationsmöglichkeiten der Getesteten und die hohe Anforderung die Testergebnisse richtig zu deuten – wobei bereits eine schwache Beleuchtung Ableserfehler bewirken kann – gehören zu den anwendungsbezogenen Fehlerquellen (Külpmann 2003). Zu den systematischen gehören u.a die Kreuzreaktionen. Diese zeigen sich nicht nur bei Medikamenten, sondern bereits der Konsum von Mohnkuchen kann eine positive Anzeige auf dem Teststreifen für Opiate bewirken (Kauert 2004, Schmid 2007). Bei den Ergebnissen von Schnelltests kann es sich daher immer nur um ein „vorläufiges Ergebnis“ (Schütz 1999, 326) handeln. Vor Gericht besitzen Schnelltests daher keine Verwertbarkeit, vielmehr sind zweistufige Verfahren erforderlich, um den Verdacht, der durch den Schnelltest begründet wurde, zu erhärten (Külpmann 2003). Laborgestützte Bestätigungsanalysen, die zwar zumeist kostenintensiv sind, aber eine identifizierende-quantitative Messung ermöglichen (Paul 2007), müssen – so sind sich viele ExpertInnen einig – die Ergebnisse der Schnelltests verifizieren (vgl. Hallbach/Felgenhauer 2009, Nadulski/Agius 2009, Schmid 2007, von Minden/von Minden 2002b). Laboruntersuchungen müssen so beispielsweise in verwaltungsrechtlichen Verfahren in Folge von Kontrollen im Straßenverkehr vorliegen. In weniger kodifizierten, geregelten Feldern, wie

schulischen und privaten Kontexten oder auch in Bewerbungsverfahren (Paul 2010), entfallen hingegen solche Bestätigungsanalysen in aller Regel.

Was der Schnelltest also leisten kann, ist eine mehr oder weniger verlässliche Momentaufnahme hinsichtlich des zurückliegenden Konsums einer Person in einem variierenden Zeitfenster. Da die Abbauprozesse über die Niere einige Zeit in Anspruch nehmen, sind die Substanzen erst nach mindestens einer Stunde überhaupt von einem Schnelltest erfassbar. Außerdem bewirkt die spezifische Filtration der Niere eine längerfristige Nachweisbarkeit von Stoffen (von Minden/von Minden 2002a). Diese wiederum ist abhängig von der Substanz höchst unterschiedlich, so dass sehr verschiedene Zeitfenster existieren: während die Nachweisbarkeit von Alkohol bereits nach zwölf Stunden unter dem Cut-off Wert liegt, können Opiate zwei bis vier und Cannabis (THC) zwei bis drei Tage, bei regelmäßigem Konsum auch noch nach mehreren Wochen, angezeigt werden (von Minden 2012, 42f). Nicht zuletzt schwankt im Laufe des Tages die Konzentration der Metaboliten im Urin, desweiteren differiert sie auch von Mensch zu Mensch (Jawork 2007). Insgesamt ist anzumerken, dass Schnelltests weder Schlüsse auf die Intensität oder Regelmäßigkeit des Konsums ermöglichen noch einen Bezug zur Wirkung der Substanz zum Zeitpunkt des Testens erlauben (Schmid 2007). Insofern kann auch nicht auf eine Beeinträchtigung des Bewusstseins oder der Arbeits- oder Verkehrsfähigkeit der getesteten Person geschlossen werden. Damit ist es auch nicht möglich, auf 'Abhängigkeiten' oder ein 'Drogenproblem' zu schließen (Paul 2007; Schmid 2007).

Rechtlich berühren die Tests verschiedene Aspekte am Arbeitsplatz: Während bei sicherheitsrelevanten Tätigkeiten die Durchführungen von Drogentests auf dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit als allgemein zulässig eingestuft werden (Arbeitsgericht Hamburg 2006), ist in anderen Fällen die Zustimmung der Betroffenen erforderlich (Paul 2010; Weichert 2004). Die damit gegebene

Freiwilligkeit ist allerdings als relativ zu betrachten, da eine Verweigerung des Tests beispielsweise die Gesundheitsüberprüfung der BetriebsmedizinerInnen faktisch verunmöglicht (Wienemann/Müller 2005) und die entsprechende Bewerbung aus diesem Grund sicherlich nicht berücksichtigt würde. Eine Verweigerung des Tests wird zudem häufig als Indiz für einen Drogenkonsum gewertet, da sonst ja keine Notwendigkeit bestünde, den Test zu verweigern.

Die Konsequenzen eines positiven Testergebnisses variieren in unterschiedlichen Anwendungskontexten. So kann etwa in der betrieblichen Praxis das positive Resultat eines Schnelltests durch die getestete Person im Regelfall beanstandet und durch ein laborgestütztes Verfahren verifiziert werden. Fällt dieses ebenfalls positiv aus, greifen Unternehmen auf unterschiedliche Sanktionen zurück, wobei in den seltensten Fällen eine unmittelbare Kündigung die Folge ist. Stattdessen werden die betroffenen ArbeitnehmerInnen zumeist freigestellt, womöglich abgemahnt oder zu (drogen-) therapeutischen Gesprächen bewegt (Egbert 2013). Auch arbeitsrechtliche Konsequenzen werden durch die Schnelltests evident: Da Tests den Konsum abbilden, der bereits mehrere Tage zurück liegt, lässt sich folgern, dass sie vielmehr das Freizeitverhalten abbilden; arbeitsrechtlich sollte dieser Bereich jedoch prinzipiell uneinsehbar sein (Weichert 2004). Ein positives Testergebnis bei einer Verkehrskontrolle bedeutet für die Betroffenen nicht nur den Verlust der Fahrerlaubnis, sondern beinhaltet zudem enorme Kosten im Rahmen der medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU), in deren Rahmen die Begutachtung der Fahreignung erfolgt. Die Kosten für einen rechtlichen Beistand, Bußgeldbescheide, Verwaltungsgebühren und für die auferlegten, fortlaufenden medizinischen Untersuchungen sind oftmals – abhängig jeweils von der Schwere der Auflagen – auf mehrere Hundert Euro zu beziffern (siehe auch Pütz in diesem Band). Schließlich muss auch für die Kontrollen im Straßenverkehr resümiert werden, dass nicht die konkrete Intoxikation nachgewiesen wird, wie beispiels-

weise bei der Nutzung einer Atemalkoholanalyse. Es kann also, so ist zu betonen, keine eigentliche Gefährdungsanalyse durch die Schnelltests erstellt werden.

Für diverse Nutzungskontexte ergibt sich daher im Falle der Drogentests ein durchaus ambivalentes Bild: Gesellschaftliche Bedingungen und ökonomische Kalküle haben großen Einfluss auf die Aussagekraft der Testergebnisse. Die vordergründige Praktikabilität der Drogenschnelltests, ihr zeitnahe Liefern von Ergebnissen, die kostengünstige Anschaffung und niedrigschwellige Bedienungsweisen erweisen sich bei näherer Betrachtung als ambivalent. Das bildgebende Verfahren des Tests täuscht eine Eindeutigkeit vor, sei es einer Arbeits- oder Fahrunfähigkeit, die sie gerade nicht belegen kann (vgl. Egbert/Paul 2013). Schlussendlich eröffnet sich durch Drogentests auch drogenpolitisch ein paradoxes Feld: Während einerseits der Konsum illegaler Substanzen strafrechtlich nicht verfolgt wird, realisieren sich andererseits durch den Nachweis von Metaboliten – quasi durch die Hintertür – gravierende verwaltungsrechtliche und soziale Konsequenzen für die positiv Getesteten.

Aufgrund der begrenzten Aussagekraft von Drogenschnelltests einerseits und der zum Teil gravierenden persönlichen Konsequenzen für positiv Getestete andererseits sollten solche Textpraktiken auf Kontexte beschränkt bleiben, die insbesondere die Sicherheit Dritter tangieren. Für diese Kontexte sollte aber zugleich ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass Drogentests auch längere Zeit nach der Drogenwirkung noch positive Ergebnisse liefern, d.h. Drogentests weisen zwar ggf. einen Konsum nach, aber sie liefern nur höchst ungenaue Ergebnisse dahingehend, ob dieser Konsum verantwortungsvoll (i.S. z.B. eines Freizeitkonsums) oder aber verantwortungslos (i.S. z.B. einer Sicherheitsgefährdung) erfolgte. Dasselbe gilt freilich für Kontexte, in denen die Gefährdung Dritter keine unmittelbare Rolle spielt (also etwa in familiären und schulischen oder auch manchen betrieblichen Kontexten): Auch hier kann zwischen „verantwortungsvollem“ und

„verantwortungslosem“ Konsum nicht differenziert und insoweit auch nicht auf ein „Drogenproblem“, auf „Missbrauch“ oder gar „Abhängigkeit“ geschlossen werden. Da gerade in diesen Kontexten die Ergebnisse von Schnelltests in aller Regel nicht durch Laboruntersuchungen „verifiziert“ werden, die sozialen Konsequenzen aber sowohl für die positiv Getesteten wie auch für die jeweiligen Kontexte selbst (etwa mit Blick auf das Familien-, Schul- oder Betriebsklima) gravierend sein können, sollte hier auf Drogentests weitestgehend verzichtet werden. Ein vertrauensvolles Familien-, Schul- oder Betriebsklima wird durch Drogentests, so steht zu vermuten, in der Regel nicht geschaffen, sondern eher ein Klima des Misstrauens und der Klandestinität befördert.

Literatur

Arbeitsgericht Hamburg (2006): Az.: 27 Ca 136/06. Urteil vom 01.09.2006.

Egbert, S. (2013): Drogentests am Arbeitsplatz – eine (Teil-)Dispositivanalyse soziotechnischer Ensembles. Unveröffentlichte Masterarbeit. Universität Hamburg.

Egbert, S./Paul, B. (2013): Augenscheinlich überführt: Drogentests als visuelle Selektionstechnologie. In: Dellwing, M./Harbusch, M. (Hg.): Krankheitskonstruktionen und Krankheitstreiberei. Wiesbaden, 233-269.

Hallbach, J./Felgenhauer, N. (2009): Toxikologie, Vergiftungen, Drogenscreening. In: Renz, H. (Hg.): Praktische Labordiagnostik. Berlin/ New York, 467-487.

Jawork, B. (2007): Drogenkonsum in der Arbeitswelt Deutschlands. Die Rolle betrieblichen Drogenscreenings. Thüringer Universitäts- und Landesbibliothek, Jena.

Kauert, G. (2005): Wie illegale Drogen wirken – ein Vergleich der Beeinflussungspotentiale. In: Breitstadt, R./Kauert, G. (Hg.): Der Mensch als Risiko und Sicherheitsreserve. Aachen, 19-23.

Külpmann, Wolf-Rüdiger (2003): Nachweis von Drogen und Medikamenten im Urin mittels Schnelltests. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100 (2003), 17, S. 1138-1140.

von Minden, S.; von Minden, W. (2002a): Analytik von Drogen und Medikamenten im Urin. In: *Suchtmed* 4 (3), S. 224-225.

von Minden, S.; von Minden, W. (2002b): Analytik von Drogen und Medikamenten im Urin. In: *Suchtmed* 4 (4), S. 274.

von Minden, S. (2012): Analytik von Drogen und Medikamenten. 4., überarb. Aufl., nal von minden; Moers.

Nadulski, Thomas; Agius, Ronald (2009): Moderne Drogenuntersuchungen in Haar- und Speichelproben. In: *MTA Dialog*, 01/2009.

Paul, B. (2007): Drogentests in Deutschland oder die Institutionalisierung von Misstrauen. In: *Kriminologisches Journal* 39, 55-67.

Paul, B. (2010): „Pinkeln unter Aufsicht“ – Zur gesundheitlichen Problematik von Drogen- und Dopingtests. In: Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (Hg.): *Risiko Gesundheit*. Wiesbaden, 163-185.

Schmid, R. (2007): Drogentests: Möglichkeiten und Grenzen. In: Beubler, E./Haltmeyer, H./Springer, A. (Hg.): *Opiatabhängigkeit*. 2. Aufl. Wien, New York, 281-295.

Schütz, H. (1999): Drogenscreenings mit Immunoassays. In: *Pharmazie in unserer Zeit* 28, 320-328.

Tunnell, K. D. (2004): *Pissing on Demand: Workplace Drug Testing and the Rise of the Detox Industry*. New York/London.

Weichert, T. (2004): Der Griff in Körper und Seele der Arbeitnehmer – Genomanalyse und Drogenscreening. In: *Datenschutznachrichten* 1, 5-8.

Wienemann, E./Müller, P. (2005): Standards der Alkohol- Tabak, Drogen- und Medikamentenprävention in deutschen Unternehmen und Verwaltungen. URL:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Expertise_Standard_betriebliche_Suchtpraevention_2005.pdf [31.03.2014].

Wilhelm, Lars (2008): Drogen- und Medikamentenscreening. In: Luppä, Peter B.; Schlebusch, Harald (Hrsg.): *POCT – Patientennahe Labordiagnostik*. Heidelberg: Springer Medizin, 305-320.

C 3-9

Gerrit Kamphausen

Ist das Drogenverbot geeignet, erforderlich und verhältnismäßig? Rechtsstaatliche Aspekte des Drogenverbots

Drogenpolitik wird fast ausschließlich als Gebiet der Gesundheitspolitik betrieben; daher wird dem Gesundheitsausschuss des Bundestages eine übergeordnete Rolle im Prozess der Gesetzgebung zuteil. Berichte, Expertenmeinungen und -anhörungen sowie letztlich die Gesetzesentwürfe selbst werden fast ausschließlich in diesem Gremium diskutiert, bevor der Bundestag entsprechende Beschlüsse fasst. Der Grund für dieses feststehende Prozedere liegt in der alles bestimmenden Annahme der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheitsgefährdung durch Drogen. Diese Vorgehensweise bei der politischen Entscheidungsfindung ist insofern unvollständig, als die damit verbundenen Strafgesetze genuin eine Angelegenheit der Innen- und Justizpolitik sind und dementsprechend die mit diesen Feldern befassten Ausschüsse gleichermaßen beteiligt sein müssten. Als Folge dieses Ungleichgewichts bei der Entstehung und Bewertung der aktuellen Gesetzeslage fällt unter den Tisch, dass das bestehende Verbot aus juristischer Perspektive rechtsstaatlich fragwürdig ist und aus soziologischer Sicht der Gesellschaft mehr schadet als nützt.

In einem freiheitlich geprägten Rechtsstaat gilt immer das Gebot, für strafrechtliche Maßnahmen die höchstmögliche Schwelle zu setzen. Konkret erfolgt das über die konsequente und kategorische Einhaltung des Dreisatzes der *Geeignetheit*, *Erforderlichkeit* und *Verhältnismäßigkeit* der Maßnahme. Alle drei Kategorien müssen dabei unzweifelhaft bejaht werden. Für die Prüfung dieser Kategorien wäre eine prozessuale Gleichstellung der Innen- und Justizpolitik mit der Gesundheitspolitik zwingend geboten. Nicht zuletzt deshalb fordert eine Vielzahl der deutschen

Strafrechtsprofessoren und anderer Experten die Einrichtung einer Enquetekommission, welche die aktuelle Drogenprohibition auf die Vereinbarkeit mit den rechtsstaatlichen Grundprinzipien überprüfen soll.

Einer solchen Überprüfung würde das Drogenverbot nur schwer standhalten. Das Verbot soll den Einzelnen und die Gesellschaft vor den echten und vermeintlichen Gefahren, die mit dem Konsum verbunden sein können, schützen. Konkret soll das so erfolgen, dass mit dem Verbot die kriminalisierten Drogen nicht mehr verfügbar sind und damit aus der Gesellschaft verschwinden. Aus juristischer, rechtsstaatlicher Sicht lauten die zu klärenden Fragen demnach:

1. Ist das Verbot *geeignet*, die Drogen aus der Gesellschaft verschwinden zu lassen? Die Antwort lautet ganz klar: Nein, das ist es nicht. Wenn dies so wäre, dann müsste dieser Erfolg nach nunmehr mehreren Jahrzehnten klar erkennbar sein. Stattdessen sind die Drogen gesellschaftlich weit verbreitet und insbesondere bei Cannabis und synthetischen „Partydrogen“ gibt es eine mehr oder weniger flächendeckende Verfügbarkeit zu durchaus bezahlbaren Preisen. Allerdings werden Drogen fast ausschließlich auf einem Schwarzmarkt gehandelt, der neben den mit solchen Märkten verbundenen Nachteilen für den Verbraucher und mangelnder Produktsicherheit mit dem Risiko der staatlichen Bestrafung und gesellschaftlichen Ausgrenzung aufwartet.

2. Ist es überhaupt *erforderlich*, die Drogen aus der Gesellschaft verschwinden zu lassen? Auch hier lautet die Antwort: Nein, das ist es nicht. Damit ist nicht gesagt, dass Drogen gänzlich ungefährlich seien. Aber die Gefährlichkeit wird von den Befürwortern des Verbots grundsätzlich übertrieben dargestellt, ebenso wie dabei vergessen wird, dass ein Teil der wirklich gegebenen Gefahren auf das Verbot selbst zurückgeht. Dieser Teil der Gefährlichkeit kann kaum zur Begründung der Erforderlichkeit des Verbots herangezogen werden. Im Übrigen ist es so, dass der allermeiste Drogenkonsum – auch jener der sogenannten „harten“ Drogen – entweder

Gelegenheitskonsum oder sogenannter „kontrollierter Konsum“ ist, also solcher, bei dem der Konsument bewusst auf einen vernünftigen Konsum achtet. Allerdings wird diese Selbstkontrolle durch das Verbot erschwert, hauptsächlich, weil die Konsumenten sich vor dem Rest der Gesellschaft verstecken müssen, um der Bestrafung zu entgehen. Auch dieser Sachverhalt kann nicht dazu verwendet werden, die Erforderlichkeit des Verbots zu begründen. Schließlich gilt bezüglich der echten Gefahren, die durchaus mit dem Konsum verbunden sein können, dass diese in einer legalen Situation wesentlich besser beobachtet, reguliert und notfalls behandelt werden können.

3. Ist es im juristischen Sinne *verhältnismäßig*, mittels eines strafbewehrten Verbots die Drogen aus der Gesellschaft verschwinden zu lassen? Auch hier wieder: Nein, das ist es nicht. Die Verhältnismäßigkeit strafrechtlicher Maßnahmen zu prüfen ist nicht ganz leicht, bezüglich des Drogenverbots lässt sich jedoch feststellen, dass sowohl die eingesetzten Ermittlungsmethoden als auch die angedrohten und vollzogenen Strafen im Vergleich zu anderen Deliktarten übermäßig streng sind. Auf der Ermittlungsebene sind Telefonüberwachungen, Hausdurchsuchungen und der Einsatz sogenannter Lockspitzel auch bei kleineren und mittleren Vergehen gängige Maßnahmen, während die Strafen im Vergleich zu Eigentums- und Gewaltdelikten unverhältnismäßig schwer sind. Das sind Vorgehensweisen, die einem demokratischen Rechtsstaat unwürdig sind.

Das Drogenverbot wird keiner der drei Kategorien der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit gerecht, obwohl dies zu seiner Aufrechterhaltung zwingend nötig wäre. Eine Gleichberechtigung der Innen- und Justizpolitik gegenüber der Gesundheitspolitik, unter der Voraussetzung eines gesteigerten Bewusstseins für rechtsstaatlich unabdingbare Kategorien bei der Bewertung von Verbotsgesetzen und den eingesetzten Ermittlungsmethoden, könnte die aktuell gegebenen Missstände beheben.

Doch zurzeit ist es nun einmal so, dass dieser aus rechtsstaatlicher Sicht unzulässige Status quo politisch ungeprüft existiert, und daher ist es nicht verwunderlich, dass damit aus soziologischer Sicht bereits massive negative Konsequenzen für die Gesellschaft feststellbar sind. Dazu gehören nicht nur jene, von denen die Konsumenten direkt betroffen sind – Streckmittel, Abzocke beim Kauf, ungerechte Strafverfolgung – sondern auch jene, von denen die Gesellschaft insgesamt betroffen ist, als da unter anderem wären: Geldwäsche, Korruption, Vertrauensverlust in staatliche Institutionen und Auflösungerscheinungen rechtsstaatlicher Prinzipien. Eine Neuordnung der staatlichen Drogenpolitik wäre also nicht nur mit Vorteilen für alle direkt Beteiligten verbunden, sondern könnte zusätzlich den Rechtsstaat stärken. Ein erster Schritt dazu wäre die politische und juristische Überprüfung der Verbotspolitik anhand der genannten Kategorien und unter Einbeziehung aktueller Forschungsergebnisse.

C 3-10

Bernd Werse

Das falsche Signal – Anmerkungen zu einem häufig genannten „Argument“

In politischen Kreisen, die den Status quo der Drogenprohibition verteidigen, wird in Diskussionen über das Thema praktisch immer das vermeintliche Argument angeführt, eine Regulierung oder Entkriminalisierung bestimmter Drogen oder auch nur die Heraufsetzung der „geringen Menge“, bei der ein Strafverfahren eingestellt werden kann, würde ein „falsches Signal“ aussenden. Ein Signal, durch das insbesondere jungen Menschen suggeriert werde, die betreffenden Drogen seien ja gar nicht so gefährlich.

Abgesehen davon, dass der Effekt des „falschen Signals“ in der Prävention alles andere als gesichert ist (s.u.), stellt sich die Frage, welche falschen Signale eigentlich durch die derzeitige Rechtslage gesendet werden. Wie denkt z.B. eine unter chronischen Schmerzen oder Nebenwirkungen einer Chemotherapie Leidende über eine Medizin, in der das am besten wirksame Medikament praktisch nicht verfügbar ist, da es nach aufwendigem Antragsverfahren zu stark überhöhten Preisen selbst bezahlt werden muss (obwohl die Betroffene es viel einfacher selbst anbauen könnte)? Wie denkt ein Jugendlicher über das Rechtssystem, wenn er gerade zu einer saftigen Bewährungsstrafe verurteilt wurde, weil er ausnahmsweise mal eine etwas größere Menge des Genussmittels seiner Wahl dabei hatte, weil er einigen Bekannten noch etwas mitbringen wollte? Während womöglich ein anderer Bekannter, der alkoholisiert eine Gewalttat begangen hat, gerade wegen seiner Alkoholisierung eine geringere Strafe erhält? Was hält eine wöchentliche Konsumentin von unseren Gesetzen, wenn sie gerade ihren Führerschein verloren hat, obwohl sie gar nicht berauscht im Straßenverkehr erwischt wurde (und ihr Verfahren wegen Drogenbesitzes wegen der geringen Menge bereits

eingestellt wurde) – während sie in einer anderen Gegend mit anderen Akteuren in der Strafverfolgung unbehelligt geblieben wäre? Was denkt ein obdachloser Opiatabhängiger über den Staat, in dem er lebt, wenn es von seinem Wohnort abhängig ist, ob er ein halbwegs ausreichendes Maß an Überlebenshilfe erhält? Und er zwar – wenn er in der „richtigen“ Stadt wohnt – einen Raum nutzen kann, in dem er seine Drogen konsumieren darf, diese aber auf dem Weg dorthin von der Polizei abgenommen bekommt? Und, um noch ein Beispiel von den derzeit legalen Drogen zu nennen: Welche Signale werden eigentlich an Jugendliche ausgesendet, wenn ihnen einerseits ständig vermittelt wird, wie schlimm und riskant ihre eigenen Trinkgewohnheiten sind, wenn sie gleichzeitig Alkohol problemlos an unzähligen öffentlichen Orten erwerben können und sie außerdem praktisch überall mit den Werbebotschaften der Alkoholindustrie bombardiert werden?

Zugegeben: die meisten der oben angeführten Fälle betreffen jeweils nur eine Minderheit – aber eine Minderheit, die das Vertrauen in das Gesellschaftssystem zu verlieren droht. Zu unterschätzen ist dabei auch nicht der unterschwellige Effekt, dass die als ungerecht empfundenen Zustände den Betroffenen möglicherweise im eigenen Konsumverhalten bestärken. Wie etwa zahlreiche Generationen jugendlicher Hardcore-Kiffer, die sich auf den Umstand berufen konnten, dass das Cannabisverbot ungerecht ist – aus den oben angeführten Gründen oder auch, weil es ohnehin das Ergebnis einer Verschwörung von Papier- und Kunstfaserindustrie sei, und weil Cannabis ja sowieso „gesünder“ als Alkohol ist“. Ich bin davon überzeugt, dass derartige subjektive, „politisch“ motivierte Überhöhungen der eigenen Lieblingsdroge zumindest abgeschwächt würden, wenn diese straflos erhältlich wäre – diese „falschen Signale“ würden damit also eher entschärft. Mehr noch: Dadurch, dass der Konsum sowie die Kommunikation über die Substanz nicht mehr strikt im Verborgenen ablaufen müssten, könnte offener über generelle spezifische Risiken bestimmter Substanzen und konkrete individuelle Probleme damit gesprochen

werden – so ist z.B. der Cannabiskonsum keineswegs *generell* weniger gefährlich als der Alkoholkonsum, sondern bei entsprechenden Voraussetzungen für bestimmte Personen durchaus riskanter.

Zweifelloos würde durch eine legale Regulierung nicht der Drogenkonsum generell eingedämmt werden können – was ja per se keineswegs die Absicht sein kann und natürlich auch völlig unrealistisch ist. Und zweifellos sind diejenigen Staaten mit relativ liberalen Drogengesetzen auch nicht selten diejenigen mit relativ hoher Drogenverbreitung. Aber: Zumeist ist es so, dass liberale Gesetze erst eingeführt wurden, *nachdem* die Verbreitung bereits relativ hoch war (wie etwa in Tschechien oder Spanien), und die Liberalisierung führte dann keineswegs zu einem weiteren Anstieg (teilweise sogar zu tendenziellen Rückgängen). Außerdem gibt es auch Gegenbeispiele, wie etwa Portugal, das eine der weitgehendsten Entkriminalisierungen einführt und gleichzeitig eine im europäischen Vergleich unterdurchschnittliche Drogenverbreitung aufweist. Ein entscheidender Aspekt lässt sich gerade anhand dieses Beispiels gut illustrieren: die gravierenden Probleme, mit denen Portugal noch um die Jahrtausendwende insbesondere im Zusammenhang mit Opiatabhängigen zu kämpfen hatte, haben sich seither sehr deutlich abgeschwächt.

In diesen Ländern ist also keineswegs etwas von einem „falschen Signal“ zu spüren, das durch die Entkriminalisierung ausgesendet würde. Vielmehr zeigen sich Anzeichen dafür, dass das eigentliche Ziel, das Drogenpolitik heute haben sollte, unter liberalen Bedingungen eher erreicht wird: Nicht die generelle Verbreitung von Drogen gilt es zu bekämpfen (was mithilfe der Prohibition ohnehin kaum funktioniert), sondern Gebrauchsformen der selbigen, die dem Konsumierenden und/oder seiner Umwelt schaden. Dies kann mittels legalem Zugang und verfügbaren sachlichen Informationen viel besser erreicht werden als mit Repression – zumal eine Menge finanzieller Mittel frei würde, um sich um (potenzielle) Problemfälle kümmern zu können –

was im Sinne der Gesundheitsförderung mit Sicherheit das richtigere Signal wäre.

C 3 -11

Matthias Häde

Gesetzliche Regulierungen für den Umgang mit Drogen

Laut dem 2013 veröffentlichten Epidemiologischen Suchtsurvey 2012 verfügt etwa ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands über Erfahrungen mit illegalen Drogen.¹⁰⁹

Daran vermag die klassische Verbotspolitik offenbar nichts zu ändern. Ganz im Gegenteil sogar: In den Ländern mit den härtesten Strafen für Drogendelikte ist der Drogenkonsum oftmals statistisch am höchsten. In den USA etwa, dem Stammland des bislang völlig vergeblichen „war on drugs“. Strafe schreckt also kaum jemanden von Drogenkonsum und -handel ab.

Eine komplette drogenpolitische Neuausrichtung scheint demnach geboten: die Abkehr von der Verbotspolitik und vom repressivem Abstinenzdogma.

Aufgrund der vergleichsweise hohen Anzahl der Konsumenten ist Cannabis deutlich von den anderen illegalen Drogen zu unterscheiden. Zu einer Regulierung des Umgangs mit Cannabis wurden schon verschiedene Modelle präsentiert: Ob nun die Duldung und das Coffeeshop-Modell der Niederländer, die Idee der Cannabis Social Clubs, also Anbaugemeinschaften mit einigen wenigen Pflanzen pro Teilnehmer¹¹⁰, oder aber ein Verkauf durch qualifizierte Drogenfachgeschäfte.

In den Niederlanden hat sich, insbesondere auch bei Jugendlichen, gezeigt, dass ein liberaler Umgang mit Cannabis nicht automatisch zu mehr Konsum durch die Bevölkerung führt.

In den USA sind es die Bundesstaaten Colorado und Washington, die im vergan-

genen Jahr den Konsum von Cannabis legalisiert haben. In anderen Staaten der USA scheint sich diese Entwicklung über den Umweg des medizinischen Cannabis-Gebrauchs sukzessive zu vollziehen.

In Deutschland hingegen bewegt sich diesbezüglich seit geraumer Zeit leider viel zu wenig.

Allerdings wäre es sicherlich sinnvoll, nicht nur beim Cannabis, sondern auch hinsichtlich vieler anderer derzeit illegal gestellter Drogen gesetzliche Regeln des Handelns und Umgangs jenseits der Strafbewehrung zu entwickeln und umzusetzen.

Eine genaue Angabe über die enthaltene Menge des jeweiligen Wirkstoffs etwa wäre insbesondere für Konsumenten der gemeinhin als „harte Drogen“ bezeichneten Substanzen immens wichtig, geht es hier doch oft genug um Leben und Tod, wenn die Konzentration der Dosis plötzlich unerwartet hoch liegt. Zudem können die den illegalen Drogen beigefügten Streckmittel gesundheitliche Probleme aufwerfen.

Ein sinnvoller und relativ schnell umzusetzender Schritt, wenngleich nicht mehr als ein Zwischenschritt, könnte hier das Drug-checking sein, also die Möglichkeit für den Drogengebraucher, seine illegalen Drogen vor dem Konsum auf ihre Reinheit testen zu lassen. Das ungezügelte Profitstreben des Schwarzmarktes, über bedenklich verunreinigte Drogen möglichst große Gewinne zu erzielen, könnte auf diese Weise vermutlich eingedämmt werden (siehe auch Schmolke & Harrach in diesem Band).

Gesetzliche Regulierungen bieten Möglichkeiten der Substanzkontrolle

Appelle, die eine Regulierung des Umgangs mit Drogen fordern, stammen inzwischen nicht nur von Drogenarbeitern, Kriminalisten und weiteren unmittelbar mit den fatalen Auswirkungen der Prohibition konfrontierten Fachleuten, sondern auch ehemalige und aktive Politiker, u.a. Kofi Annan, der ehemalige UN-Generalsekretär, oder die frühere Bundesdrogenbeauftragte Marion Caspers-

¹⁰⁹ Kraus, L., Pabst, A., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2014): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012 – Tabellenband. München: IFT. http://www.ift.de/fileadmin/literaturliste/ESA_2012_Drogen-Kurzbericht.pdf

¹¹⁰ siehe <http://www.cannabis-clubs.de/>

Merk beginnen hier offenbar nach- und umzudenken¹¹¹.

Angesichts der heutigen Drogenprohibition mit all ihren Auswirkungen mag einem das Verbot von Alkohol in den USA zu Beginn des 20. Jahrhunderts und die Kriminalität in dieser Zeit der Prohibition im Rückblick schon fast als harmlose Folklore erscheinen. Heute wie damals liegt und lag der durch die Restriktion erzielte Profit nahezu ausschließlich bei der organisierten Kriminalität: Und die Drogenkriege, am heftigsten derzeit wohl derjenige in Mexiko, mit vielen täglichen Toten im Kampf um Marktanteile (siehe v. Schönfeld in diesem Band), stellen die Bandenkriege im Chicago der 20er Jahre weit in den Schatten.

Länder wie etwa Portugal oder Tschechien machen es vor, sie liberalisierten in den letzten Jahren den Umgang mit Drogen (siehe Plenert/ Abschnitt C4 in diesem Band). Die von Gegnern dieser akzeptierenden Linie zuvor prognostizierten negativen Effekte, etwa eine Zunahme des Konsums und der Konsumenten blieb in diesen Ländern weitgehend aus, wie zuvor schon in den Niederlanden zu beobachten. Auch mit den Cannabis Social Clubs in Belgien und Spanien wurden bislang positive Erfahrungen gesammelt.

Nicht nur beim Cannabis regulieren, bei anderen Drogen ist es mindestens ebenso wichtig.

Richtet man das Augenmerk auf Stoffe jenseits der Cannabisprodukte, so ist u.a. zu erwähnen, dass im Jahr 2013, erstmals seit dem Jahr 2009, mit 1002 Verstorbenen wieder eine Zunahme der Zahl der Drogentoten zu beklagen war¹¹². Passender wäre hier wohl der Begriff „Drogenverbotstote“, weil nur allzu oft die Kriminalisierung und deren Auswirkungen auf die

Lebenswelt vieler Drogengebraucher eigentliche Ursache eines ‚Drogentods‘ zu sein scheinen: Da ist die unsichere Dosierung, weil es sich um Schwarzmarkt-Drogen handelt, der heimliche Konsum der verbotenen Substanzen an versteckten Orten, die Verschädigung und Schwächung des Körpers durch unsaubere Schwarzmarkware und eine oft prekäre illegale Lebenssituation, die geprägt ist von Beschaffungskriminalität und -prostitution, oft Obdachlosigkeit und permanentem Geldmangel.

Natürlich muss man insgesamt die deutliche statistische Reduzierung der Anzahl von Drogentoten innerhalb der vergangenen Jahre und Jahrzehnte als Erfolg sehen. Fakt ist allerdings auch, dass 1002 Todesfälle im Jahr 2013 noch immer einen katastrophal hohen Wert darstellen, der für einen wohlhabenden und modernen Staat wie Deutschland durchaus als Ausdruck eines partiellen gesundheitspolitischen Versagens steht.

Die aktuelle repressive Praxis der Strafverfolgung hält viele Drogenkonsumenten zudem von der Gesundheitsversorgung fern und drängt sie in den Untergrund. Oder die Drogenkonsumenten werden inhaftiert. Im Gefängnis jedoch besteht für sie ein deutlich höheres Risiko, sich beim gemeinsamen Gebrauch der raren Spritzutensilien mit HIV oder Hepatitis zu infizieren.

Die Tatsache, dass Heroin (Diamorphin) heute unter bestimmten, sehr eng gefassten Konditionen in einigen Ländern, darunter seit einigen Jahren auch Deutschland, ganz legal und als vom Arzt verschriebenes Medikament erhältlich ist, weist grundsätzlich den richtigen Weg: Regulierung statt Restriktion. Die im Abschlussbericht der Heroinstudie dokumentierten Erfolge der legalen Vergabe von Heroin sind überaus eindrucksvoll¹¹³. Allerdings sollten und werden die Abgabekriterien nach einer umfassenden Regulierung des Umgangs mit Drogen in der Zukunft sich beim Cannabis von denen beim

¹¹¹ siehe www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_German.pdf

¹¹² siehe <http://drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilung/2014-02/rauschgiftlage-2013.html>

¹¹³ siehe <http://www.heroinstudie.de/ergebnisse.html>

Heroin sinnvoller Weise wohl deutlich unterscheiden.

Schon 1990 zeichnete der Soziologe und Kriminologe Henning Schmidt-Semisch in seinem Buch „Drogenpolitik – Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroin“¹¹⁴ Modelle für eine legale Abgabe auch 'harter' Drogen und präsentierte seine Idee des Genussmittel-Modells und der Drogenfachgeschäfte.

Eine aktuelle Publikation von Heino Stöver und Maximilian Plenert über „Entkriminalisierung und Regulierung“ aus dem Jahr 2013¹¹⁵ beinhaltet Argumente und Überlegungen für einen Übergang zu einem zeitgemäßen Umgang mit Drogen.

Hinsichtlich des oftmals von Gegnern einer Regulierung/Legalisierung vorgebrachten Arguments, Deutschland sei wegen internationaler Abkommen die Hände gebunden, heißt es in diesem Text:

„Da eine mögliche Kollision mit dem internationalen Recht politisch bedeutsam ist, bleibt die Vereinbarkeit der Kontrollmodelle ein entscheidender Parameter ihrer Bewertung. Der Hüter der Verträge ist das INCB (International Narcotics Control Board), das sich in der Vergangenheit durch eine sehr restriktive Interpretation ausgezeichnet hat. So wurde die Heroinabgabe in der Schweiz und die deutschen Drogenkonsumräume zunächst als Verstoß bewertet. Erst im Nachhinein sah das INCB ein, dass diese Instrumente keinen Kontrollverlust bedeuten und geeignet sind, die Gesundheit zu schützen. Vor diesem Hintergrund ist eine gewisse Konfliktbereitschaft für ernsthafte Reformen vonnöten“ (ebd.: 35).

In einer Resolution wandten sich 2013 über 100 StrafrechtsprofessorInnen an die Abgeordneten des Deutschen Bundestags, um die Notwendigkeit einer Überprüfung des BtmG zu verdeutlichen¹¹⁶.

Ausdrücklich wird in diesem Papier die Schädlichkeit der tradierten Verbotspolitik und ihre unverhältnismäßige Kostspieligkeit betont. Zitat:

„Der Staat darf die Bürger durch die Drogenpolitik nicht schädigen. Es ist deshalb notwendig, Schaden und Nutzen der Drogenpolitik unvoreingenommen wissenschaftlich zu überprüfen“ (ebd.; siehe auch Böllinger in diesem Band).

Einen ersten Schritt könnte eine Entkriminalisierung darstellen, etwa nach dem Beispiel Portugals, wo auffällige Drogenkonsumenten zu einem Gespräch in die Drogenberatung geladen werden, statt sie zu bestrafen. Auch straffreier Besitz jeweils zu definierender geringer Mengen an Drogen wäre eine Option. Wobei es hier, analog zu den heutigen Grenzmengen beim Cannabis, womöglich zu signifikanten regionalen Unterschieden käme.

Der Schwarzmarkthandel allerdings bliebe, als großer Nachteil bei diesem Modell, weitgehend erhalten.

Ein Verkauf über Drogenfachgeschäfte würde wohl die konsequenteste Variante darstellen. Ob nun ein freier Markt, ein Staatsmonopol oder eine nicht gewinnorientierte Körperschaft des öffentlichen Rechts sich der entstehenden Drogenökonomie annehmen sollte, wäre abzuwägen. Wobei das Staatsmonopol vermutlich noch die unsicherste Variante wäre, da es bei veränderten politischen Konstellationen zum Nachteil der Konsumenten geändert werden könnte.

¹¹⁴ München 1990 : AG-SPAK-Publ.

¹¹⁵ Entkriminalisierung und Regulierung – Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung 2013. Siehe <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10159.pdf>

¹¹⁶

http://www.schildower-kreis.de/themen/Resolution_deutscher_Strafrechtsprofessorinnen_und_%E2%80%93professoren_an_die_Abgeordneten_des_Deutschen_Bundestages.php

Auch der JES-Bundesverband (Junkies, Ehemalige, Substituierte) formuliert in einer aktuellen Schrift von 2013 einige Eckpunkte zur Umsetzung einer legalen und regulierten Abgabe von Drogen auf dem Weg über Drogenfachgeschäfte¹¹⁷:

1. Lizenziierter und qualifizierter Fachhandel mit ausgebildetem Personal
2. Verpackungen mit Warn- u. Gebrauchshinweisen
3. Berücksichtigung von Jugendschutz- und Straßenverkehrsgesetz
4. Erhebung zweckgebundener Steuern, z.B. für die Prävention
5. Werbeverbot
6. Aufklärungsgebot, z.B. Drogenkunde in Schulen

Nicht allein die Konsumenten heute illegaler Drogen sind betroffen und würden profitieren, denn es geht beim Thema Regulierung letztlich um eine Entlastung der gesamten Gesellschaft:

- Deutlich weniger Profit für eine organisierte Kriminalität, die mit ihren Drogen-geld heute die Wirtschaft unterwandert, dort den fairen Wettbewerb verfälscht und vermutlich in Teilen auch die Politik korrumpiert.
- Geringere Kosten für Haft oder erzwungene und daher oft erfolglose Abstinenztherapien müssten von der Solidargemeinschaft aufgebracht werden.
- Die unmittelbare Gefahr für den einzelnen, Opfer der Beschaffungskriminalität zu werden, aber auch die Bedrohung einer Ansteckung mit HIV oder HCV, sinkt.
- Weniger Mittel für die Behandlung der Folgen des Gebrauchs von unsauberen oder falsch dosierten Drogen, oft unter prekären Bedingungen konsumiert, müssten aufgewendet werden. Und die Zahl der Drogentoten würde sinken.
- Weniger Jugendlichen würde durch ein Ende der Kriminalisierung der Weg in die Berufstätigkeit und in eine sinnvolle,

erwünschte soziale Integration erschwert oder gar die Biografie zerstört.

- Steuereinnahmen steigen, wenn man den Handel legalisierter Drogen mit Abgaben belegt.

Es würden dadurch also zusätzliche finanzielle Mittel frei werden, die z.B. für eine längst überfällige institutionelle Erziehung der Heranwachsenden zu mehr Drogenmündigkeit, etwa über qualifizierte und wertneutrale Konsumkunde in den Schulen, Verwendung finden könnten.

Menschen mit Drogenproblemen wird es auch nach einer Legalisierung noch immer geben, Drogengebraucher mit übermäßigem Konsum etwa, bei denen, so zumindest heute, nicht selten der Alkohol den Mischkonsum dominiert. Allerdings müsste sich kaum jemand mehr für seine Drogen prostituieren oder in anderer Weise selbst erniedrigen, weil die Preise dann wohl finanzierbar wären.

Auch Drogenberater und Drogentherapien würden nach einer Regulierung/Legalisierung demnach sicher weiter benötigt, wie beim legalen Alkohol heute. Die Drogenberatungen der Zukunft würden sich dann vielleicht stärker der Aufklärung über die verschiedenen Drogen und deren ganz spezielle Gefahren und Potentiale zuwenden können und die Konsumenten kundig beratend begleiten.

¹¹⁷ http://www.jes-bundesverband.de/fileadmin/user_upload/PDF/Medien/JES_Flyer_Legalisierung3.pdf

C 3-12

Maximilian Plenert

Zum Primat der Repression in der Drogenpolitik

„Es gibt keinen Königsweg, um Drogen- und Suchtprobleme zu vermeiden oder zu bewältigen. Zu vielfältig sind die Ursachen, zu individuell ist der Hilfebedarf. Diese Erkenntnis hat sich mittlerweile bei allen im Problemfeld „Sucht“ Engagierten durchgesetzt. Nur ein breit gefächertes Bündel aufeinander abgestimmter Angebote und Maßnahmen führt dazu, dass die Drogen- und Suchtprobleme eingedämmt werden können. Die Drogen- und Suchtpolitik der Bundesregierung steht deshalb auf vier Säulen.“¹¹⁸

In den Drogen- und Suchtberichten der Drogenbeauftragten und Verlautbarungen der drogenpolitischen Sprecher der Regierungsfaktionen verengt sich der Blick meist auf die drei Säulen Prävention, Beratung/Behandlung und Überlebenshilfe/Schadensreduzierung. Die vierte Säule „Repression und Angebotsreduzierung“ mit ihren Maßnahmen, „welche die Verfügbarkeit von Drogen und Suchtmitteln in unserer Gesellschaft einschränken“, taucht im Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten oder der nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik quasi nicht auf. Wenn sie erwähnt wird, dann im Zusammenhang mit der Regulierung des Alkohol- und Tabakmarktes – Werbeverbote, Altersgrenzen beim Verkauf etc. ohne den Einsatz des Strafrechtes –, der internationalen Zusammenarbeit gegen die organisierte Kriminalität oder Projekten der „Alternativen Entwicklung“ in Drogenanbauländern.

Im Drogen- und Suchtbericht 2012 wird die vierte Säule mit einer Wiedergabe der Daten aus der polizeilichen Kriminalstatistik zu

Schmuggel, Anbau und Produktion, Sicherstellungszahlen, Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen sowie der Zahl der Drogentote abgehandelt – ohne zumindest Offensichtliches, wie die tödlichen Auswirkungen durch die Nichtverfügbarkeit von Drogenkonsumräumen im Süden Deutschlands anzusprechen. Ein allgemeiner Satz noch: „Eine Bedrohung für die gesamte Gesellschaft stellen auch der Drogenhandel und die Drogenkriminalität dar“ und weiter im Text...

Das Ausblenden weiterer Teile der vierten Säule ist ein Zeichen für die sektorale Fixierung der gegenwärtigen Drogenpolitik. Die offizielle Drogenpolitik steckt damit fest im Gedankengefängnis der Prohibition als allgemein akzeptierte und unbedingt notwendige Form des Umgangs mit Drogen. Jede noch so gute Idee im Bereich Prävention, Hilfe und Schadensminimierung muss sich in den Rahmen dieser prohibitiv-repressiven Kontrollpolitik einfügen, sonst wird sie verworfen. Eine öffentliche Diskussion über die Möglichkeiten bzw. Unmöglichkeiten einer „friedlichen Ko-Existenz von Kontrolle und Hilfe“ erfolgt quasi nicht.

Die zentrale harmlose Behauptung, Drogenpolitik und -hilfe konzentriere sich im Wesentlichen auf Prävention, löst sich bei einer objektiven Betrachtung sofort in Luft auf. Die „Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität“ entpuppt sich als Jagd auf Konsumenten und Abhängige, die sowohl ihren eigenen Zielen, Angebot und Nachfrage zu reduzieren, nicht gerecht wird und zudem schädlich für Gesellschaft und Betroffene ist.

Hierzu einige Zahlen aus der polizeilichen Kriminalstatistik und dem Bundeslagebild Rauschgift für das Berichtsjahr 2012¹¹⁹.

¹¹⁸ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2005); Drogen und Sucht - Ein Plan in Aktion. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/nr14/bmgsa600.pdf

¹¹⁹ Quellen für alle BKA-Daten: die jeweiligen Polizeiliche Kriminalstatistiken und Bundeslagebilder Rauschgift aus diversen Jahren;
http://www.bka.de/nn_205960/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true und
http://www.bka.de/DE/ThemenABisZ/Deliktsbereich/Rauschgiftkriminalitaet/Lagebilder/lagebilder__node.html?__nnn=true

Hinter den „allgemeinen Verstößen gemäß § 29 BtMG“ der polizeilichen Kriminalstatistik verbergen sich die konsumbezogenen Delikte, also alles außer Schmuggel, Handel, Banden-kriminalität oder „nicht geringe“ Mengen. Mit einem Anteil von 72 Prozent bei allen Drogen und 76,7 Prozent bei Cannabis machen sie den Großteil der polizeilichen Arbeit aus. Der Anteil der sogenannten „Rauschgiftdelikte“ an der Gesamtkriminalität hat sich in den Jahren 1993 bis 2002 nahezu verdoppelt und ist seitdem auf diesem hohen Niveau geblieben.

Die Polizeiliche Kriminalstatistik für das Berichtsjahr 2011 kennt 196.337 Tatverdächtige im Kontext von Rauschgiftdelikten. 144.140 Tatverdächtige erhielten eine Straf-anzeige wegen eines allgemeinen Verstoßes gemäß § 29 BtMG, den größten Anteil machen hier Verstöße wegen Cannabis mit 91.590 Personen aus.

Bezogen auf die regelmäßigen Konsumenten von Cannabis (30-Tages-Prävalenz) werden sechs Prozent mindestens einmal pro Jahr zu Tatverdächtigen aufgrund eines konsumbe-zogenen Delikts. Bezogen auf die Zahl der mindestens gelegentlichen Konsumenten (12-Monats-Prävalenz) sind es drei Prozent, bei den Konsumenten von Drogen außer Canna-bis sind es 13 bzw. 7,5 Prozent¹²⁰. Die Repression durch den Staat wird damit für viele Konsumenten die schlimmste Neben-wirkung ihres Konsums.

Trotz dieser Zahlen wird in der drogen-politischen Debatte immer wieder behauptet, der Fokus der Polizeiarbeit läge bei den Dro-genhändlern und nicht bei den Konsumenten. Dabei zeigt ein Blick in die Zahlen des BKA, dass sich das Übergewicht der Verfolgung von Konsumenten tendenziell sogar noch ver-stärkt hat:

Im Jahr 1993 zählte das BKA 122.240 Fälle von Rauschgiftkriminalität, davon 79.631

konsumnahe Delikte. Dies entspricht einem Anteil von 65,1 Prozent. Im Jahre 2011 waren es 170.297 von 236.478 Delikten und damit 72,0 Prozent.

Hinzu kommt die Beschaffungskriminalität von Drogenabhängigen. Es lassen sich min-destens 2,5 Prozent aller Straftaten – eher das Doppelte –, insbesondere in den Berei-chen Diebstahl, Raub und Einbruch, auf Be-schaffungskriminalität zurückführen. Deren Ursache ist u.a. in der nicht flächendecken-ten Versorgung mit adäquaten Drogenhilfe-sangeboten zu sehen: dort wo ausreichend Möglichkeiten zur Substitutionsbehand-lung zur Verfügung stehen, konnte auch die Beschaffungskriminalität reduziert werden.

Die Ausgaben im Rahmen der vier Säulen der Drogenpolitik wurden durch die Studie „Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland“ untersucht¹²¹. Das Ergebnis belegt: etwa zehn Prozent der gesamten öffentlichen Ausgaben für die öffentliche Sicherheit und Ordnung weisen einen Bezug zu illegalen Drogen auf. Im Sozial- und Gesundheitswesen liegt der Anteil nur bei 0,3 Prozent; dieser Sektor ist allerdings auch um ein Vielfaches größer und die Datenlage ist relativ schlecht.

Die Gesamtsumme der öffentlichen Ausgaben für illegale Drogen schätzt die Studie auf insgesamt 5,2 bis 6,1 Mrd. € . Der Großteil dieses finanziellen Engagements des Staates fließt in repressive Maßnahmen zur Bekämp-fung von Kriminalität im Zusammenhang mit „Rauschgift“. Hierunter fallen die Kosten für den Justizapparat wie Polizei, Staatsanwalt-schaft, Gerichte und Gefängnisse aufgrund von „Rauschgiftdelikten nach dem Betäu-bungsmittelgesetz (BtMG) als (...) durch Drogenkonsumenten begangenen Straftaten“.

¹²⁰ Daten aus diversen Repräsentativbefragungen; vgl. Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, I., Jakob, L., Budde, A., Rummel, C.: Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklungen und Trends. München: IFT 2013.

¹²¹ Vgl. Mostardt, S. / Flöter, S. / Neumann, A. / Wasem, J. / Pfeiffer-Gerschel, T. (2010): Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland, in: Gesundheitswesen 72(12), S. 886-894

Der Anteil liegt bei ca. 70 % bzw. 3,4–4,4 Milliarden Euro.

Die Bereiche Gesundheitswesen und soziale Sicherung haben mit 1,8 bis 1,9 Mrd. Euro einen Anteil von 30–35 Prozent an den Gesamtausgaben. Das Verhältnis der Ausgaben für Repression im Vergleich zu Hilfe und Therapie liegt somit bei sieben zu drei. Die Ausgaben pro Einwohner belaufen sich im Bereich illegaler Drogen auf 63–74 Euro pro Einwohner pro Jahr.

Durch die Fehlallokation polizeilicher Ressourcen in Form einer unverhältnismäßigen Priorisierung der Verfolgung von Drogendelikten im Bereich des Eigenbedarfs werden gleichzeitig andere, für das Gemeinwohl schädlichere Delikte, wie im Bereich der Wirtschafts- und Umweltkriminalität, nicht aufgeklärt.

Die Gesamtausgaben zur Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität in der Geschichte der BRD liegen in der Größenordnung von 200 Mrd. Euro, was dem wirtschaftlichen Schaden durch die Katastrophe von Tschernobyl oder den notwendigen Investitionen für die Energiewende in Deutschland entspricht.

Mehr Investitionen im Bereich der Suchtprävention an Stelle von Repression würden sich gleich zweifach lohnen. Zum einen entfalten Gelder, die derzeit in die Repression fließen, dort keinerlei positive Effekte, zum anderen haben sie in der Regel sogar schädliche Auswirkungen. Zudem würde jeder Euro, der in die Prävention fließt, mehr als einen Euro Einsparungen an anderer Stelle bringen. Somit ist es deutlich teurer, bereits entstandene Schäden zu beheben, als sie im Vorfeld aufzuspüren. Präventionsexperten gehen davon aus, dass der Nutzenfaktor, also der „Return on Prevention“ bei 2,2 liegt. Jeder Euro für die Prävention schafft damit einen Nutzen von 2,20 Euro bzw. einen Gewinn von

1,20 Euro¹²². Andere Studien gehen sogar von einem Verhältnis von 1 zu 55 aus¹²³.

Würde beispielsweise der bestehende Schwarzmarkt für Cannabis, ceteris paribus, durch einen regulierten Markt mit Jugend- und Verbraucherschutz (Kontrolle von Qualität und THC-Gehalt) ersetzt werden, würde durch die Legalisierung des Marktes (Arbeitsplätze, reguläre Steuern sowie Sondersteuer auf Cannabis) und den Wegfall der Repressionskosten eine siebenstellige Summe verfügbar werden. Der Deutsche Hanf Verband schreibt dazu¹²⁴: „Selbst bei sehr vorsichtigen Schätzungen und Annahmen kann man davon ausgehen, dass bei einer Cannabislegalisierung mindestens 1,4 Mrd Euro pro Jahr direkt in die Staatskassen fließen. Ein Vielfaches davon scheint wahrscheinlich.“ Dieses Geld sollte in den Ausbau der Suchtprävention investiert werden. Allein mit den Einnahmen und Einsparungen einer Cannabislegalisierung lassen sich mindestens 19.000 zusätzliche Stellen im Bereich der Suchtprävention finanzieren. Dies wäre eine Vollzeitstelle pro 600 Schüler und entspräche einer halben Stelle für jede Grundschule, jede weiterführende Schule und jede berufliche Schule in Deutschland. Würden zudem die Konsumenten aller anderen Drogen entkriminalisiert werden, könnte die Zahl der Stellen mindestens verdoppelt werden.¹²⁵

Das Ergebnis dieses Szenarios wäre die Entkriminalisierung von mehreren Millionen Bundesbürgern, der Wegfall von milliarden-schweren Umsätzen für kriminelle Organisationen und stattdessen der Ausbau der

122

<http://www.dguv.de/inhalt/presse/2012/Q1/return-on-prevention/index.jsp>

123

<https://povertybadforhealth.wordpress.com/2013/04/02/the-economic-benefits-of-prevention/>

124

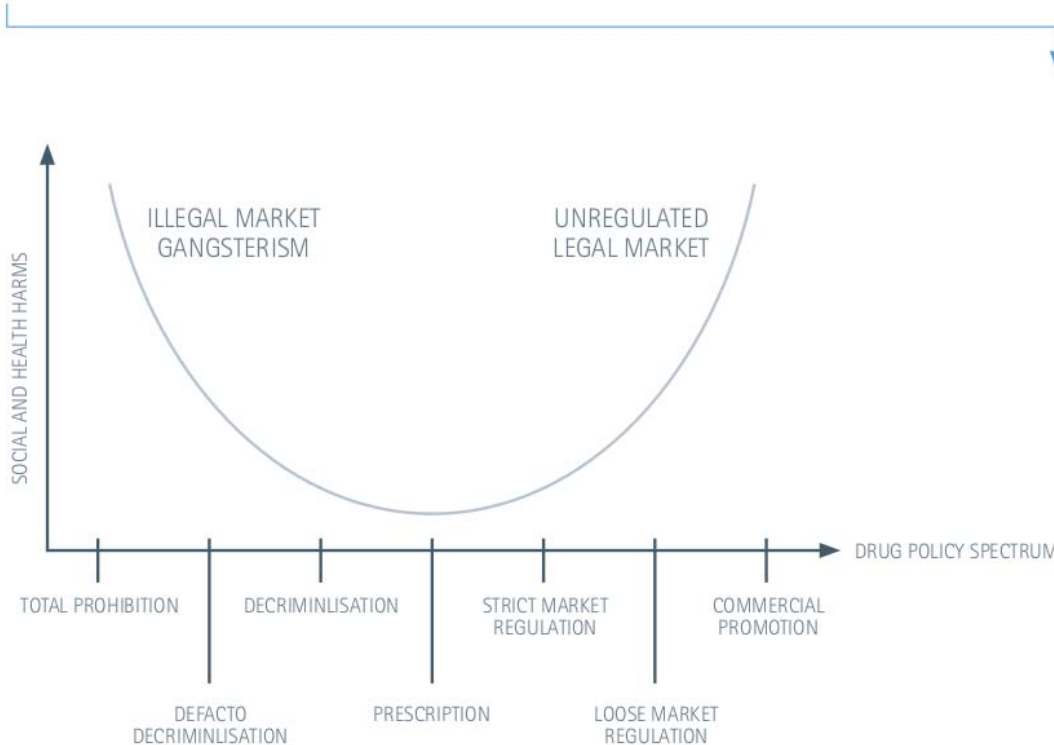
<http://hanfverband.de/index.php/themen/drogenpolitik-a-legalisierung/981-finanzielle-und-wirtschaftliche-auswirkungen-einer-cannabislegalisierung>

125 <http://www.alternative-drogenpolitik.de/2011/09/12/drogenmundigkeit-statt-repression/>

Prävention in beachtlicher Größenordnung, sodass eine spürbare Wirkung durch die signifikante Minderung von Drogenproblemen plausibel ist.

Dieser Text stammt teilweise aus der Studie „Entkriminalisierung und Regulierung – Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum“ (H. Stöver/ M. Plenert, Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung 2013, library.fes.de/pdf-files/iez/10159.pdf). Dort finden sich noch weitere Ausführungen zum Thema.

THE PARADOX OF PROHIBITION *



* THANKS TO JOHN MARKS AND MARK HADEN

Dieses schematische Modell einer britischen drogenpolitischen NGO (Transform Drug Policy Foundation; siehe <http://www.tdpf.org.uk/>) verdeutlicht, unter welchen Bedingungen bestimmte Drogen die meisten Schäden anrichten, sowohl in Bezug auf die individuelle Gesundheit als auch auf soziale Folgen: nämlich einerseits unter den Bedingungen einer strikt durchgesetzten Prohibition, andererseits in einem freien kommerziellen Markt. Deshalb ist es wünschenswert, für alle Drogen – sowohl die derzeit legalen als auch die illegalen – Regulierungen durchzusetzen, die eher in der Mitte der beiden beschriebenen Pole liegen.

C 3 -14

Heino Stöver

Elektronische (E-)Zigaretten und E-Shishas auf dem Vormarsch – fehlende gesetzliche Regelungen behindern den Verbraucherschutz

Seit der Patentierung des E-Zigarettenmodells von Hon Lik im Jahre 2003 in China hat die chinesische Firma Ruyan mit der Massenfertigung und Verkauf im Jahre 2004 begonnen. In Europa begann der Verkauf etwa seit 2007/8. Seitdem hat die Verbreitung der E-Zigarette enorm zugenommen. Marktanalysten vermuten, dass die E-Zigarette schon in 10 Jahren die konventionelle Nikotinzigarette überholen wird (Wells Fargo 2013). Bereits heute gibt es mehr als 7 Mio. „Dampfer“ in Europa (European Commission 2012) – Tendenz ansteigend; eine Entwicklung, die sich genau gegenläufig zum Rückgang der Tabakzigaretten vollzieht. Diese Entwicklung ist nur vergleichbar mit einer anderen Rauchrevolution: der Erfindung der Zigarettenrollmaschine von James Bonsack im Jahre 1880, mit einer Fertigung von 200 Zigaretten pro Minute. Damit hatte die Zigarette ihren Siegeszug begonnen – und die Gesellschaft gespalten in Raucher und Nichtraucher.

Seltsam nur, dass die Politik nicht wirklich auf dieses neue Phänomen reagiert: Noch immer fehlen gesetzliche Regelungen für E-Zigaretten und E-Shishas. Das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg äußert sich in einem Factsheet kritisch (DKFZ 2014) – mahnt aber auch gesetzliche Regelungen an. Diese kommen aber nicht, und zwar schon seit Jahren nicht.

Aber wie gefährlich ist das Dampfen? Als Konsequenz aus dem Fehlen gesetzlicher Regelungen und Verbraucherschutzbestimmungen (keine klare Etikettierung mit Ausweisung der Inhaltsstoffe etc.) weiß man in der Tat nicht genau, was die E-Zigarette, ob mit Nikotinkartusche oder „nur“ Aromastoffen, tatsächlich enthält. Klar ist nur, dass auch die E-Zigarette Spuren fremder Substanzen

enthalten kann, allerdings sehr viel seltener und in einem weitaus geringerem Maße als Tabakzigaretten und im Übrigen viel ungefährlicher. Geraucher Tabak hingegen enthält etwa 4.000 chemische Stoffe, von denen mehrere Hundert toxisch (z.T. kanzerogen) sind und auch nicht auf der Zigaretten-schachtel ausgewiesen. Es gibt keine Anhaltspunkte, dass Dampfen Stoffe freisetzt, die gebräuchlichen Standards hinsichtlich der Sicherheit am Arbeitsplatz widersprechen (Burstyn 2014). Abgewogen und nüchtern betrachtet muss man auf einem Kontinuum der Risiken E-Zigaretten und E-Shishas am unteren Ende, etwa neben Produkten zum Nikotinersatz, ansiedeln, Tabakzigaretten jedoch ganz oben (Nutt et al. 2014).

Die Rat- und Tatenlosigkeit der Politik und Verantwortlichen führt allerdings dazu, dass nicht nur der wichtige Verbraucherschutz ungenügend beachtet wird, sondern auch dazu, dass das Potenzial der E-Zigarette für Rauchstopp- bzw. Reduktionsversuche nicht annähernd ausgeschöpft wird. Zu groß ist die Verwirrung über die Inhaltsstoffe und ggf. das Gefährdungspotenzial für Jugendliche, die zwar erfreulicherweise immer stärker Tabakzigaretten ablehnen, aber teilweise den süßlichen Aromen beim „Dampfen“ nicht abgeneigt sind.

Aus der Not des Fehlens klarer gesetzlicher Bestimmungen ist eine verbrauchergestützte Selbsthilfe-/Gesundheits-/Genussbewegung erwachsen: Verbraucher informieren, orientieren und organisieren sich selbst. Keine Ressourcen der Gesundheitsversorgung erhält diese Gegenbewegung, aber sie wird konfrontiert mit Ablehnung, Missachtung oder sogar Antipathie von vielen Stellen der Gesundheitsversorgung. Es besteht eine Ablehnungskalition der Öffentlichen Gesundheit, keine – auf Schadensminimierung ausgelegte – Gesundheitsdebatte der Verantwortlichen, geschweige denn Forschung auf diesem Gebiet. Der Public Health-Diskurs fokussiert sich auf den E-Zigarettengebrauch bei Jugendlichen, als Einfallstor für das Rauchen konventioneller Tabakzigaretten – verbunden mit der Gefahr, dass E-Zigaretten den Prozess

der „De-Normalisierung“ des Rauchens untergraben und zu einer „Re-Normalisierung“ führen konnten; eine unbewiesene Jugendverführungstheorie vieler Gegner (Frankenberger 2014). Nutzer von E-Zigaretten verstehen sich nicht mehr als Raucher, sondern als „Dampfer“ (Ekberg 2014).

Nur wenige Gesundheitsexperten engagieren sich für Schadensminimierung beim Tabakrauchen, und noch weniger für die Frage der Tauglichkeit von E-Zigaretten für die Millionen Noch-Tabakraucher als Risikoreduktionsmittel in Deutschland. Die Grass-Roots-Bewegung der „Dampfer“ wird alleingelassen und mehr oder weniger ausgegrenzt. Was aber hat das mit den Prinzipien der Gesundheitsförderung zu tun? Gesundheitsförderung ist laut Ottawa-Charta (WHO 1986) ein Prozess der Befähigung von Menschen, mehr Kontrolle und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu gelangen. Und dazu haben die (potenziellen) Gebraucher von E-Zigaretten ein Recht, insbesondere auch dazu, besser informiert und aufgeklärt zu werden.

Was also angesichts der immer noch hohen Zahl gegenwärtiger Raucherinnen und Raucher sehr erstaunt, ist, dass das Potenzial der E-Zigarette in schadensminimierender Hinsicht unbeachtet, ja fast verbannt bleibt. Die offiziellen Verlautbarungen des DKFZ sehen eigentlich nur Gefahren (Pötschke-Langer, 2014), unternehmen aber keinen Abwägungsprozess auf evidenzbasierter Ebene, um den Strohalm, den die E-Zigarette darstellt, für die Rauchprävention nutzbar zu machen.

Literatur

Adelman, D. J., & Grainger, M. (2013). Tobacco Thoughts on E-Cigarettes: Better to run out the clock? Investment Case. Morgan Stanley Research North America, August 2013

Berridge, V. (2013) Demons: Our changing attitudes to alcohol, tobacco and drugs. Oxford. Oxford University Press.

British Medical Association (2013) BMA briefing: E-cigarettes in public places and workplaces. <http://bma.org.uk/working-for-change/improving-and-protecting-health/tobacco/e-cigarettes>. Accessed 20 Jan 2014

Burstyn, I. (2014). Peering through the mist: systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about

health risks. BMC Public Health, 14(1), 18. doi:10.1186/1471-2458-14-18

Christensen, M. (2003). The innovator's solution : creating and sustaining successful growth. Harvard Business Press

DKFZ (2014): Informationen für Schulen: E-Zigaretten und E-Shishas. Heidelberg, Deutsches Krebsforschungszentrum.

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/FzR/FzR_Informationen_fuer_Schulen_E_Zigaretten_und_E-Shishas.pdf

Ekberg, B. (2014): Statement. In: taz, sonntaz, 14./15. Juni 2014, S. 18

European Commission (2012). Eurobarometer 385. Attitudes of Europeans towards tobacco. 2012. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_385_en.pdf (accessed on: January 13, 2014).

Farsalinos, K., and Stimson, G. (2013): Is there any legal and scientific basis for classifying electronic cigarettes as medications? International Journal of Drug Policy: submitted

Frankenberger, S. (2014): Statement. In: taz, sonntaz, 14./15. Juni 2014, S. 18

Godlee, F. (2014) Hold the line against tobacco. *British Medical Journal* 348:f7686

Medicines and Healthcare Regulatory Agency (MHRA) (2013) Nicotine containing products. <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Generalsafetyinformationandadvice/Product-specificinformationandadvice/Product-specificinformationandadvice%E2%80%9393T/NicotineContainingProducts/index.htm>. Accessed 20 Jan 2014

Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P (2009): Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 338, b1024.

Nicholls J (2009) The politics of alcohol: A history of the drink question in England Manchester Univ. Press: Manchester

Nutt D.J., Phillips L.D., Balfour D., Curran H.V., Dockrell M, Foulds J., Fagerstrom K., Letlape K., Milton A., Polosa R., Ramsey J., and Sweanor D. (2014) Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. *European Addiction Research*, 20, 218-225

Patwardhan, S. R., & Murphy, M. A. (2013). Survey of GPs' understanding of tobacco and nicotine products. *Drugs and Alcohol Today*, 13(2), 119–150. doi:10.1108/DAT-02-2013-0010

Polosa R, Rodu B, Caponnetto P, Maglia M, and Raciti C (2013). A fresh look at tobacco harm reduction: the case for the electronic cigarette. *Harm reduction journal*, 10(1), 19. doi:10.1186/1477-7517-10-19

Pötschke-Langer, M. (2014): Statement. In: taz, sonntaz, 14./15. Juni 2014, S. 18

Public Health Wales (2013) Advice on e-Cigarettes issued.

<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/news/30545> Accessed 20 Jan 2014

Robehmed N. (2103) E-cigarette Sales Surpass \$1 Billion As Big Tobacco Moves In. Forbes 2013. Available at:

<http://www.forbes.com/sites/natalierobehmed/2013/09/17/e-cigarette-sales-surpass-1-billion-as-big-tobacco-moves-in/> (accessed on January 13, 2014).

Stimson G.V. (2014) Public health leadership and electronic cigarette users. The European Journal of Public Health 2014; doi: 10.1093/eurpub/cku049

Stimson GV and Costall P J (2014) UK Public Health Doctors and e-cigarettes – why this matters. <http://nicotinepolicy.net/gerry-stimson/673-uk-public-health-doctors-and-e-cigarettes-why-this-matters> accessed 20 Jan 2014

West R (2013) Presentation at e-Cigarette Summit. <http://nicotinepolicy.net/events-summaries/440-12-november-2013-e-cigarette-summit-2> Accessed 20 Jan 2014

Wells Fargo (2013). Analyst projection: E-cigs will overtake traditional tobacco revenue at Reynolds in 2021 - Winston-Salem Journal: Local Business. Retrieved from http://www.journalnow.com/business/business_news/local/article_948674ca-1ca9-11e3-a0ae-0019bb30f31a.html

Wilson AC (2006) Water of Life. A history of wine distilling and spirits 500 BC – AD 2000 Prospect Books: Totnes.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health. 1986. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (4 March 2014 date last accessed).

World Health Organization (2003) Framework Convention on Tobacco Control http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html Accessed 20 January 2014

C 3.1 Fallbeispiele

C 3.1-1

Jonas Schemmel und Werner Graf

Legalisierung von unten Wie die Realität neue Wege in der Drogenpolitik aufzwingt

Einleitung

Die Diskussion um die Einrichtung legaler Abgabestellen für Cannabis („Coffeeshop“) im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg hat in Deutschland und teilweise sogar europa- und weltweit für Aufsehen gesorgt. Im Folgenden sollen Hintergrund und Ziel dieser Idee beschrieben sowie die einzelnen Schritte dorthin kurz skizziert werden. Abschließend wird auf die Reaktionen verschiedener Akteure eingegangen. Insgesamt zeigt sich eine prinzipielle Offenheit für eine progressivere Drogenpolitik in Bevölkerung und Medien sowie breites Interesse an einer differenzierten Debatte. Politische Gegner einer Entkriminalisierung verweisen oft auf rechtlich-formale Hindernisse und diskutieren selten auf politisch-fachlicher Ebene, was den Eindruck einer gewissen argumentativen Hilflosigkeit vermittelt. Der Vorwurf der Verharmlosung des Cannabiskonsums scheint dabei ein letztes Argument zu sein.. Dabei wird auch von Befürwortern einer Cannabis-Entkriminalisierung stets auf die Risiken hingewiesen, während auf der anderen Seite deren Gegner nicht bereit scheinen, die Schäden durch Strafverfolgung ernst zu nehmen.

Hintergrund und Entstehung – wie kam es zu der Initiative?

Dass auch in einem illegalisierten Markt die Nachfrage das Angebot bestimmt, wurde Sommer 2013 im Görlitzer Park in Kreuzberg immer deutlicher. Obwohl schon immer ein Ort, an dem insbesondere Cannabis gehandelt wurde, hatte es 2013 eine spürbare Zunahme des Drogenhandels im Park

gegeben¹²⁶. Immer mehr Händler sprachen teilweise aufdringlich und offensiv Passant/innen und Parknutzer/innen an. Der Unmut darüber wuchs gerade in Teilen der Anwohnerschaft und selbst zur Zurückhaltung mahnende Stimmen gestanden ein, dass etwas passieren müsse¹²⁷. Kritik und Beschwerden blieben dabei bemerkenswert differenziert: Im Fokus standen vor allem die als Belästigung empfundene Art und Weise des Handels, seine stark gestiegene, nicht mehr tolerierbare Präsenz an den Eingängen des flächenmäßig kleinen Parks sowie die teils abstrakte, teils konkrete Sorge um vermeintlich angesprochene Kinder. Dabei wurde stets Verständnis für die Situation der Händler geäußert, welche zu einem Großteil afrikanische Flüchtlinge waren und sind.¹²⁸

Vor allem Medien griffen das Thema während des Sommerlochs dankbar auf und trugen durch teils skandalisierende und überzogene Berichterstattung („Im Görlitzer Park eskaliert die Gewalt“¹²⁹) zur Verschärfung des Konflikts und seiner Diskussion über die Bezirksgrenzen hinaus bei¹³⁰. Die Polizei steigerte die Zahl der Razzien und Durchsuchungen und zeigte fast täglich Präsenz im Park. In den ersten drei Quartalen 2013 kam die Polizei auf 113 Einsätze und 7.749 Einsatzstunden¹³¹. Wie unter einem Brennglas zeigte die

¹²⁶

<http://www.tagesspiegel.de/berlin/drogenumschlagplatz-in-berlin-kreuzberg-ich-gebe-den-jungs-hier-keine-schuld-meinungen-zum-drogenhandel/8525058-2.html>

¹²⁷

<http://www.morgenpost.de/bezirke/friedrichshain-kreuzberg/article118399116/Im-Goerlitzer-Park-in-Kreuzberg-eskaliert-die-Gewalt.html>

¹²⁸ <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-91768486.html>

¹²⁹

<http://www.morgenpost.de/bezirke/friedrichshain-kreuzberg/article118399116/Im-Goerlitzer-Park-in-Kreuzberg-eskaliert-die-Gewalt.html>

¹³⁰

<http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/kriminalitaet/drogenhandel-im-goerlitzer-park-ein-spazier-aus-dealern-12614165.html>

¹³¹

<http://www.berlin.de/sen/inneres/presse/pressemitteilungen/2013/pressemitteilung.35844.php>

Situation im Görlitzer Park die Nutzlosigkeit der Prohibition auf, denn trotz täglicher Polizeikontrollen gab es nicht die geringste Entschärfung; der Handel blieb davon weitestgehend unbeeindruckt¹³². Während der Innensenator die Bemühungen seitens der Polizei betonte, konnte er keine Angaben zur sichergestellten Menge an Drogen, Ergebnissen der Ermittlungsverfahren oder Kosten der Einsätze machen¹³³ und verstärkte damit den Eindruck der Erfolglosigkeit der polizeilichen Strategie¹³⁴. In dieser medial aufgeheizten Situation und vor dem Hintergrund weitgehend wirkungsloser Razzien schlug der damalige Bezirksbürgermeister von Friedrichshain-Kreuzberg, Franz Schulz, eine legale Verkaufsstelle für Cannabis vor. Sein Ziel: dem Schwarzmarkt das Wasser abgraben¹³⁵. Diese Idee wurde von Anwohner/innen an ihn herangetragen. Unter seiner Nachfolgerin Monika Herrmann, die gleichzeitig Stadträtin für Jugend und Gesundheit ist, wurde diese Idee gemeinsam mit der grünen Fraktion im Bezirksparlament und dem bezirklichen Parteivorstand der Grünen nicht nur aufgenommen, sondern gesundheits- und jugendpolitisch qualifiziert: Auf Antrag der Grünen beauftragte das Bezirksparlament von Friedrichshain-Kreuzberg mit Stimmen der SPD, Linken und Piraten Ende November 2013 die Bezirksbürgermeisterin damit, eine Ausnahmegenehmigung im Sinne von §3 des Betäubungsmittelgesetzes zu stellen, um eine legale, kontrollierte Abgabe von Cannabis am Görlitzer Park sowie an weiteren Stellen in Friedrichshain-Kreuzberg zu ermöglichen¹³⁶. Dies erfordere das

Nachweisen eines wissenschaftlichen oder anderen öffentlichen Interesses. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass eine kontrollierte Abgabe im Sinne von Prävention, Gesundheits- und Jugendschutz sowie einer frühzeitigeren Erreichbarkeit von Menschen mit problematischen Konsummustern erfolgen müsse.

Rechtliche Möglichkeiten und Schritte zur Realisierung

Die Initiative möchte einen Spielraum nutzen, den das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) lässt. In §3 (2) BtMG heißt es, dass „das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken [eine Ausnahme vom absoluten Verkehrsverbot] erteilen [kann]“. Ziel ist es, eine solche Ausnahmegenehmigung zu erhalten, also Cannabis kontrolliert und legal abgeben und vielleicht sogar produzieren zu dürfen. Dazu muss nicht nur das besagte öffentliche oder andere wissenschaftliche Interesse nachgewiesen, sondern auch die in §5 BtMG definierten Gründe für das Versagen einer Erlaubnis nach §3 BtMG ausgeschlossen werden.

Vorgesehen sind mehrere Fachkonferenzen mit Expert*innen, welche zu spezifischen Fragestellungen tagen sollen, z.B. welche wissenschaftlichen Fragestellungen im Zuge einer kontrollierten Abgabe wie untersucht werden können, wie viele Abgabestellen im Bezirk nötig sein würden, woher das Cannabis bezogen werden könnte etc. Explizit erwünscht ist auch die Einbindung von Anwohner/innen. Wissenschaftliche Fragestellungen könnten sein: Lässt sich mit einer kontrollierten Abgabe ein besserer Jugendschutz durchsetzen? Kann Präventionsarbeit effektiver erfolgen, z.B. durch enge Anbindung bzw. Zusammenarbeit mit einem Träger? Ist ein wirksamer Verbraucher/innenschutz und somit auch ein gezielter Konsum durch eine

¹³² <http://www.berliner-zeitung.de/polizei/drogen-im-goerlitzer-park-nach-der-razzia-ist-vor-der-razzia,10809296,24922256.html>

¹³³ <http://dirk-behrendt.net/wp-content/uploads/2014/01/Anfrage-DrogenrazzienGoerli.pdf>

¹³⁴ <http://www.taz.de/1131167/>

¹³⁵

<http://www.taz.de/1/archiv/digitaz/artikel/?ressort=ba&dig=2013%2F07%2F23%2Fa0123&cHash=c5582d8acb7744d1fa643b8ed4594042>

¹³⁶ <http://www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/bv/>

online/___tmp/tmp/45081036193231637/193231637/00060396/96.pdf

legale Abgabe möglich? Wird dem Schwarzmarkt die Nachfrage entzogen?

Am Ende dieses Klärungsprozesses soll ein Antrag auf eine Ausnahmegenehmigung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestellt werden.

Reaktionen auf die Initiative

Hatte der Vorschlag von Franz Schulz bereits hohe Wellen in der Berliner Presselandschaft geschlagen, eroberte das Thema im Lauf des Spätsommers und Herbstes auch überregionale Medien (ZDF, RTL, Spiegel, Stern, Zeit etc.). Die Antragstellung und -beschließung im Kommunalparlament sorgte für weiteres Medienecho, vom Rolling Stone über Vice bis nach Italien und Spanien. Selbst Radio Moskau und einige brasilianische Journalisten zeigten Interesse. Dabei wuch die anfangs eher schlagwort-orientierte Berichterstattung („Coffeeshop in Kreuzberg“) bald einer differenzierteren, in der Expert/innen zu Wort kamen, pro und contra abgewogen und Erfolgschancen bewertet wurden^{137 138}.

Zusätzlichen Aufwind bekam das Thema durch die Entkriminalisierung in Uruguay sowie im US-Bundesstaat Colorado ab 2014 und durch die Petition von Prof. Dr. Lorenz Böllinger, der gemeinsam mit fast der Hälfte aller deutschen Strafrechtsprofessor*innen den Bundestag auffordert, Cannabis zu entkriminalisieren¹³⁹. Insgesamt kann man feststellen, dass sich gerade vor dem Hintergrund eines immer mehr als gescheitert betrachteten „War on Drugs“, die Entkriminalisierung von Cannabis weltweit als gangbare Option mehr und mehr durchsetzt.

Innerhalb der Anwohnerschaft stieß die Idee auf kritisches Interesse. Schnell zeichnete sich ab, dass dem prinzipiellen Anliegen einer Entkriminalisierung nicht viele entgegen-

standen. Gegenstand lebhafter Diskussion waren vielmehr Details konkreter Ausgestaltungen, z.B. drohender Drogentourismus, Zukunft der mit Gras handelnden Personen, konkreter Umgang mit der Situation im Park etc.

Träger der Drogen- und Suchtberatung zeigten sich offen für die Diskussion des Projekts und signalisierten teilweise Zustimmung. So sagte Edgar Wiehler von der Kreuzberger Drogenberatungsstelle Misfit in der Berliner Zeitung, er sei „von der Idee begeistert, weil sie der Diskussion eine neue Richtung gibt“ und fordert den Senat auf, die Idee aufzugreifen¹⁴⁰. Astrid Leicht von fixpunkt e.V. äußerte sich ähnlich positiv¹⁴¹. Auffällig dabei ist, dass die Zustimmung dort am größten ist, wo der direkte Kontakt mit konsumierenden Klient/innen besteht. Doch auch in anderen Teilen der Fachwelt stößt die Idee auf Interesse. Prof. Dr. Ulrich Gassner von der Universität Augsburg räumte dem Projekt rechtliche Chancen ein und stellte heraus, dass ein öffentliches Interesse wie im Gesetz gefordert durchaus bestehen könne. Zudem kritisierte er die machtvollen Stellung des BfArM als „Schiedsrichter über wissenschaftliche Wertigkeit“¹⁴².

Innerhalb der Politik wurde die Initiative vom konservativen Lager abgelehnt, wobei bemerkenswerterweise vor allem formal und wenig inhaltlich argumentiert wurde. Berlins Gesundheitssenator Czaja (CDU) sagte Anfang November im Berliner Abgeordnetenhaus, erklärte er halte das Vorhaben für unrealistisch und falsch. Es liege kein öffentliches Interesse vor¹⁴³. Ähnlich äußerten sich Justizsenator Heilmann (CDU) und Innen-

¹³⁷ <http://www.n-tv.de/politik/Der-Irrweg-der-deutschen-Drogenpolitik-article11907176.html>

¹³⁸ <http://www.zeit.de/gesellschaft/2013-12/coffeeshops-in-berlin>

¹³⁹

<http://www.ito.de/recht/hintergruende/h/strafrecht/er-petition-bundestag-cannabis/>; siehe auch Böllinger in diesem Band

¹⁴⁰ <http://www.berliner-zeitung.de/ueber-berlin-reden/drogenberatung-misfit-die-drogen-der-kreativen-in-berlin,20812554,25863594.html>

¹⁴¹ <http://www.berliner-zeitung.de/berlin/goerlitzer-park-kreuzberg-coffeeshop-einen-versuch-ist-es-wert,10809148,25468494.html>

¹⁴²

<http://www.ito.de/recht/hintergruende/h/cannabis-marihuana-berlin-coffeeshop-kreuzberg/2/>

¹⁴³ <http://www.rbb-online.de/politik/beitrag/2013/11/bezirk-und-senat-streiten-um-coffeeshop-in-kreuzberg.html>

senator Henkel (CDU), welcher immerhin zugestand, dass Polizeieinsätze das Problem nicht lösen könnten¹⁴⁴. Auch die Drogenbeauftragte des Landes Berlin, Christine Köhler-Azara, teilt die Skepsis. In einem Interview mit dem Inforadio des RBB am 28.1.2014¹⁴⁵ räumte sie zwar ein, dass es viele Cannabis-User gebe, die „mit ihrem Konsum einigermaßen zurechtkommen“. Das Problem sei allerdings komplex und mit einer Legalisierung nicht zu lösen. Zudem sei ein öffentliches bzw. wissenschaftliches Interesse, wie laut Gesetz erforderlich, nicht ersichtlich. Es sei darüber hinaus zunehmender Drogen-Tourismus zu befürchten. All diesen Äußerungen ist gemein, dass sie sich kaum mit dem Thema selbst auseinandersetzen, nämlich den Auswirkungen der aktuellen Drogenpolitik. Bis auf ein paar Allgemeinplätze wie „Cannabis ist keine harmlose Substanz“ (Heilmann) oder einen eher vagen Verweis auf die Gefahren für Jugendliche wird kaum auf die inhaltlichen, drogenpolitischen Argumente für eine entkriminalisierte Abgabe eingegangen, geschweige denn die aktuelle Situation im Görlitzer Park zur Kenntnis bzw. das Interesse der Anwohner/innen ernst genommen. Insbesondere ist auffällig, dass keine Alternativvorschläge zur Lösung des Problems vorgebracht werden (können). Der Eindruck, der so entsteht, ist der einer defensiven, wenig fachlichen Herangehensweise an die Auswirkungen der aktuellen Drogenpolitik seitens konservativer Politiker/innen, welche mitunter hilflos und ideologisch wirkt.

Ein vorgebrachter fachlicher Einwand gegen eine Entkriminalisierung betrifft die vermeintliche Signalwirkung einer Entkriminalisierung v.a. auf Jugendliche. So warnte Nicolo Witte von „Keine Macht den Drogen“ vor einem verharmlosenden Signal, weil vermittelt

würde, die Schäden durch Cannabis-Konsum seien nicht so groß wie bisher angenommen¹⁴⁶. Ebenso wurde vereinzelt stark gemacht, dass man neben Alkohol und Tabak nicht noch eine weitere legale Droge gebrauchen könne. Dabei wird jedoch vergessen, dass gerade die Nebenwirkungen des Verbotes meist größer sind – weder Jugend- noch Verbraucherschutz kann in der Prohibition effektiv betrieben werden, von einer frühzeitigen Aufklärung ganz zu schweigen. Dennoch ist Akteuren wie Herrn Witte zuzugestehen, dass sie Interesse an einer fachlichen Debatte des Vorschlags zeigen, auch wenn das dahinter stehende Ziel einer möglichst abstinenter Gesellschaft fachlich und politisch äußerst diskussionswürdig ist.

Fazit

Die Diskussionen um legale Abgabestellen für Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg haben gezeigt, dass deutschlandweit die Bereitschaft besteht, die Kriminalisierung des Konsums von Cannabis kritisch zu diskutieren, sowohl seitens der Bevölkerung als auch in der Fachwelt. Zudem scheint gesamtgesellschaftlich zumindest ein Problembewusstsein zu existieren, wobei die Gegner einer Entkriminalisierung entweder, so von politischer Seite, defensiv formal und eher inhaltsarm argumentieren oder, vonseiten mancher Verbände, vor der gesellschaftlichen Signalwirkung einer Entkriminalisierung warnen. Hier muss zukünftig insbesondere auf die bisherige Wirkungslosigkeit der Strafverfolgung auf die Konsumprävalenz hingewiesen werden. Der Vorwurf, man wolle Drogenkonsum verharmlosen oder gar bewerben, sollte konsequent ausgeräumt werden. Sinnvoll ist darüber hinaus die Betonung der Präventions- und Jugendschutzbelange des Projekts. Denn eines ist klar: Die Prohibition ist gescheitert und muss endlich auf den Prüfstand.

¹⁴⁴

<http://www.berlin.de/sen/inneres/presse/pressemitteilungen/2013/pressemitteilung.35844.php>

¹⁴⁵ [http://www.rbb-](http://www.rbb-online.de/politik/beitrag/2014/01/coffeeshop-goerlitzer-park-berlin-drogenbeauftragte-koehler-azara.html)

[online.de/politik/beitrag/2014/01/coffeeshop-goerlitzer-park-berlin-drogenbeauftragte-koehler-azara.html](http://www.rbb-online.de/politik/beitrag/2014/01/coffeeshop-goerlitzer-park-berlin-drogenbeauftragte-koehler-azara.html)

¹⁴⁶

<http://www.sueddeutsche.de/panorama/drogenumschlagplatz-goerlitzer-park-coffeeshop-fuer-die-wissenschaft-1.1831530>

C 3.1-2

Heidrun Behle, Jürgen Heimchen

Legalisierung aus Sicht der Eltern

Wie alle Eltern hatten auch wir den Wunsch, dass unsere Kinder sich nicht vom rechten Pfade abbringen ließen, insbesondere keine verbotenen Früchte probierten, und ihren Lebensweg weitab jeglicher Straffälligkeit beschreiten würden. Mit voller Wucht riss uns die Realität ins scheinbar Bodenlose, als wir vom Drogenkonsum unserer Kinder – auch noch Heroin ! – erfuhren. Die Abwärtsspirale der Familie war in Gang gesetzt: die Drogen konsumierenden Kinder gerieten mit dem Gesetz in Konflikt, hauptsächlich durch Beschaffungskriminalität, verloren die Arbeitsstelle oder waren nicht mehr in der Lage, ihre Ausbildung zum Abschluss zu bringen. Die Eltern kämpften nach allen Seiten: gegen ihre Kinder, die aufhören sollten damit; gegen ihre Ängste, dass der – illegale – Drogenkonsum in der Nachbarschaft und der Verwandtschaft auffallen könnte, dass die Polizei die Kinder erwischte; und zuletzt kämpften sie gegen ihre ständige Angst um das Leben ihrer Kinder an. Energie raubende und krank machende Umstände. Was liegt da näher als der Wunsch, die Drogen aus der Welt zu schaffen!?

Im Jahr 1993 fand der 2. Drogenkongress von akzept e. V. in Hamburg statt, den wir Eltern erstmalig besuchten. Wir wollten mithelfen, die Verelendung und das Sterben der Drogenkonsumenten zu stoppen. So weit waren wir dann schon. Aber die, aus unserer damaligen Sicht provokante, These des Kongresses „Ohne Legalisierung geht es nicht“ erschütterte uns zutiefst. Unsere Hoffnungen lagen bis dahin allein in den „Clean-Therapien“ und das Abstinenzdogma war verinnerlicht. Wieso forderten Vertreter der professionellen Drogenhilfe, Professoren und Ärzte die Legalisierung des Teufelszeugs?

Die täglich erlebte Realität des Drogen-Alltags unserer Kinder zwang uns zum Nachdenken. Die „Drogenkarriere“ ließ sich von uns nicht aufhalten. Wir erkannten, dass wir unsere

Kräfte anders einsetzen mussten. Wir konnten unsere Kinder nicht ändern, aber versuchen, die diskriminierenden Lebensbedingungen zu verbessern zugunsten menschenwürdiger Lebensmöglichkeiten. Wir wollten nicht länger gegen „die“ Drogen kämpfen, was ja hieß, alle Konsumenten illegaler Drogen, somit auch unsere eigenen Kinder, zu bekämpfen. Sie stattdessen in ihrer Sucht anzunehmen und zu helfen, wenn sie es wünschten, machten wir uns zur Aufgabe.

Das bedeutete auch, uns mehr Informationen über Abhängigkeit und Sucht zu beschaffen, die Wirkungsweisen der verschiedenen Drogen zu verstehen und uns auch mit der Geschichte der Drogen in den unterschiedlichen Epochen zu befassen. Wir lernten, dass psychoaktive Substanzen schon seit jeher Wegbegleiter der Menschheit über Jahrhunderte hinweg waren und zeitweise als Allheilmittel galten, aber genauso immer wieder verteufelt wurden – je nachdem, für was, für wen oder wozu es gerade passend war. Aus dem für uns neuen Blickwinkel heraus und mit dem Wissen, dass Cannabis bis ins 20. Jahrhundert gesellschaftlich integriert war, d. h., dass es bis dahin wirtschaftlich, medizinisch und genussorientiert genutzt wurde, entschlossen sich Eltern und Angehörige unseres Landesverbandes NRW im Mai 1997 eine Unterschriftenaktion für die Legalisierung von Cannabis am Hauptbahnhof in Essen durchzuführen. Innerhalb weniger Stunden sammelten sie über 3000 (dreitausend!) Unterschriften hierfür. Die Bildzeitung titelte am 12. Mai 1997: „Freigabe von Hasch – Eltern kämpfen dafür!“. Nach dieser Aktion wurde es etwas ruhiger bezüglich dieser Forderung, denn wir Eltern waren in den Folgejahren stark um das Überleben unserer opiatabhängigen Kinder und Angehörigen bemüht. Die Anzahl der Menschen, die Opfer der repressiven Drogenpolitik wurden, immer mehr verelendeten und starben, wuchs ständig.

Schließlich kamen wir nicht umhin, das Abstinenzparadigma zu hinterfragen. Wie kam es überhaupt dazu? Ein Paradigma ist ein kollektives Denkmodell, eine bestimmte

Sache betreffend, das zur Gewohnheit wird und meist von einem ganzen Zeitalter geteilt wird. Es schafft eine gewisse Stabilität, aber auch Bequemlichkeit. So fragt man irgendwann nicht mehr, ob ein Gedanke richtig, nützlich oder hilfreich ist. Es genügt, dass alle es sagen. Die Achtsamkeit ist verschwunden, die Kreativität, anders zu denken, lässt nach. Außerdem ist der Abstinenzgedanke eng verknüpft mit der Prohibition, woraus wiederum die Tendenz entspringt, zu moralisieren und stigmatisieren.

Hier setzte bei uns abermals ein Umdenken ein. Denn etwas musste falsch sein am Abstinenzdogma. Wieso schränkten auch drastische Strafen, ja sogar Inhaftierung, den Konsum der illegalen Drogen nicht ein? Die vielen abgebrochenen Entgiftungen und nicht zu Ende geführten Langzeittherapien vor Augen und unsere inzwischen gewonnenen Kenntnisse veranlassten uns nun, Forderungen nach Konsumräumen, Spritzenvergabe in Haftanstalten, Heroinvergabe und weiteren Überlebenshilfen zu stellen. Heute, im Jahr 2014, sind einige dieser Forderungen erfüllt. So ist es an der Zeit, unsere Legalisierungsbestrebungen wieder nach vorne zu bringen. Unsere Erkenntnisse heute:

Die Trennung in legale / illegale Drogen ist politischer Natur und kulturhistorisch nicht zu begründen. Durch die Illegalisierung und Verbotspolitik entstehen gravierende Probleme. Die Prohibition kann niemals gesondert von den sozialen Begleiterscheinungen gesehen werden:

- Illegalität verhindert realistische Aufklärung, fördert Tabuisierung, hat Unwissenheit, Ignoranz und Diskriminierung zur Folge.
- Illegalität hat Beschaffungskriminalität und somit die Kriminalisierung der Konsumenten zur Folge, einhergehend mit immens hohen Kosten für die Strafverfolgungsbehörden bzw. für unsere Gesellschaft.
- Illegalität hat die Bildung mafioser, gefährlicher Strukturen zur Folge.
- Illegalität bietet keinerlei Sicherheiten bezüglich der Reinheit der Substanzen.
- Illegalität begünstigt Übertragung und Ausbreitung von Krankheiten wie Aids und

Hepatitis. Illegalität und drastische Strafen schränken den Konsum kaum ein.

Eine Legalisierung hingegen würde unserer Meinung nach die oben aufgeführten Auswirkungen umkehren. Den letztgenannten Punkt betreffend: Die Anzahl der Drogengebraucher würde durch die Legalisierung kaum steigen! Die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen das eindeutig und können dieses Argument der Legalisierungsgegner entkräften.

Unsere Vorstellungen von der Aufhebung der Prohibition haben wir festgehalten in einem Grundlagenpapier. Zu beachten ist, dass wir, gemäß unseren Erfahrungen und des jeweiligen Suchtpotenzials, unterschiedliche Vorgehensweisen bei Heroin und Cannabis gewählt haben.

Grundlagenpapier zur Legalisierung illegalisierter Drogen

1. Straffreiheit für den Besitz illegalisierter Drogen.

Neben dem bereits straffreien Konsum illegalisierter Drogen soll auch der Besitz und Erwerb zum Eigenverbrauch straffrei sein.

2. Kontrollierte Vergabe von Originalsubstanzen an Drogengebraucher/innen.

Substituierte, deren medizinische Behandlungen sich mit L-Polamidon bzw. Methadon und ähnlichen Produkten als erfolglos herausstellen, sollen die Möglichkeit bekommen, über eine kontrollierte Vergabe den Originalstoff zu erhalten. Die flächendeckende kontrollierte Vergabe von Heroin an Drogengebraucher/-innen soll nur über Ärzte und Apotheken erfolgen.

3. Kauf und Verkauf von Cannabis

Kauf und Verkauf von Cannabis soll in Coffeeshop ähnlichen Geschäften wie z. B. in den Niederlanden mit geschultem Personal (Drogenfachkräfte) und der entsprechenden gewerblichen Lizenz erfolgen. Aufklärung und Beratung sollen über Drogenfachkräfte zwingend gewährleistet sein. Einschränkungen ergeben sich grundsätzlich aus dem Jugendschutzgesetz (Alter 16 Jahre) und der Straßenverkehrsordnung (Fahren ohne Drogeneinfluss) und dem Eigentum- bzw.

Hausrecht in dem Sinne, dass der Konsum nur dort erlaubt ist, wo die Rechte Dritter nicht berührt werden.

4. Werbung

Allgemeines Werbeverbot für alle Drogen.

5. Qualitätsüberwachung

Zum Schutz der Drogengebraucher/-innen soll durch die Lebensmittelüberwachung der Reinheitsgrad und die Qualität von Drogen sichergestellt werden.

6. Produkthaftung

Bei fehlerhafter Herstellung und Verunreinigung der Produkte soll der Hersteller wie üblich haftbar gemacht werden.

7. Steuern

Die aus dem Verkauf von Drogen erhobenen Steuern sollen ausschließlich an Hilfeeinrichtungen und in die Forschung im Drogenbereich fließen.

8. Aufklärung

Grundsätzlich soll die allgemeine Aufklärung der Bevölkerung über Drogen und ihre möglichen Auswirkungen schon frühzeitig einsetzen und gesichert sein.

Schlussbemerkungen:

Legalisierung ohne Wenn und Aber!

Und wir meinen auch **L e g a l i s i e r u n g**, nicht Entkriminalisierung. Denn zwangsläufig würde eine Legalisierung aller Drogen ja die Konsumenten tatsächlich ent-kriminalisieren. Der Begriff Entkriminalisierung allein ist für uns nicht aussagekräftig genug, denn er überließe den Ländern wieder Entscheidungs- und Handlungsspielräume! Die Forderung nach Legalisierung bedeutet für unsere Gesellschaft letztendlich Kontrolle! Heute bestimmen Kriminelle nicht nur den Preis, sondern auch die Qualität, wer den Stoff verkauft, wohin der Gewinn fließt und an wen verkauft wird. Über die legalen Drogen (Alkohol, Tabletten, Kaffee, Nikotin) bestimmt der Staat bis ins kleinste Detail den Ablauf der Vermarktung. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass die Politik Verbrechern das Geschäft überlässt und diese ungeschoren bleiben, während die Konsumenten per Gesetz zu Kriminellen gemacht werden.

Es wird höchste Zeit, diese Zustände zu ändern. Die Kontrolle aller Drogen gehört in die Hände unseres Staates.

Gleichwohl sind wir uns bewusst, dass es immer Menschen geben wird, die an einer Droge „hängen bleiben“ und süchtig werden. Das ist keine private Angelegenheit, sondern wir sind als Gesellschaft gefordert, die Hintergründe und Dispositionen der Konsumenten zu betrachten, die zu exzessivem Konsum und/oder zur Sucht führen. Und genau dort ansetzen mit Hilfen.

Francis Picabia formulierte den Spruch mit dem wir unsere Ausführungen beenden:

“Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann“.

Erstveröffentlichung: Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten-Legalisierung von Drogen (Hg.: Ralf Gerlach, Heino Stöver) – Fachhochschulverlag, Frankfurt. Band 32. Überarbeitete Fassung, April 2014

C 3.1-3

Urs Köthner

Niedrigschwellige Drogenhilfe bleibt weiterhin bedroht – zu den Vorfällen um das Café Balance in Mainz

Die Durchsuchung im städtischen Drogenhilfezentrum „Café Balance“ war in seiner Art und Weise rechtswidrig! Dies hat das Landgericht Mainz, 1 ½ Jahr nach dem Vorfall, in einem Revisionsverfahren am 28.10.2013 nun endlich entschieden. Was war geschehen:

Rund 100 Polizeibeamte hatten bei einer Großrazzia am 08.05.2012 das Drogenhilfezentrum Café Balance und zwei Wohnungen in Mainz durchsucht. Hintergrund war ein Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft wegen des gewerbsmäßigen Handels mit Rauschgift. Im Verdacht standen auch einige Mitarbeiter des Café Balance. Ihnen wurde vorgeworfen, den Handel von Drogen insbesondere bei einer Person aktiv gefördert zu haben, und zwar durch Gewähren einer Gelegenheit zum Verkauf und Erwerb von Drogen, Betrieb von Warnvorrichtungen vor der Polizei und Qualitätskontrollen der Drogen (Drug Checking).

Nach fünfstündiger Durchsuchung der Räumlichkeiten, der Besucher und des Personals war das Ergebnis: Im Café Balance wurden keinerlei Beweismittel oder Drogen gefunden, sondern nur ein paar Krümel Haschisch bei einigen Besuchern, die alle am Eingang abgefangen wurden. Zwei bestehende Haftbefehle wurden vollstreckt.

Die Kernaussagen in der Begründung des Urteils:

Der Einsatz von 100 Polizeibeamten am Durchsuchungstag war vollkommen überdimensioniert und hat durch die Art und Weise der Durchführung, insbesondere dem Timing der Maßnahme während der Öffnungszeiten, vermeidbaren großen Schaden für die Arbeit

der Drogenhilfe und die betroffenen Mitarbeiter angerichtet.

Ein Großteil der Urteilsbegründung bestätigt jedoch die grundsätzliche Erforderlichkeit und Angemessenheit der Maßnahme zum Zeitpunkt der ermittlungsrichterlichen Überprüfung für die Durchsuchung. Von der Genehmigung bis zur Durchführung der Maßnahme hatte der Ermittlungsstand jedoch eine erhebliche Minderung der Vorwürfe gegen die Mitarbeiter der Drogenhilfeeinrichtung Café Balance ergeben, was sich vor dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz mildernd auf die Art und Weise der Durchführung hätte auswirken müssen. Die bestehenden Haftbefehle hätten auch jederzeit anderswo vollstreckt werden können.

Wenn man das Urteil aus der Distanz auf sich wirken lässt, liest es sich eigentlich wie ein Freispruch nach allen Seiten. Die Mitarbeiter sind freigesprochen worden und auch die Ermittlungsbehörden und Polizei haben im Großen und Ganzen nichts falsch gemacht, außer zum Schluss, als sie bei der Durchführung der Maßnahme allerletzte Ermittlungsergebnisse nicht berücksichtigt.

„Ist doch alles gut“, könnte man jetzt salopp denken, „eigentlich hat ja keiner wirklich was falsch gemacht...“

Aber genau hier beginnt das Dilemma in der Niedrigschwelligkeit:

Der Konflikt war vorhersehbar, ebenso sein Ergebnis; es war nur eine Frage der Zeit, wann und wo er sich wieder inszeniert.

Mainz ist nicht der erste Fall rund um niedrigschwellige Einrichtungen der Drogenhilfe. Die Tatvorwürfe ähneln sich immer wieder und die Ergebnisse der oft jahrelangen Ermittlungen und Prozesse laufen zumeist auf Freisprüche und Einstellungen hinaus. Was bleibt, sind immense Kollateralschäden und (Folge-)Kosten.

Ein prägendes Beispiel hierfür sind sicherlich die „Bielefelder Prozesse“ und ihre Folgewirkungen:

Am 3.2.03 wurde vor dem Landgericht in Bielefeld nach einer dreijährigen intensiven Ermittlungsphase der Prozess gegen zwei

Vorstandsmitglieder und einen Mitarbeiter der Drogenberatung e.V. Bielefeld und gegen die Bielefelder Polizeiführung eröffnet. Die Anklage gründete sich auf den Verdacht des Gewährs einer Gelegenheit zum unbefugten Erwerb und zur unbefugten Abgabe von Drogen in den Räumlichkeiten der Drogenberatung und der niedrigschwelligen Hilfsangebote sowie die Förderung der Prostitution, und dies „im gemeinschaftlichen Zusammenwirken“ mit der damaligen Polizeiführung. Der Prozess ist zwar gegen Zahlung einer Geldbuße eingestellt worden, hat aber nicht zu einer rechtlichen Klarstellung beigetragen, so dass eine Rechtssicherheit für Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen niedrigschwelliger Drogenhilfseinrichtungen sowie für die Polizei weiterhin nicht gegeben ist. Während die Leitung der Drogenberatung weiter arbeiten konnte, wurde dem damaligen Polizeipräsidenten Horst Kruse sein Amt entzogen.

In Bochum führten die Vorermittlungen zu diesem Prozess dazu, dass die Verhandlungen um die Einrichtung eines Drogenkonsumraums für zwei weitere Jahre nicht zum Abschluss kamen, weil der damalige Polizeipräsident Thomas Wenner mit Verweis auf die Bielefelder Prozesse die notwendige Zustimmung verweigerte. Im Dezember 2002 kam es zu einer groß angelegten Razzia im niedrigschwelligen Kontaktladen der Krisenhilfe Bochum e.V. (ausgesprochen vergleichbar mit der jetzigen Durchsuchung im Cafe Balance und genauso erfolglos) und in den folgenden Jahren zu täglichen engmaschigen Kontrollen und Überwachung der Besucher direkt vor und auch im Kontaktladen. Der damalige Bochumer Polizeipräsident stellte nicht die Sinnhaftigkeit der Angebote in Frage, sondern berief sich auf das Urteil im Prozess, wonach er keine „Schutzzone um Drogenhilfseinrichtungen“ dulden oder fordern kann („Verführung eines Untergebenen zu einer Straftat...“) und die Teilnahme an Arbeitskreisen schon eine Mitwisserschaft bedeuten würde.

Hier zeigte sich für alle Beteiligten ein Dilemma:

Einerseits ist die Polizei an das Legalitätsprinzip gebunden und darf rund um eine Drogenhilfseinrichtung keinen rechtsfreien Raum entstehen lassen, sonst macht sie sich selber strafbar, andererseits behindern/verhindern beständige Ermittlungen vor der Drogenberatung den Besuch von Menschen, die illegalisierte Drogen konsumieren, Hilfe suchen und um ihre Anonymität bemüht sind.

Wie nachhaltig solche Ermittlungen und Maßnahmen auch heute, mehr als 10 Jahre nach dem Prozess, noch wirken, zeigt die Stellungnahme des ehemaligen Bielefelder Polizeipräsidenten Horst Kruse auf dem internationalen akzept-Kongress im Oktober 2013. Er beschreibt das Dilemma und seine schadhaften Folgewirkungen aus Sicht der Polizei eindrücklich und bemängelt in aller Deutlichkeit die fehlende Bereitschaft der Politik, die Konsequenzen aus diesen Erfahrungen zu ziehen. Aufgrund dieser Rede verweigerten aktuell verantwortliche Mitarbeiter der Staatsanwaltschaft und Polizei jegliche Stellungnahme und die Teilnahme an einer fest zugesagten Podiumsdiskussion auf dem Kongress.¹⁴⁷

Schon die „Bielefelder Prozesse“ 2000 bis 2003 und die Großrazzia im niedrigschwelligen Kontaktladen in Bochum 2002 haben neben weiteren Beispielen deutlich gezeigt, dass durch massive repressive Maßnahmen rund um Drogenhilfseinrichtungen der Drogenhandel nur marginal gestört werden kann, demgegenüber aber die Angebote der Hilfeeinrichtungen, die Mitarbeiter/innen und Hilfesuchenden umso mehr unter den Auswirkungen jahrelang leiden: Die Atmosphäre in den Einrichtungen wird unruhiger und aggressiver durch die Verunsicherung einer potenziellen Strafverfolgung.

In diesem Klima ist der Aufbau von vertrauensvollen Beziehungen zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen, als Basis für weiterführende Hilfen, sehr erschwert. Die

¹⁴⁷ Die Rede von Horst Kruse kann auf dem akzept-Portal bei You Tube angesehen werden: <http://www.youtube.com/watch?v=Fkazoo1w-s8>

Arbeit der Sozialarbeiter/innen verschiebt sich zunehmend Richtung Ordnungsfunktionen und rigider Auslegung der Hausregeln um nicht selber potentiell straffällig zu werden.

Ein Nebeneffekt ordnungspolitischer Strategien ist, dass der wesentliche Inhalt und Wirkmechanismus von niedrigschwelligen Hilfeangeboten stark beeinträchtigt wird und in den Hintergrund tritt.

Kontakt- und Beziehungsarbeit, welche auf Vertrauen, Akzeptanz und Anteilnahme gegenüber den Hilfesuchenden basiert, darf nicht durch Kontrolle dominiert werden. Der notwendige Spielraum für Beziehungsarbeit, sozialarbeiterische, therapeutische Hilfen, Kriseninterventionen und deeskalierende Maßnahmen wird stark eingeschränkt. Die Mitarbeiter/innen werden zunehmend nur noch als „Aufpasser“ und verlängerter Arm der Strafverfolgung erlebt, obwohl sie selber bedroht sind, potenziell straffällig zu werden, nur weil sie ihrer Arbeit nachgehen.

Der Betrieb von niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen bleibt im Rahmen der Prohibitionspolitik ein juristischer Drahtseilakt für alle Beteiligten. Die Grenzen müssen in der täglichen Praxis immer wieder mühsam ausgehandelt werden, was nicht zu einem Gefühl von Sicherheit für Konsument/innen, Mitarbeiter/innen, Strafverfolgungs- und Ordnungsbehörden führt. Unter diesen Bedingungen agieren zu müssen, ist für alle Beteiligten eine psychische Belastung und große Herausforderung. Zudem verschlingt die rechtliche Brisanz niedrigschwelliger Drogenhilfeangebote zunehmend personelle Kapazitäten in den Hilfseinrichtungen, die sich mit dieser Problematik beschäftigen müssen. Das alles kostet Zeit, die in der wichtigen Beziehungs- und Kontaktarbeit dann fehlt.

Gut funktionierende Ordnungspartnerschaften sind leider kein Garant für Rechtssicherheit. Dies wurde uns gerade in Mainz wieder einmal vors Auge geführt, und es wird wieder passieren, wenn die Politik nicht bald handelt.

Hier geht es um den Paragraphen 29.1.(10,11) des BtMG: „Mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer eine Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln öffentlich oder eigennützig mitteilt, eine solche Gelegenheit einem anderen verschafft oder gewährt oder ihn zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln verleitet“. Im Rahmen der Drogenhilfe lässt es sich jedoch niemals vermeiden, dass Nutzer/innen entsprechender Einrichtungen Straftaten nach dem BtMG begehen, indem sie beispielsweise illegalisierte Substanzen besitzen (sonst könnten sie ja nicht konsumieren) und im Umfeld der Drogenszene und der Einrichtungen Drogenvermittlungsgeschäfte tätigen.

Die Drogenpolitik auf Bundesebene hat es versäumt, hier eindeutig rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Rechtssicherheit für Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen niedrigschwelliger Drogenhilfe und die Strafverfolgungsbehörden gewährleisten.

Die „Bielefelder Prozesse“ 2003 führten leider nicht zu einer notwendigen Klarstellung, so dass „Mainz“ passieren konnte. Die schon damals gemachten Forderungen sind noch immer aktuell und sollten zeitnah umgesetzt werden.

Damals wie heute fordert akzept e.V. und andere Fachverbände eine politische und juristische Klärung der rechtlichen Absicherung entsprechender Hilfsangebote durch das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesländer. Das Betäubungsmittelgesetz ist dahingehend zu ändern, dass ähnlich wie bei Spritzentauschprogrammen und Drogenkonsumräumen die Überlebenshilfen im niedrigschwelligen Drogenarbeitsbereich keinen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz darstellen. Konkret bedeutet dies als ersten Schritt die Streichung des § 29.1.(10) BtMG, so wie es die Drogen- und Suchtkommission schon 2002 gefordert hat. Zumindest wäre aber die Ergänzung dieses Paragraphen durch folgenden Satz zwingend: „Dies gilt nicht für Mitarbeiter/innen im Rahmen staatlich geförderter Drogenhilfeangebote“.

Weiterhin fordern wir die Entpönlisierung konsumvorbereitender Handlungen wie Besitz und Erwerb als Herabstufung zu einer Ordnungswidrigkeit und die Einführung eines Opportunitätsprinzips auf polizeilicher Ermittlungsebene.

Mitarbeiter/innen und Konsument/innen müssen vor Strafverfolgungen, Verdächtigungen und Diskriminierungen geschützt werden. Ohne eine rechtliche Absicherung stehen alle Angebote der Drogenhilfe (Substitution, niedrigschwellige Hilfen, ambulante und stationäre Unterstützungen), insbesondere aber die Beschäftigten und Träger, unweigerlich weiterhin an der Grenze zur Illegalität mit allen Risiken straf- und zivilrechtlicher Inanspruchnahme. Ohne eine rechtliche Änderung im Betäubungsmittelgesetz muss Drogenhilfe als bewährte Unterstützungsmaßnahmen im Hinblick auf Schadensminimierung, psychosoziale Stabilisierung und Ausstiegshilfe weiterhin unter dem nicht kalkulierbaren Risiko einer individuellen staatsanwaltschaftlichen Verfolgung arbeiten oder ihre Arbeit einstellen. Dies kann nicht gewollt sein.

Auch wenn der Vorfall sinnlos war und viele lang wirkende Kollateralschäden für Drogenkonsumierende und Hilfseinrichtungen verursacht, war der Einsatz ja nicht umsonst... der kostet nämlich richtig viel Geld: 100 Polizeibeamte am Ermittlungstag und erhebliche personelle Kapazitäten für Vor- und Nachermittlungen; der Aufwand bei Gericht, Staatsanwaltschaft und für Anwälte... Da kommen beträchtliche Kosten zu Stande, die durch Steuermittel finanziert werden müssen, völlig ins Leere laufen und sich kontraproduktiv auswirken. Das alles war vorhersehbar und wird sich mit Sicherheit wiederholen, die Frage ist nur, wo und wann?

Dies ist ein kleines Praxisbeispiel für die zentralen Ergebnisse der IfT-Studie (Mostardt et al. 2009) zu den Ausgaben der öffentlichen Hand im Bereich illegale Drogen: 60-70 % der Mittel fließen in den Bereich Repression und nur 30-40 % in den Bereich der Hilfen.

Noch immer ist in Deutschland der Drogenkonsum und die Abhängigkeit von illegalisierten Drogen vor allem ein juristischer Akt; gesundheitspolitische Aspekte, Prävention und Hilfen spielen allenfalls eine begleitende Rolle, sind budgetabhängig und nicht bedarfsabhängig finanziert. Viel Geld wird für die Repression ausgegeben, welches an anderer Stelle bei Hilfsangeboten dringend benötigt wird.

Wollen wir uns das wirklich weiter leisten?

Quellen:

Beschluss des Landgerichts Mainz im Revisionsverfahren gegen einen Mitarbeiter der Drogenhilfe vom 28.10.2013

Stellungnahme akzept e.V. zu den Vorfällen in Mainz: „Ungeschickt, unverhältnismäßig, unverschämt!“ vom 10.05.2013:

http://www.akzept.org/pdf/drogenpolitik/akzeptPMmainz10_05_12.pdf

Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2009): Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Das Gesundheitswesen, 71, A190

4 | Internationales

C 4 -1

Harald Terpe

Die Zukunft der internationalen Drogenpolitik als Wettbewerb der Systeme: Verbot oder Regulierung?

Drogenpolitik ist in Deutschland ein Randthema der Innen- und Gesundheitspolitik. In vielen Staaten in Süd- und Mittelamerika sowie in Südost- und Zentralasien ist dies anders. Dort destabilisieren die Machtkämpfe um den illegalen Drogenhandel ganze Staaten und Regionen. Die Zivilbevölkerung leidet unter enormer, zufälliger und alltäglicher Gewalt. Polizei, Militär, Verwaltung und Politik sind durch drogenhandelbedingte Korruption nur eingeschränkt handlungsfähig. Was verbindet nun Deutschland und andere westliche Staaten mit diesen scheinbar weit entfernten Regionen der Welt? Zum einen der globale Drogenhandel, viel wichtiger jedoch die gleiche völkerrechtliche Grundlage für die nationalen Drogengesetze für alle Staaten der Welt. Dieses internationale Drogenkontrollregime besteht im Kern aus drei internationalen Verträgen, die wiederum für die nationalen Drogengesetze aller Staaten die Grundlage bilden. Unterschiede bestehen insbesondere in der Höhe der Strafen, die für Drogenbesitz, -handel oder -produktion verhängt werden. Aber auch hier zeigen sich interessante Übereinstimmungen, denn sucht man im nationalen Vergleich die strafbewehrte Handlung mit den höchsten oder sehr hohen Strafen, dann wird man in der Regel im Drogenstrafrecht fündig. Beispiele hierfür sind die Mindeststrafen für Drogendelikte, in Deutschland u.a. für Drogenhandel als Mitglied einer Bande mit fünf Jahren Gefängnis, im US-Bundesstaat Rhode Island für den Besitz von mehr als fünf Kilogramm Cannabis mit 20 Jahren Gefängnis, als Mindeststrafe wohlgekannt. In zahlreichen Staaten werden für Drogendelikte Todesstrafen verhängt und auch in großer Fallzahl vollstreckt. Jenseits der Terrorismusbekämpfung wird kein Deliktfeld vergleichbar konsequent verfolgt oder

erfordert ähnlich hohe finanzielle, personelle, polizeiliche, militärische und geheimdienstliche Mittel. Zudem bestand im Bereich der Drogenbekämpfung bis vor kurzem (Stichworte: Colorado, Washington und Uruguay) kein politischer Konflikt über die grundsätzliche Ausrichtung, dass das Drogenverbot mit allen Mitteln durchgesetzt werden muss. Dieser Konsens wird über alle ideologischen und sonstigen Differenzen der Staatengemeinschaft hinweg geteilt. Insgesamt sind dies hervorragende, praktisch einzigartige Voraussetzungen für die internationale Zusammenarbeit und die Bekämpfung des Drogenhandels und -konsums. Wäre das internationale Drogenkontrollregime nur wenige Jahre alt, würde man sagen, noch einige Jahre intensiver Drogenbekämpfung und das Problem wird sicherlich unter Kontrolle sein. Das internationale Drogenkontrollregime ist aber über 100 Jahre alt.

Das internationale Drogenverbot löst seine eigenen Versprechen nicht ein

Es ist schwierig, einen Teil des Völkerrechts auf seine Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit hin zu überprüfen. Das internationale Drogenkontrollregime ist ein Teil des Völkerrechts und einer der ältesten Teile des Völkerrechts. In diesem Jahr jährt sich die erste internationale Opiumkonferenz in Shanghai zum 105. Mal. Das Fundament und die leitende Idee des Drogenkontrollregimes ist das Drogenverbot, verboten ist dabei praktisch jede Handlung mit Drogen, mit dem ultimativen Ziel, den Konsum zu verhindern. Ursprünglich nur den Konsum zu nicht medizinischen Zwecken, in einer Radikalisierung der internationalen Drogenpolitik auch vielfach die Verwendung von Drogen zu medizinischen Zwecken. Die Bilanz nach über 100 Jahren Drogenverbotspolitik ist mehr als ernüchternd: weder wurden durch das Drogenverbot die Zahl der Abhängigen oder die Verfügbarkeit von Drogen eingeschränkt noch war die Logik der immer härteren Strafen und der Militarisierung der Drogenpolitik erfolgreich. Noch dramatischer sind inzwischen die unbeabsichtigten Nebenwirkungen des internationalen Drogenverbots, die oben skizziert

wurden. Zahlreiche wissenschaftliche Studien, internationale Untersuchungen und die Statistiken von UNODC und die Berichte der Commission on Narcotic Drugs selbst belegen das Scheitern des Drogenkontrollregimes.

Zahlreiche Nichtregierungsorganisationen und immer mehr Staaten fordern zu Recht eine Änderung der internationalen Drogenpolitik. Doch meist zielen diese Reformen auf kleine Änderungen des bisherigen Systems ab – eine pragmatische Sichtweise, sicherlich – und die einzige Option innerhalb des Drogenkontrollregimes der Vereinten Nationen.

Ein Blick in die Zukunft – eine neue regulative Idee

Doch die erfolgreichen Reformen in zahlreichen OECD-Staaten und die drogenpolitischen Revolutionen in Bolivien, Uruguay und Colorado und Washington zeigen deutlich, dass der historische Scheitelpunkt des internationalen Drogenverbots überschritten ist. Im Zentrum der nächsten Jahrzehnte wird die Frage nach dem „Wie“ des Übergangs vom bisherigen Drogenkontrollregime hin zu einem neuen internationalen Drogenregulierungsregime stehen. Die neue regulative Idee wird die eines staatlich kontrollierten Drogenhandels sein. Die alte Verbotsidee hat ihre Versprechen nicht eingelöst, sie hat maßgeblich zur unkontrollierten und weltweiten Verbreitung des Drogenhandels und -konsums beigetragen und gleichzeitig kriminellen Organisationen eine Geschäftsgrundlage geschaffen. Die neue Drogenpolitik muss diese jahrzehntealten Missstände korrigieren und mit einer differenzierten Risikobewertung den Zugang zu Drogen nach deren Gefährlichkeit regulieren. Jugend- und Gesundheitsschutz müssen dabei an erster Stelle stehen. Strafen müssen auf ein sinnvolles Niveau abgesenkt werden, insbesondere für den Handel, der sich jenseits des staatlich regulierten Handels vollzieht. Die Regelungen für Alkohol, Tabak und Arzneimittel können hier wertvolle Anregungen geben.

Die Herausforderung – das neue Drogenregulierungsregime aufbauen

Für drogenpolitisch progressive Staaten wird die Herausforderung folgende sein: Wie baue ich ein neues internationales Drogenregulierungssystem parallel zum bestehenden Drogenverbotssystem auf? Am Anfang sollte hierbei stets die Reform der nationalen Drogengesetze stehen und die Einführung eines staatlich kontrollierten Drogenhandels am Beispiel von Cannabis oder der Koka-Pflanze. Die Regelungen in Neuseeland für eine kontrollierte Abgabe synthetischer Drogen in Fachgeschäften bieten ein Modell für weitergehende Schritte, wurden jedoch im Wahlkampf 2014 vorerst außer Kraft gesetzt. Im zweiten Schritt – und hier steckt der Kern des neuen Systems – schließen diese Staaten mit reformierten Drogengesetzen bilaterale Verträge über den Im- und Export von Cannabis- und Koka ab. Ab einer bestimmten Anzahl von Staaten, einer notwendigen kritischen Masse, wird eine internationale Konferenz ein erstes, neues völkerrechtliches Abkommen über ein internationales Drogenregulierungssystem aushandeln. Diesem neuen Abkommen werden im Laufe der Jahrzehnte die Staaten der Welt beitreten. Nicht alle, aber alle, denen die „Nebenkosten“ des Drogenverbotes für ihre Bevölkerung und ihren Staat zu hoch sind.

C 4 - 2

Annette von Schönfeld

Der sogenannte Drogenkrieg in Mexiko 2006-2012 und die aktuelle Politik der PRI-Regierung im Umgang mit Drogenhandel und organisierter Kriminalität- Ein kurzer Einblick

Mexiko und die USA teilen eine mehr als dreitausend Kilometer lange Landgrenze. Seit es sie gibt, wird dort geschmuggelt. Viel mehr als Drogen, aber Drogen spielten und spielen eine wichtige Rolle. 80% des in den USA konsumierten Kokains gelangt aus Kolumbien über Mexiko in die USA. Heroin und Methamphetamin werden aus Mexiko direkt geliefert. War Mexiko lange vor allem Transitland für Drogen aus Kolumbien in die USA, haben spätestens seit der Schwächung der kolumbianischen Kartelle im Rahmen des *Plan Colombia*¹⁴⁸ die mexikanischen Kartelle die Oberhand im amerikanischen Drogengeschäft gewonnen. Sie halten den Löwenanteil im Transitgeschäft und Mexiko ist heute größter Produzent von Methamphetamin weltweit, aber auch Heroin wird in beträchtlichen Mengen produziert. Opiumanbau gibt es besonders in den nördlichen Bundesstaaten Mexikos schon seit Anfang des 20. Jahrhunderts und es wurde sowohl während der Prohibition schon illegal in die USA geschmuggelt, als auch z.B. während des 2. Weltkriegs von höchster Stelle angefordert um den Morphiumbedarf für die verwundeten US-Soldaten zu decken. Marihuana wird besonders im klimatisch heißen Süden von Michoacán angebaut, wo auch der wichtigste Güterhafen Mexikos, Lazaro Cardenas, liegt. Lazaro Cardenas geht in den letzten Monaten häufig durch die Medien, weil eine neue umfängliche Handelsroute bekannt geworden ist: Schiffs-ladungen illegal abgebauten Eisenerzes gehen

nach China und Grundstoffe für die Herstellung von Methamphetamin kommen auf demselben Weg zurück nach Mexiko.

Lange Zeit verlief der Drogenschmuggel in die USA weitgehend gewaltlos, zumindest so, dass keine Unbeteiligten von der Gewalt betroffen waren. Und auch als sich in den 80er Jahren größere Kartellstrukturen bildeten, vor allem um den Kokain-Transport aus Kolumbien in die USA zu managen, war das Geschäft lange regional unter den diversen Kartellen aufgeteilt. Es ist ein offenes Geheimnis, dass sich während der mehr als 70jährigen Regierungszeit der PRI¹⁴⁹ korrupte Strukturen im Staatsapparat etablieren konnten, die am Drogenschmuggel mitverdienten und gleichzeitig zur regionalen Aufteilung des Geschäfts und damit zu einer Art friedlichem Nebeneinander der Kartelle beitrugen. Für die Bevölkerung in den zumeist sehr armen Anbau- und Grenzregionen standen und stehen die Kartelle auch für Arbeitsplätze, Macht und ökonomischen Erfolg und repräsentieren fast die einzige Möglichkeit, schnell zu Geld zu kommen. Gerade die Illegalität macht den Drogenhandel extrem lukrativ und viele, gerade Jugendliche ziehen den kurzen Ruhm der langen Trostlosigkeit vor. Vielerorts besingen sogenannte „Narcocorridos“ (Loblieder) die Taten der Drogenbosse, stilisieren sie zu Helden und befördern damit deren Attraktivität und eine Kultur der Gewalt.

Mit der zunehmenden Globalisierung nach dem Fall der Mauer, den neuen Freihandelsverträgen wie NAFTA¹⁵⁰, offeneren Grenzen und einer gleichzeitig bleibenden „Abschottung“ der USA nach Süden, wurden neben dem Drogenhandel auch etliche andere illegale Geschäftszweige attraktiver. Für die Grenze zwischen Mexiko und den USA gilt das z.B. für den Menschenhandel und -schmuggel oder Waffenhandel. Heute sind die Kartelle in zahlreichen Geschäftsfeldern aktiv, zu denen auch die Geldwäsche gehört und die damit verbundene stärkere Verquickung von illegalen und legalen Geschäften.

¹⁴⁸ Zum großen Teil von den USA finanzierte Politik der harten Hand gegen Drogenproduzenten und -händler

¹⁴⁹ PRI: Partido Revolucionario Institucional – Institutionalisierte Revolutionäre Partei

¹⁵⁰ NAFTA: North American Free Trade Agreement

Mit der Abwahl der PRI im Jahr 2000 war das Stillhalten der Kartelle vorbei und die Gewalt und Unsicherheit im Zusammenhang mit dem Drogenhandel nahmen zu. Als 2006 Präsident Felipe Calderon von der PAN ¹⁵¹ sein Amt antrat, erklärte er den Kampf gegen den Drogenhandel mit harter Hand zur Chefsache mit oberster Priorität und ging buchstäblich mit aller Gewalt gegen die Kartelle vor. Da die Polizei sowohl auf Ebene des Bundes als auch der Bundesstaaten als extrem korrupt galt und gilt (Präsident Calderon selbst sprach von einem Anteil korrupter Polizei von 80%), wurde zum ersten Mal in der mexikanischen Geschichte das Militär im Inland eingesetzt, um in den Drogenkrieg einzugreifen und für Sicherheit zu sorgen. Die Situation eskalierte während der gesamten Amtszeit Calderons. 70.000 bis 100.000 Tote hat der Drogenkrieg zwischen 2006 und 2012 gefordert, mehr als 25.000 Menschen sind darüber hinaus verschwunden. Schauplatz waren, nach einer anfänglichen gescheiterten Offensive des Militärs in Michoacán, vor allem die nördlichen Bundesstaaten an der Grenze zu den USA. Unter den Opfern finden sich auch sehr viele Menschen, die weder den Kartellen noch den staatlichen Sicherheitskräften angehörten. Ihre Familien haben oft bis heute damit zu kämpfen, dass den Toten der Makel des „Irgendetwas werden sie sich schon haben zuschulden kommen lassen“ anhaftet, der sich auch auf sie überträgt. Wie stark das soziale Gefüge durch die Gewalt geschädigt ist, wird erst langsam deutlich. Allmählich entsteht ein Bewusstsein dafür, dass es sehr lange dauern kann, bis das Trauma dieses Krieges – so er denn ein Ende findet – überwunden werden kann.

Heute, unter Präsident Enrique Peña Nieto und einer erneuten PRI-Regierung wird nicht mehr vom Drogenkrieg gesprochen. Die Regierung hat die Narrative verändert. Gewalt, Unsicherheit und Kartelle sind nicht mehr die Themen der Titelseiten in den Medien. Nur gezielt, bei besonderen Ereignissen, wie z.B.

anlässlich der Verhaftung von Joaquin „El Chapo“ Guzman, Ende Februar 2014, dem Chef des Sinaloa-Kartells und meistgesuchten Drogenbosses, der mehrere Jahre auf der Forbes-Liste der reichsten Männer der Welt geführt wurde, füllen entsprechende Erfolgsmeldungen die Presse.

Nach dem Amtsantritt von Peña Nieto wurden neue Akzente der Sicherheitspolitik vorgestellt: eine neue, besonders ausgebildete, Gendarmerie auf Bundesebene, außerdem ein Präventionsprogramm. Die neue Gendarmerie wird frühestens Ende 2014 ihre Arbeit aufnehmen, mindestens anderthalb Jahre später als geplant. Darüber, wer diese Gendarmerie bilden wird und wo rekrutiert wird, gibt es so gut wie keine öffentlichen Informationen, und ob ein 40-Stunden-Kurs zum Thema „Kultur der Legalität“ ausreicht, um in einem Land mit 98% Straflosigkeit wirklich neue Akzente in der Polizeiarbeit zu setzen, bleibt abzuwarten. Auch vom Präventionsprogramm ist bislang wenig bekannt.

Lediglich eine Initiative zur Verteilung von Brillen an sehschwache Schüler/innen, damit diese dem Unterricht folgen können und nicht vorzeitig die Schule verlassen (und straffällig werden), ist bekannt und mit gewissem Staunen aufgenommen worden.

Die Zahl der Morde ist seit Amtsantritt der PRI je nach Informationsquelle kaum oder gar nicht zurückgegangen, bzw. noch angestiegen. Definitiv angestiegen sind die Zahlen von Entführungen und Erpressungen, durch deren Einnahmen sehr häufig Einkommenseinbußen im Drogengeschäft und anderen Geschäftszweigen der Organisierten Kriminalität ausgeglichen werden, wenn es zu Preisrückgang oder Ausfällen kommt. Der regionale Fokus der Gewalt hat sich mit der neuen Regierung verändert. Die Gewalt an der Nordgrenze ist zurückgegangen, auch dadurch, dass ein großer Teil des Militärs dort abgezogen wurde. Hotspot der Gewalt sind heute die Bundesstaaten Guerrero und vor allem Michoacán im Südwesten des Landes. Gerade in Michoacán hat sich die Gemengelage noch dadurch verschärft, dass seit gut einem Jahr in etlichen Gemeinden bewaffnete sog.

¹⁵¹ PAN: Partido de Alianza Nacional – Partei der Nationalen Allianz

„Selbstverteidigungsgruppen“ (Grupos de Autodefensa) entstehen. Diese beanspruchen für sich, dort, wo der Staat geringen bis gar keinen Einfluss hat, oder wo die direkte Zusammenarbeit lokaler Politiker mit der Organisierten Kriminalität vermutet wird, für Ordnung zu sorgen und die lokale Bevölkerung vor den Kartellen zu schützen, was besonders für den südlichen Teil des Bundesstaates zutrifft. Sie schwächen dadurch das Gewaltmonopol des Staates allerdings noch weiter. Ein Versuch der Regierung, diese Selbstverteidigungsgruppen in den regulären Polizeiapparat einzubinden, indem ein großer Teil von ihnen registriert wird und eine kurze Ausbildung erhält, die übrigen allerdings für illegal erklärt und bekämpft werden, ist bislang an der Unübersichtlichkeit der Gruppen gescheitert.

In der Bevölkerung wird kaum mehr vom Krieg gegen die Drogen gesprochen, wohl aber von der nach wie vor extremen Bedrohung durch die Organisierte Kriminalität und der bleibenden alltäglichen Unsicherheit, wegen der ein großer Teil der Bevölkerung das eigene Alltagsverhalten verändert hat. Mit den heftigen Militäreinsätzen in Michoacán Anfang 2014 ist zudem der Eindruck verstärkt worden, die Kartelle rückten mit ihren Aktionen immer näher an die Hauptstadt heran. Geradezu zynisch wirken dann Zeitungsüberschriften wie die aus der Zeitung Reforma vom 22.01. 2014: „Mancera (der Bürgermeister von Mexiko-Stadt) panzert die Hauptstadt gegen den Cucaracha-Effekt“, also den Effekt, dass Ungeziefer, wenn man ihm zu Leibe rückt, irgendwo anders wieder auftaucht.

Die Illegalität des Drogenanbaus und, mehr noch, des Drogenhandels haben in Mexiko entscheidend zur Entstehung und zum Anwachsen der mexikanischen Kartelle in ihrer heutigen Stärke beigetragen und auch das Ausmaß der Gewalt stark beeinflusst. Immer deutlicher wird allerdings, dass Drogen heute nur (noch) einen Teil der Geschäfte der Organisierten Kriminalität ausmachen und dass eine Veränderung der Drogenpolitik, z. B. hin zu einer Entkriminalisierung, der Organisierten Kriminalität heute zwar Einbußen bescheren,

sie aber nicht grundsätzlich treffen würde. Immerhin würden mit einer Entkriminalisierung oder Legalisierung vermutlich die Gewalt und die Mordzahlen vor allem auf der Ebene des Einzelhandels zurückgehen.

In der Drogenpolitik Mexikos unterscheidet sich die Bundesebene von der Politik der Hauptstadt. Setzt die Bundesebene nach wie vor auf Kriminalisierung von Besitz, Konsum und Handel, ist in der Hauptstadt der Besitz in kleinen Mengen straffrei. Dort werden auch Debatten darüber geführt, den Drogenkonsum unter dem Blickwinkel öffentlicher Gesundheit zu betrachten und von Behandlung statt Kriminalisierung zu sprechen. Vorstöße hin zu einer Legalisierung oder Regulierung von Drogenkonsum und -besitz hatten bislang in Mexiko keinen Erfolg.

C 4 -3

Zur Wirkungslosigkeit des Drogenverbotes im Hinblick auf das Drogenangebot: Übersetzung einer Studie aus Nordamerika

(Eingangstext und Bearbeitung:
Bernd Werse)

Die im Folgenden abgedruckte Studie wurde im Jahr 2013 international stark beachtet: Die Forscherinnen und Forscher vom BC Centre for Excellence in HIV/AIDS in Vancouver und der University of California in San Diego legen dar, dass internationale Anstrengungen, mittels Repression das Drogenangebot zu verknappen, in den vergangenen Jahrzehnten weitgehend wirkungslos gewesen sind. Der Artikel erschien in der Open-Access-Version des renommierten British Journal of Medicine und wurde im Auftrag des Büros des MdB Frank Tempel (Linke) auf Deutsch übersetzt¹⁵². Wir haben uns entschlossen, diesen Artikel in diesem Bericht aufzunehmen, da er die Ineffektivität der kostspieligen weltweiten Drogenprohibition mit ‚harten Fakten‘ belegt.

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass im Mai 2014 ein weiterer internationaler Report erschienen ist, in dem Expertinnen und Experten der London School of Economics, unterstützt u.a. von fünf ehemaligen Wirtschaftsnobelpreisträgern, zu einem ähnlichen Ergebnis kommen: Auch diese Forscherinnen und Forscher konstatieren, dass der „Krieg gegen die Drogen“ gescheitert ist¹⁵³. Hier wird unter anderem auch darauf eingegangen, dass eine

stärkere polizeiliche Verfolgung dazu führt, vor allem aggressive und gewalttätige Kartelle am Markt zu halten, was zusätzliche negative Auswirkungen auf unmittelbar Betroffene und die Allgemeinbevölkerung hat. Da dieser Bericht erst kürzlich veröffentlicht wurde, konnten an dieser Stelle keine detaillierteren Resultate in deutscher Sprache aufgenommen werden.

Das temporäre Verhältnis zwischen Indikatoren für das Drogenangebot: eine Untersuchung internationaler staatlicher Überwachungssysteme

Dan Werb, Thomas Kerr, Bohdan Nosyk,
Steffanie Strathdee, Julio Montaner, Evan
Wood¹⁵⁴

Abstract

Ziele: Der Konsum illegaler Drogen ist eine unvermindert ernste Gefahr für die Gesundheit und Sicherheit der Allgemeinheit. Um das Verhältnis zwischen mehreren Langzeitschätzungen von Preis und Reinheit illegaler Drogen beurteilen zu können, wurden Datenbestände der internationalen Drogenüberwachung ausgewertet.

Aufbau: Wir suchten systematisch nach Längsschnitt-Messgrößen von Indikatoren für das Angebot an illegalen Drogen, um den langfristigen Einfluss von Maßnahmen zur Angebotsreduzierung durch Rechtsdurchsetzung zu bewerten.

¹⁵² Wir bedanken uns dafür, den Artikel an dieser Stelle abdrucken zu dürfen. Die deutsche Übersetzung wurde erstmals veröffentlicht unter [http://www.frank-tempel.de/index.php?id=58042&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=3211988&tx_ttnews\[backPid\]=58040](http://www.frank-tempel.de/index.php?id=58042&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=3211988&tx_ttnews[backPid]=58040)

¹⁵³ LSE Expert Group on the Economics of Drug Policy (Ed., 2014): Ending the Drug Wars. London: London School of Economics and Political Science; <http://www.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/LSE-IDEAS-DRUGS-REPORT-FINAL-WEB.pdf>

¹⁵⁴ Originaltitel und Zitation: Werb D., Kerr T., Nosyk B. et al. (2013): The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems. BMJ Open 2013 3: e003077; doi: 10.1136/bmjopen-2013-003077

Methode: Die Daten aus Systemen für die Überwachung illegaler Drogen wurden anhand eines a priori definierten Protokolls analysiert, um jährliche Schätzungen ab 1990 darzustellen. Anschließend wurden die Daten in Trendanalysen ausgewertet.

Erkenntnisfindung: Die Daten stammen aus staatlichen Systemen für die Überwachung und Bewertung von Preis, Reinheit und/oder sichergestellten Mengen illegaler Drogen. Berücksichtigt wurden Systeme, mit denen über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren Längsschnittdaten zu Preis, Reinheit/Stärke oder Sicherstellungen gesammelt worden waren.

Ergebnisse: Wir ermittelten sieben regionale oder internationale Metaüberwachungssysteme mit Längsschnitt-Messwerten für Preis oder Reinheit/Stärke, die den Auswahlkriterien entsprachen. Im Zeitraum 1990 bis 2007 fielen in den USA die reinheits- und inflationsbereinigten Durchschnittspreise von Heroin, Kokain und Cannabis um 81 %, 80 % bzw. 86 %. Gleichzeitig nahm die durchschnittliche Reinheit der Drogen um 60 %, 11 % bzw. 161 % zu. Ähnliche Tendenzen waren in Europa zu beobachten, wo die inflationsbereinigten Durchschnittspreise von Opiaten und Kokain im Vergleichszeitraum um 74 % bzw. 51 % fielen. In Australien fiel der inflationsbereinigte Durchschnittspreis von Kokain um 14 %, während die inflationsbereinigten Preise von Heroin und Cannabis zwischen 2000 und 2010 um jeweils 49 % fielen. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Sicherstellungen dieser Drogen in den wichtigsten Produktionsgebieten und Inlandsmärkten allgemein an.

Schlussfolgerungen: Obwohl mehr Mittel in Maßnahmen zur Angebotsreduzierung durch Rechtsdurchsetzung fließen, die den weltweiten Zustrom von Drogen unterbinden sollen, sind die Preise illegaler Drogen seit 1990 fast ausnahmslos gefallen, während ihre Reinheit generell zugenommen hat. Diese Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die verstärkten Bemühungen, den globalen illegalen Drogenmarkt durch Rechtsdurchsetzung unter Kontrolle zu bekommen, scheitern.

(Weitere) Zusammenfassung des Artikels

Schwerpunkte: Untersuchungen zeigen, dass der illegale Drogenkonsum die Gesundheit und Sicherheit der Allgemeinheit unvermindert gefährdet.

Es ist jedoch nur wenig über den langfristigen Einfluss von Bemühungen bekannt, das Gesamtangebot an illegalen Drogen zu reduzieren.

Kernaussagen: Ausgehend von Längsschnittdaten staatlicher Überwachungssysteme zeigt die Studie, dass das Angebot an wichtigen illegalen Drogen in den vergangenen 20 Jahren gestiegen ist. Dies lässt sich an einem generellen Preisrückgang und einer generellen Zunahme der Reinheit illegaler Drogen in den verschiedensten Szenarien ablesen.

Stärken und Beschränkungen dieser Studie: Die Qualität und Stimmigkeit der Daten aus der Überwachung des illegalen Drogenangebots beschränken diese Studie.

Die Studie präsentiert im Verlauf von 20 Jahren erhobene Daten zur Entwicklung des illegalen Drogenangebots in verschiedenen Szenarien, darunter Konsumenten- und Exportmärkte für Drogen.

Ziele

Die jüngsten Schätzungen der Vereinten Nationen (VN) beziffern den Wert des weltweiten illegalen Drogenhandels auf jährlich mindestens 350 Mrd. US\$¹, und der Konsum illegaler Drogen ist eine unvermindert ernste Gefahr für die Gesundheit und Sicherheit der Allgemeinheit.^{2, 3} Illegaler Drogenkonsum kann nicht nur in Verbindung mit der direkten Gesundheitswirkung von Drogen zu verschiedenen Schäden einschließlich einer tödlichen Überdosis führen.^{4, 5} Er zählt auch zu den weltweit wichtigsten Auslösern der Verbreitung von durch Blut übertragbaren Krankheiten, vor allem HIV-Infektionen.^{6, 7} Auch der Handel mit illegalen Drogen belastet die Allgemeinheit, etwa durch hohe Gewaltraten dort, wo der Handel zunimmt.⁸

Vor dem Hintergrund der sozialen und gesundheitlichen Risiken des Konsums illegaler Drogen verabschiedeten die Vereinten Nationen mehrere Übereinkommen, die den Besitz, den Konsum und die Herstellung illegaler Drogen kontrollieren sollen.⁹⁻¹¹ In der Folge haben die meisten nationalen Drogenbekämpfungsstrategien der letzten Jahrzehnte besonderes Gewicht darauf gelegt, das Drogenangebot über die Durchsetzung von Drogengesetzen zu reduzieren, obwohl in Fachkreisen jüngst gefordert wurde, alternative Drogenbekämpfungsmodelle auszuloten, etwa die Entkriminalisierung von Drogen und eine entsprechende

gesetzliche Regelung.¹²⁻¹⁴ Eine Reihe unerwünschter Folgen dieses Ansatzes wie Rekordinhaftierungsraten sind umfassend dokumentiert.¹⁵⁻¹⁸ Zudem wurden einige wenige Studien zur Beurteilung einzelner Aspekte des Drogenangebots, gemessen anhand von Indikatoren für Preis, Reinheit/Stärke und Sicherstellung von Drogen, durchgeführt, um das globale Zusammenspiel dieser Indikatoren über einen langen Zeitraum zu erfassen.¹⁹ Allerdings müssen diese Beziehungen noch systematisch bewertet werden, damit die Muster des Drogenangebots deutlich werden. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, Daten aus öffentlich zugänglichen Systemen für die Überwachung illegaler Drogen mehrerer Länder systematisch zu ermitteln, um Langzeitschätzungen des illegalen Drogenangebots beurteilen zu können.

Aufbau

Erkenntnisinteressen

Das primäre Erkenntnisinteresse bestand in langfristigen Mustern des Angebots an illegalen Drogen, gemessen anhand von Indikatoren für Preis und Reinheit/Stärke dreier wichtiger illegaler Drogen: Cannabis, Kokain und Opiate (z. B. Opium und Heroin). In einigen Ländern (etwa Großbritannien) finden sich auch Angaben über Stimulanzien vom Amphetamintyp, doch diese Wirkstoffklasse wurde aufgrund inkonsistenter Datenerfassung und Klassifizierung, veränderlicher Überwachungszeiträume und der allgemeinen Qualität der Daten ausgeschlossen. Sekundäre Erkenntnisinteressen bestanden in Daten über Sicherstellungen illegaler Drogen in (1) wichtigen Ursprungsregionen illegaler Drogen und (2) wichtigen Absatzmärkten gemäß dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC).²⁰ Diese sekundären Daten wurden als zusätzliche Messgröße zur Beurteilung der Verfügbarkeit illegaler Drogen in einzelnen Regionen genutzt, wie weiter oben ausgeführt.^{21, 22} Alle Daten wurden mithilfe öffentlich zugänglicher Systeme für die Überwachung illegaler Drogen systematisch ermittelt. Die jährlichen Schätzungen aller Ergebnisse wurden linearen Assoziations-Trendtests (Mantel-Haenszel-Tests) unterzogen. Die Schätzungen der Preise und Reinheitsgrade sind die Mediane des jeweiligen Jahres, die Schätzungen für Sicherstellungen sind Bruttosummen der sichergestellten Mengen. Alle Preisschätzungen sind in US-Dollar angegeben

(Stand: 2011) und, wenn möglich, bereinigt im Hinblick auf Reinheit bzw. Wirkstoffgehalt.²³

Systeme für die Überwachung illegaler Drogen

Anhand zweier a priori definierter Einschlusskriterien wurde eine Online-Suche nach Systemen für die Überwachung illegaler Drogen durchgeführt. Zu den Suchwörtern zählten: *drugs, illicit, illegal, price, purity, potency, surveillance system, government data, longitudinal, annual, estimate* (Drogen, unerlaubt, illegal, Preis, Reinheit, Stärke, Überwachungssystem, staatliche Daten, Längsschnitt, jährlich, Schätzung). Folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien wurden angewendet:

Aufgenommen wurden ausschließlich Überwachungssysteme, die kontinuierliche, über mindestens 10 Jahre durchgeführte Längsschnittdaten dieser Erkenntnisinteressen enthielten, denn es sollte explizit der langfristige Einfluss von Strategien zur Angebotsreduzierung durch Rechtsdurchsetzung anhand von Preis und Reinheit/Stärke illegaler Drogen bewertet werden. Schließlich wurde die Datenextraktion auf 1990 und Folgejahre eingeschränkt, um den Schwerpunkt auf Angebotsmuster der letzten Jahrzehnte zu legen.

Gewonnen wurden die Daten durch Online-Recherchen in den Registern von Überwachungssystemen (z. B. staatliche Webseiten, Datenbestände der VN), in staatlichen Berichten und von Experten geprüften Publikationen, durch Hinweise von Experten auf dem Gebiet und durch Datenanfragen an relevante Organisationen wie das UNODC. Alle Autoren hatten uneingeschränkten Zugang zu allen Daten, und alle trugen gemeinsam die Endverantwortung für deren Veröffentlichung. Eine Genehmigung unter ethischen Gesichtspunkten war nicht erforderlich, da ausschließlich öffentlich zugängliche Daten ausgewertet wurden.

Ergebnisse

Ermittelt wurden sieben staatliche Überwachungssysteme, die die Einschlusskriterien erfüllten. Drei von ihnen (43 %) enthielten internationale Daten, drei (43 %) Daten aus den USA und eines (14 %) Daten aus Australien. Eines der ältesten unter den ermittelten Überwachungssystemen, das 1975 in den USA gestartete *Marijuana Potency Monitoring Project*, wird von den US-amerikanischen National Institutes of Health finanziell gefördert; das jüngste der Systeme, das *National Drug*

Threat Assessment, wurde dagegen erst 2001 etabliert. UNODC verwaltet zwei getrennte internationale Überwachungssysteme, mit denen Daten aller teilnehmenden VN-Mitgliedstaaten erhoben werden: Mit dem jährlichen Fragebogen *Annual Reports Questionnaire* werden Daten zu Preis und Reinheit/Stärke erhoben, und in der *Drug Seizures Database* werden Angaben zu Sicherstellungen gesammelt. Und schließlich verwaltet die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogen-sucht das Drogen-Informationsnetz Reitox, das Daten von Überwachungssystemen mehrerer europäischer Länder bündelt, wie weiter unten erläutert.²⁴

Preis und Reinheit/Stärke

Tabelle 1 enthält Überwachungssysteme, die die Suchkriterien erfüllten. Eine Analyse der Daten aus diesen Überwachungssystemen förderte mehrere deutliche Tendenzen zutage. Erstens: Die Reinheit und/oder Stärke illegaler Drogen blieb im Studienzeitraum im Großen und Ganzen konstant oder nahm zu. Zweitens: Die Preise illegaler Drogen sind fast ausnahmslos gefallen. Drittens: Die Zahl der Sicherstellungen von Cannabis, Kokain und Opiaten in den wichtigsten Drogen-Produktionsgebieten und -Inlandsmärkten stieg.

Abbildung 1 veranschaulicht Daten aus dem *System To Retrieve Information from Drug Evidence* (STRIDE) der US-Drogenbekämpfungsbehörde Drug Enforcement Administration. Sie zeigen, dass zwischen 1990 und 2007 (dem letzten Jahr, für das Daten veröffentlicht wurden) die Reinheit von Heroin und Kokain und die Stärke von Cannabiskraut in den USA zunahmen, während die reinheits- und inflationsbereinigten Straßenhandelspreise der drei Drogen fielen.²⁵ Im genannten Zeitraum stieg speziell die Reinheit von Heroin um 60 % ($p = 0,568$), die von Kokain um 11 % ($p = 0,181$) und die von Cannabiskraut um 161 % ($p < 0,001$). Im gleichen Zeitraum kam es zu einem Preistrückgang bei Heroin, Kokain und Cannabis um 81 % ($p < 0,001$), 80 % ($p < 0,001$) bzw. 86 % ($p < 0,001$).

Vom UNODC erhobene Daten zum Straßenpreis von Kokain und Opiaten in teilnehmenden europäischen Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Luxemburg, die Niederlande, Norwegen, Öster-

reich, Portugal, Schweden, Schweiz und Spanien).²⁶ In diesen Ländern fiel im Zeitraum 1990 bis 2009 der aggregierte Durchschnittspreis im Straßenhandel mit Kokain um 51 % von 198 US\$ pro Gramm auf 98 US\$ pro Gramm ($p < 0,001$). Ebenso fiel der aggregierte Durchschnittspreis von Opiaten in Europa um 74 % von einem Hoch von 295 US\$ pro Gramm 1990 auf 77 US\$ pro Gramm 2009 ($p < 0,001$).

Daten des australischen *Illicit Drug Reporting System* (IDRS) standen für die Jahre 2000 bis 2010 zur Verfügung. Sie deuten darauf hin, dass der Preis illegaler Drogen in Australien in diesem Zeitraum erheblich schwankte. Speziell der bereinigte Heroinpreis fiel um 49 % von etwa 460 US\$ pro Gramm auf etwa 235 US\$ pro Gramm ($p < 0,001$), und zwar trotz der oft zitierten „Heroin-Knappheit“ des Jahres 2001,²⁷ in dem das Angebot und die Verfügbarkeit von Heroin in Australien zurückgingen. Überdies fiel der Kokainpreis um 14 % von etwa 255 A\$ pro Gramm auf 220 A\$ pro Gramm ($p = 0,477$), und der Preis von Cannabis fiel um 49 % von etwa 25 A\$ pro Gramm auf 13 A\$ pro Gramm ($p < 0,001$).²⁸

Produktionsgebiete

Was sichergestellte Opiate betrifft, zählen Teile von Thailand, Laos, Vietnam und Myanmar zum Goldenen Dreieck. Dem UNODC zufolge ist diese Region der zweitgrößte Heroinlieferant weltweit, obwohl die Produktion in den vergangenen 10 Jahren zurückgegangen ist: In Myanmar ist die Opiumproduktion um ca. 60 % geschrumpft, in Laos um ca. 90 %.³⁰ Die Sicherstellungsmengen von Opium in dieser Region schwanken: 1990 wurden 3.198 Kilogramm Opium sichergestellt, 2007 lag das Maximum bei 12.462 Kilogramm, und 2010 stürzte der Wert steil auf 1.225 Kilogramm ab ($p = 0,856$). Auch die Sicherstellungsmengen von Heroin schwanken bei einem Rückgang um mehr als die Hälfte von 1.337 Kilogramm 1990 auf 627 Kilogramm 2010 ($p = 0,085$) und einem Höhepunkt von 1.565 Kilogramm im Jahr 2009. In Afghanistan, aus dem wahrscheinlich mehr als 90 % des weltweit angebotenen Opiums stammen,³⁰ stiegen die Sicherstellungen von zubereitetem und Rohopium um mehr als 12.000 % von 453 Kilogramm 1990 auf 57.023 Kilogramm 2010. Die Sicherstellungen von Heroin stiegen um mehr als 600 % von 1.256 Kilogramm 1990 auf 9.036 Kilogramm 2010 (Hinweis: Da Daten

fehlten, wurde für jährliche Sicherstellungen von Opium und Heroin in Afghanistan kein Trendtest durchgeführt).

Was sichergestelltes Kokain betrifft, ist UNODC zufolge die Andenregion Lateinamerikas, zu der Bolivien, Kolumbien und Peru zählen, der weltweit größte Lieferant der Droge, da Kokablätter ausschließlich in dieser Region angebaut werden.³¹ Die Sicherstellungen von Kokain in der Andenregion gingen von 97.437 Kilogramm 1990 auf 17.835 Kilogramm 2007 um 81 % zurück ($p = 0,028$). Demgegenüber stiegen die Sicherstellungen von Kokablättern von 601.038 Kilogramm 1990 auf 1,73 Mio. Kilogramm 2007 um 188 % ($p = 0,004$). Im gleichen Zeitraum schrumpfte die Kokaanbaufläche in dieser Region leicht von rund 210.000 auf 180.000 ha ($p = 0,004$).

Schließlich gibt es UNODC zufolge noch bedeutende Cannabis-Anbaugebiete in Nordafrika, Afghanistan und Nordamerika. Diese Gebiete sind Nettoexporteure von Cannabis, obwohl die meisten Cannabis produzierenden Länder die Droge auch für den heimischen Konsum erzeugen.²⁰ In Nordafrika (Algerien, Marokko und Tunesien) stiegen die Sicherstellungen von Cannabiskraut um 208 % von 67.930 Kilogramm 1990 auf 209.445 Kilogramm 2007 ($p = 0,015$). In Nordamerika (Kanada, den USA und Mexiko) stiegen die Sicherstellungen von Cannabiskraut um 288 % von

782.607 Kilogramm 1990 auf 3,05 Mio. Kilogramm 2007 ($p < 0,001$). In Afghanistan, für das keine Daten über Sicherstellungen von Cannabiskraut verfügbar sind, stiegen die Sicherstellungen von Cannabis harz um 630 % von 5.068 Kilogramm 1990 auf 36.972 Kilogramm 2006 ($p = 0,061$).

Schlussfolgerungen

Längsschnittdaten staatlicher Überwachungssysteme zeigen, dass das Angebot an illegalen Drogen in den vergangenen 20 Jahren generell gewachsen ist, was sich an gesunkenen Preisen und höherer Reinheit von Heroin, Kokain und Cannabis ablesen lässt. Die Zahl der Sicherstellungen von Drogen ist im Vergleichszeitraum gestiegen oder gleich geblieben, allerdings waren die mit einigen dieser Indikatoren ermittelten Trends nicht statistisch signifikant. Insofern kommen wir in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen zu dem Schluss,¹⁹ dass das weltweite Angebot an illegalen Drogen in den vergangenen 20 Jahren

wahrscheinlich nicht abgenommen hat. Die mit dieser Studie vorgestellten Daten lassen darauf schließen, dass in Anbetracht der zunehmenden Stärke und sinkender Preise vor allem das Angebot an Opiaten und Cannabis zugenommen hat. Diese Ergebnisse haben Konsequenzen für die Entwicklung evidenzbasierter Drogenpolitiken, vor allem angesichts des Interesses an neuen drogenpolitischen Ansätzen in einer Reihe von Szenarien in Lateinamerika, Nordamerika und Europa.³²⁻³⁴

Wie an anderer Stelle erläutert,^{35, 36} sind ökologischen Analysen auf der Grundlage internationaler Überwachungssysteme Grenzen gesetzt. Erstens erheben manche Staaten wenige oder gar keine Daten zu Indikatoren eines illegalen Drogenangebots, während andere große Anstrengungen unternehmen, um die Verfügbarkeit von Drogen zu überwachen. Zweitens ist auch in Staaten, in denen Angebotsindikatoren aufmerksam verfolgt werden, der Grad, bis zu dem sichergestellte Stichproben illegaler Drogen die Reinheit von auf der Straße verkauften Drogen widerspiegeln, nicht immer gleich, wenn auch möglichst reinheitsbereinigte Preise genannt wurden, um dieser Einschränkung zu begegnen.²³ Gleichwohl reflektieren die hier vorgestellten langfristigen Trends einer zunehmenden Reinheit und sinkender Preise wahrscheinlich die Gesamttendenzen in vielen Regionen, obwohl darauf hingewiesen werden muss, dass in manchen Regionen (z. B. in Europa) Indikatoren für Preis und Reinheit stark von einzelnen Ländern wie Großbritannien und Spanien beeinflusst worden sein können. Zudem war in den Trends eine Reihe von Ausnahmen zu beobachten. In Australien zum Beispiel war zwar ein signifikanter Rückgang der Preise von Heroin und Cannabis, nicht jedoch des Kokainpreises zu verzeichnen. Dies mag Ausdruck der geografisch isolierten Lage der Region oder anderer Marktfaktoren sein. Erwähnenswert ist außerdem, dass Australiens Heroin-Knappheit,³⁷ eine plötzliche Abnahme von Heroingangebot und -verfügbarkeit, offenbar einen begrenzten langfristigen Einfluss auf das Angebot hatte, wenn auch einige Experten vermuten, sie könnte zu einem verstärkten Konsum anderer Drogen unter injizierenden Heroinkonsumenten in Australien geführt haben.²⁷ Drittens schränkten Grenzen der Erhebung von Längsschnittdaten die Möglichkeit ein, Stimulanzien vom Amphetamin-Typ und andere neuartige synthetische

Substanzen mit einzuschließen, da diese Daten auf bestimmte Länder beschränkt sind und der Fokus dieser Studie auf regionalen Trends lag. Diesbezüglich ist erwähnenswert, dass die Produktion synthetischer Substanzen und der Anbau von Cannabis in Gebäuden Strategien zur Angebotsreduzierung vor besondere Probleme stellen: Diese Drogen können unbemerkt in großen Mengen produziert werden, unabhängig vom Klima oder von anderen Faktoren, die der traditionellen Drogenproduktion Grenzen setzen.^{20, 38} Und schließlich hat diese Analyse vor allem Muster von Preis und Reinheit einzelner illegaler Drogen beleuchtet und damit nur einen Indikator des Drogenangebots. Andere Faktoren, die etwas über die Verfügbarkeit und damit verbundene Drogenkonsumraten aussagen, wurden nicht gemessen. Diese Einschränkung bei der Bewertung des weltweiten Drogenangebots mit klassischen Messgrößen wie Preis, Reinheit und, in geringerem Umfang, Sicherstellungen legt nahe, dass es notwendig sein kann, die Palette der Messgrößen, die Regierungen und internationale Gremien wie UNODC und die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht systematisch erheben, zu erweitern. Vor allem eine sinnvolle Einbindung von Messgrößen, die sich aus von Drogenkonsumenten auf der Straße ausgefüllten Fragebögen ableiten lassen, könnte eine verlässlichere Erfassung von Angebot und Verfügbarkeit bieten. Einige Stellen wie das australische IDRS erheben solche Daten bereits,²⁸ und diejenigen, die die Überwachung illegaler Drogen koordinieren, sollten diesen methodischen Ansatz in Betracht ziehen. Auch andere Institutionen geben Messgrößen für den Gesundheitszustand der Allgemeinheit Vorrang, zum Beispiel weniger HIV-Infektionen, weniger drogenbedingte Gewalt und weniger inhaftierte Personen.^{39, 40}

Zusammenfassend lässt sich sagen, Längsschnittdaten aus Systemen für die Überwachung illegaler Drogen zeichnen ein generelles globales Muster fallender Drogenpreise und zunehmender Drogenreinheit und -stärke sowie ein relativ konsistentes Muster einer steigenden Zahl von Sicherstellungen illegaler Drogen. Auch wenn die Quelldaten gewisse Einschränkungen und diese Trends einige Ausnahmen aufweisen, sollten diese Erkenntnisse im Hinblick auf die aktuellen Debatten und drogenpolitischen Experimente in Lateinamerika, Nordamerika und Europa hilfreich sein.³²⁻³⁴ Es ist zu hoffen, dass

diese Untersuchung ein Schlaglicht auf die Notwendigkeit einer neuerlichen Prüfung der Wirksamkeit nationaler und internationaler Drogenstrategien wirft, die unverhältnismäßig viel Gewicht auf eine Angebotsreduzierung auf Kosten evidenzbasierter Prävention und Behandlung eines problematischen Konsums illegaler Drogen legen.¹⁵⁵

Anmerkung:

Die im Text erwähnten Abbildungen können hier aus technischen Gründen nicht wiedergegeben werden.

¹⁵⁵ An dieser Stelle folgen im Originaltext Angaben zu Danksagungen, Beitragenden, Finanzierung, konkurrierenden Interessen, Peer Review und Open Access, die hier aus Platzgründen weggelassen wurden.

C 4-4

Max Plenert

Die Rolle der Internationalen Verträge, nationale Handlungsoptionen und die Entkriminalisierung in Portugal

Der Rahmen, innerhalb dessen es Nationen möglich ist, eine Drogenpolitik zu gestalten, ist wie kaum ein anderer Politikbereich durch internationale Verträge abgesteckt. Sowohl das Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel von 1961 (ÜB 61), die Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 (ÜB 71) und insbesondere das Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988 (ÜB 88), als auch internationale Abkommen auf EU-Ebene (Schengen-Übereinkommen I und II, EU-Verträge etc.) verbieten einige Politikoptionen wie eine unkontrollierte Freigabe. Gleichwohl ist eine Vielzahl von Reformen auch innerhalb der Verträge möglich. Stößt man an ihre Grenzen, kann man sie ignorieren (Niederlande), sie können ungültig sein, da ein Verfassungsvorbehalt vorgesehen ist, oder man kann eine Veränderung der Verträge anstreben. Wenn dies nicht gelingt, sind ein Austritt und ein Wiedereintritt unter Vorbehalt möglich – diesen Weg ging Bolivien mit der Legalisierung der Kokapflanze.

Der Internationale Suchtstoffkontrollrat (International Narcotics Control Board, INCB) übt über seine Interpretation der Verträge hier eine quasi-gerichtliche Funktion aus. Heute anerkannte Instrumente der Drogenpolitik wie die Konsumräume in Deutschland oder die Heroinabgabe in der Schweiz wurde zunächst als Verstoß gegen die Übereinkünfte gewertet und erst im Nachhinein anerkannt. Vor diesem Hintergrund ist laut der ehemaligen Schweizer Bundesrätin und Mitglied der Global Commission on Drug Policy Ruth Dreifuss eine gewisse Konfliktbereitschaft für ernsthafte Reformen von Nöten.

Eine Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten bis an den Rand der Legalisierung wie sie in Portugal erfolgte, ist mit den internationalen Drogenverträgen vereinbar. Die Konventionen fordern keine strafrechtlichen Sanktionen. Eine Rechtswidrigkeit der Handlungen über ein Verbot und Sanktionen über das Verwaltungsrecht ist ausreichend.

Im World Drug Report 2009 des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) heißt es: „The International Narcotics Control Board was initially apprehensive when Portugal changed its law in 2001 (see their annual report for that year), but after a mission to Portugal in 2004, it “noted that the acquisition, possession and abuse of drugs had remained prohibited,” and said **“the practice of exempting small quantities of drugs from criminal prosecution is consistent with the international drug control treaties...”**“¹⁵⁶

Der Einsatz von Cannabis als Medizin oder allgemein die Nutzung von Substanzen zu wissenschaftlichen und medizinischen Zwecken ist nach ÜB 61 explizit erlaubt. Wissenschaftliche Modellversuche beispielsweise zu einer zeitlich und räumlich begrenzten Erprobung einer legalen Abgabe von Cannabis sind damit möglich. Die heutige Anwendung der Verträge und ihre nationale Umsetzung haben praktisch sehr wohl zu Einschränkungen geführt.

Fazit: Ein Ende der Strafverfolgung für Konsumenten, eine Nutzung von Cannabis als Medizin sowie Experimente für einen alternativen Umgang wären mit den internationalen Verträgen vereinbar. Eine Legalisierung wäre ein Verstoß gegen die Verträge, inwiefern dies jedoch in Zukunft eine Rolle spielen wird, ist nach der Legalisierung in Uruguay, Colorado und Washington fraglich. Mit dem grünen Licht durch die Obama-Administration scheiden die USA als traditionelle Hüter der

¹⁵⁶ UNODC (2009): World Drug Report. Wien: United Nations Office on Drugs and Crime: S. 183; siehe <http://www.unodc.org/wdr/>

Verträge aus bzw. können kaum mehr glaubwürdig auf eine Einhaltung der Verträge pochen.

Quellen & Weiterlesen: Stöver, H.; Plenert, M. (2013): Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und –konsum. Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.), <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10043.pdf> & <http://www.alternative-drogenpolitik.de/2012/08/17/die-entkriminalisierung-in-portugal-ist-vereinbar-mit-den-internationalen-drogenvertragen/>

Autorinnen und Autoren

Henning Arndt arbeitet als Sozialpädagoge im Projekt Drug Scouts (Leipzig).

Gundula Barsch, Prof. Dr. habil, Jahrgang 1958, promoviert im Fach Soziologie, habilitiert im Fach Sozialpädagogik, seit 1999 berufene Professorin für das Lehrgebiet „Drogen und soziale Arbeit“ an der HS Merseburg.

Gabriele Bartsch ist seit 2009 Referentin für Grundsatzfragen und stellvertretende Geschäftsführerin der DHS. Seit 2006 war sie zunächst als Referent für Internationale Zusammenarbeit in verschiedenen europäischen Projekten tätig. Inhaltliche Schwerpunkte ihrer Arbeit sind Alkohol- und Tabakpolitik, internationale Kooperation sowie die Betreuung von DHS-Ausschüssen.

Heidrun Behle, geb. 1948, verheiratet, 2 Kinder. Ihr Sohn Michael ist seit 13 Jahren drogenabhängig. 15 Jahre „Familienmanagerin“, danach wieder außer Haus berufstätig, zuletzt 16 Jahre als Bankangestellte. Seit Anfang des Jahres 2011 in Altersteilzeit. Seit 1999 in der Elterninitiative Wuppertal aktiv, seit 2000 Kassenwartin des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit. Vertreterin der Elterngruppe in verschiedenen kommunalen Gremien, u.a. der Fachgruppe Sucht.

Gil Bietmann, Sozialpädagoge, Rettungsassistent, Zusatzausbildung als Suchtberater, Einrichtungsleitung Drogenhilfeeinrichtung kick, aidshilfe dortmund e.V.

Lorenz Böllinger, Dr. iur., Dipl.-Psych., Prof. (i.R.) f. Strafrecht und Kriminologie; Psychol. Psychotherapeut, Forensischer Psychologe; Fb. Rechtswissenschaft, Universität Bremen.

Kerstin Dettmer arbeitet seit 1998 als Ärztin bei Fixpunkt e. V., einem Verein, der innovative und niedrigschwellige gesundheitsfördernde bzw. schadensmindernde Projekte auf Berliner Drogenszenetreffpunkten und in sozialen Brennpunkten durchführt. Sie war u. a. an folgenden Modellprojekten maßgeblich beteiligt: „Drogennot- und

Todesfallprophylaxe/Naloxonvergabe“, „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“

Martin Dörrlamm, Soziologe und Sozialarbeiter. Seit fast zwei Jahrzehnten für die Jugendhilfe im Frankfurter Bahnhofsviertel unterwegs. Als Streetworker u.a. am Aufbau und der konzeptionellen Entwicklung des interdisziplinären „Crack-Street-Projekt“ (Jugendhilfe, Drogenhilfe und Medizin) beteiligt. Daneben Lehraufträge an mehreren Hochschulen.

<http://www.doerrlamm.de>

Simon Egbert, M.A. Internationale Kriminologie, B.A. Social Sciences, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich 11: Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 6: Gesundheit & Gesellschaft

Raphael Gaßmann, Dr. phil., ist seit 2009 Geschäftsführer der DHS. Nach dem Studium der Sozialwissenschaften, der Germanistik und Pädagogik promovierte er und übte wissenschaftliche Tätigkeiten in den Bereichen Gesundheit und Soziales aus. Seit dem Jahr 2000 ist er in der DHS tätig.

Ralf Gerlach, Dipl.-Päd., Mitbegründer und stellv. Leiter des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO) e.V. (Münster). Seit 1998 leitet er die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten. Mitglied im Fachbeirat von akzept e.V., verantwortlicher Redakteur des Online-Fachjournals „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit“. Zahlreiche Publikationen zu drogenspezifischen Themen.

Gerd Glaeske, Prof. Dr. rer. nat., Professor für Arzneimittelversorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. Seit 2007 Co-Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im ZeS. Mitgliedschaften, u.a.: Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, WHO-Drug Utilization Research Group, Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft, Sachverständigenrat zur

Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Werner Graf, 33, ist Mitglied im Geschäftsführenden Ausschuss von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in Friedrichshain-Kreuzberg und in dieser Funktion mit für die Erarbeitung des Antrages verantwortlich. Werner Graf ist schon seit Jahrzehnten in der Drogenpolitik aktiv, unter anderem war er Herausgeber und Chefredakteur des Hanf Journals und Mitbegründer des Deutschen Hanfverbandes.

Daniel Graubaum arbeitet als Sozialpädagoge im Projekt Drug Scouts (Leipzig).

Franjo Grotenhermen, Dr. med., Jg. 1957. Klinische Tätigkeit in Innerer Medizin, Chirurgie und Naturheilverfahren. Praxis in Rürthe (NRW) mit Schwerpunkt Therapie mit Cannabis und Cannabinoiden. Vorsitzender der AG Cannabis als Medizin (ACM) und Geschäftsführer der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente (IACM). Mitarbeiter des Kölner nova-Instituts; zahlreiche Veröffentlichungen zum therapeutischen Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden, ihrer Pharmakologie und Toxikologie.

Holger Gundlach war fast 40 Jahre Polizeibeamter in Hamburg, davon 35 Jahre bei der Kripo, seit 1983 im h.D., zunächst im operativen Bereich zweier Polizeidirektionen und als Leiter des Drogendezernats des Landeskriminalamts. In seinen letzten 15 Dienstjahren (Ruhestand 2004) leitete er verschiedene Referate im Stab des Landeskriminalamts und war verantwortlich für kriminologische Forschung, Kriminalitätsanalyse, strategische Planung und andere Grundsatzangelegenheiten der Verbrechensbekämpfung.

Mathias Häde, geboren 1955 und wohnhaft in Bielefeld, ist seit 1992 im JES-Netzwerk aktiv. Seit 2004 gehört er als Gründungsvorstand dem Landesverband JES NRW e. V. an und mitbegründete 2009, wiederum als Vorstand, den JES Bundesverband e. V.

Tibor Harrach, Pharmazeut (Apotheker), derzeit beschäftigt mit toxikologischen Studien an der Charité Berlin. Sprecher der

Landesarbeitsgemeinschaft Drogenpolitik von Bündnis 90 / Die Grünen Berlin, Mitbegründer der Drugchecking Initiative Berlin Brandenburg; langjähriger Vorsitzender von Eve & Rave e.V. Berlin, Mitbegründer des Sonics Netzwerks von deutschsprachigen Party[drogen]Projekten.

Jürgen Heimchen, geb. 1942 in Wuppertal, Beamter i.R., verheiratet, zwei Kinder – eine Tochter, ein Sohn. Sein Sohn Thorsten war heroinabhängig und starb 1992 im Alter von 22 Jahren in einer Wuppertaler Polizeizelle. 1993 gründete er mit 14 weiteren Müttern und Vätern die Elterninitiative für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik Wuppertal. Seit 1998 Vorsitzender des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit e.V.

Inga Jesinghaus, Dipl.-Soz., geb. 1958, seit 2009 Referentin in der Bonner Geschäftsstelle des Aktionsbündnisses Nichtrauchen e.V. (ABNR). Tätigkeitsschwerpunkte: Koordination der Aktivitäten der Mitgliedsorganisationen, Informationsvermittlung und Darstellung der Positionen des ABNR gegenüber Politik und Öffentlichkeit. Ehemals u.a. wissenschaftliche Angestellte im Themenbereich Technikfolgenabschätzung, Fraktionsgeschäftsführerin von Bündnis 90/Die Grünen im Rat der Stadt Bielefeld.

Axel Junker nutzt Cannabis als Medizin als Ausstiegshilfe aus einer Abhängigkeitserkrankung. Er wurde zu Beginn der 1970er Jahre im Verlaufe seiner jugendlichen Drogen-Experimentalphasen noch wegen Verstoßes gegen das Opiumgesetz angeklagt und verurteilt, im Strafvollzug kann er erstmalig mit Heroin in Kontakt. Seitdem beschäftigt er sich mit den Systematiken und Auswirkungen der Drogen- und Rechtspolitik. Er ist Gründungsmitglied der NGO "Selbsthilfenetzwerk-Cannabis-Medizin" und deren stellvertretender Sprecher.

Jens Kalke Dr. phil., geb. am 1962 in Hamburg, verheiratet, zwei Kinder, wissenschaftlicher Mitarbeiter und Mitglied der wissenschaftlichen Leitung am Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS,

Hamburg) und dem Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD, Hamburg). Wissenschaftliche Schwerpunkte: Suchtprävention, Glücksspiel, EDV-gestützte Dokumentation und Qualitätsmanagement, Drogenpolitik.

Gerrit Kamphausen, Dr. phil. ist Soziologe und Kriminologe. Er befasst sich hauptsächlich mit der Kultur- und Kriminalsoziologie des Opiatgebrauchs, einschließlich der Entstehung des Drogenverbots und der Suchtbegriffe. Darüber hinaus engagiert er sich regelmäßig als ehrenamtlicher Mitarbeiter in einem Gebraucherraum für obdachlose Drogenkonsumenten in Amsterdam und ist Mitglied im Schildower Kreis.

Antje Kettner arbeitet als Sozialpädagogin im Projekt Drug Scouts (Leipzig).

Sandra Köhler, Diplom-Sozialpädagogin, Koordinatorin BuddyCare, Integrative Drogenhilfe e.V. (idh) Frankfurt am Main.

Urs Köthner, Dipl. Sozialarbeiter, Sozial-/ Suchttherapeut, beschäftigt bei Vision e.V. (ehemals Junkiebund), ein Drogenselbsthilfverein in Köln. Vorstand im Bundesverband und Landesverband NRW von akzept e.V.

Astrid Leicht, geschäftsführende Projektleiterin von Fixpunkt, Berlin. Mehr als 25 Jahre Berufserfahrung in der HIV/Hepatitis-Infektionsprophylaxe, Schadensminderung und Suchthilfe. Diplom-Pädagogin.

John Litau, Dipl.-Päd., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten Frankfurt am Main und Tübingen. In Frankfurt ist er am Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung sowie an der Sozialpädagogischen Forschungsstelle beschäftigt. In Tübingen forscht er im Rahmen des DFG-Projekts „JuR II – Wege in und aus jugendkulturellem Rauschtrinken – biographische Entwicklungen und Gruppenkontexte“.

Cornelia Morgenstern, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centre for

Drug Research, Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung, Goethe-Universität Frankfurt am Main. Projektmitarbeiterin im EU-Projekt „SPICE II Plus“ zur Erforschung von Risikoverhalten, problematischem Konsum und Toxizität bezüglich neuer synthetischer Cannabinoide und Stimulanzen und zur Entwicklung von Ansätzen der primären und sekundären Prävention.

Jörg Petry, Dr. phil., geb. 1948. 1970 - 1975 Studium der Psychologie in Marburg. 1975 - 1992 Klinischer Psychologe in den Psychiatr. Landeskrankenhäusern Wunstorf und Wiesloch. 1982 Abschluss der Verhaltenstherapieausbildung (DGVT). 1991 Promotion am Psychologischen Institut in Heidelberg. Von 1992 bis 2008 Ltd. Psychologe in der Psychosomat. Fachklinik Münchwies. 1999 Approbation als Psychol. Psychotherapeut. Seit 2009 Projektleiter der Allgemeinen Hospitalgesellschaft für pathologisches Glücksspielen und PC/Internetspielen.

Maximilian Plenert engagiert sich seit mehr als 10 Jahren ehrenamtlich im Bereich Drogenpolitik, u.a. im Bundesvorstand der Grünen Jugend und innerhalb der Grünen. Er ist Mitglied im Bundesvorstand von akzept e.V. und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Deutschen Hanf Verband. Zuletzt veröffentlichte er mit Heino Stöver „Entkriminalisierung. und Regulierung – Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und –konsum“ im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Uwe Prümel-Philippsen, Dr. phil., Diplom-Pädagoge, geb. 1950, seit 2013 ehrenamtlicher Vorsitzender des Aktionsbündnisses Nichtraucher e.V. und seit 1995 hauptamtlicher Geschäftsführer der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPg). Seit 1976 beruflich tätig in Forschung und Lehre im Fachbereich Sozial- und Gesundheitswissenschaften sowie im Projekt- und Verbandsmanagement in den Handlungsfeldern Selbsthilfe, Rehabilitation, Gesundheitsförderung und Prävention.

Theo Pütz, Sucht- und MPU Berater,
Vorsitzender des Vereins für Drogenpolitik
(VfD e.V.)

Stephan Quensel . Prof. Dr. jur., pensioniert,
ehemals Universität Bremen. Schwerpunkt:
Drogenpolitik. Mitglied des Schildower
Kreises.

Willehad Rensmann, Dipl.-Pädagoge,
Zusatzbildungen als Sozialmanager und
Organisationsberater, Geschäftsführer der
aidshilfe dortmund e.V., zuvor langjähriger
Leiter der Drogenhilfeeinrichtung kick

Dirk Schäffer, seit 1998 Mitarbeiter der
Deutschen AIDS-Hilfe. Von 1998 - 2000
bundesweiter Koordinator des JES-
Bundesverbands. Seit 2001 Referent und
Leiter des Fachbereichs "Drogen und
Strafvollzug". Im Mittelpunkt der Arbeit steht
die Prävention von HIV und Hepatitis bei
Drogengebrauchern. Mitbegründer des
Schildower Kreises sowie des Aktionsbündnis
"Hepatitis und Drogengebrauch". Vorstand
des International Network of people who use
drugs (INPUD)

Jonas Schemmel, 26, ist Sprecher der Grünen
Fraktion im Parlament des Berliner Bezirks
Friedrichshain-Kreuzberg. Er ist Mitglied in
den Ausschüssen für Gesundheit und
Inklusion, Personal und Haushalt sowie
Umwelt, Verkehr, Klimaschutz und Immobilien
und in seiner Fraktion für die Drogenpolitik
zuständig. Gemeinsam mit Monika Herrmann
und Werner Graf arbeitet er an einem Antrag
an das Bundesinstitut für Arzneimittel und
Medizinprodukte (BfArM).

Henning Schmidt-Semisch, Dr. phil., Diplom
Kriminologe und Soziologe, Professor am
Fachbereich 11: Human- und
Gesundheitswissenschaften, Universität
Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Abt. 6: Gesundheit &
Gesellschaft

Olaf Schmitz, Diplom-Sozialarbeiter, Jahrgang
1968, ist seit 2004 Mitarbeiter der
Krisenhilfe Bochum und leitet dort seit 8
Jahren die Beschäftigungs- und
Qualifizierungsmaßnahme für
abhängigkeitskranke Menschen "INSAT -
Individuelle Schritte in Arbeit". Vorher war er

langjährig im Bereich der Ausbildungs- und
Beschäftigungsförderung junger Erwachsener
tätig.

Rüdiger Schmolke, geb. 1969, MA Pol./MPH;
Geschäftsführer des Chill out e.V. – Verein zur
Förderung akzeptierender Drogenarbeit
(www.chillout-pdm.de), Leiter der Fachstelle
für Konsumkompetenz Potsdam
(www.chillout-pdm.de/fkk), Mit-Initiator der
Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg
(www.drugchecking.de).

Heino Stöver, geb. 1956, Dr. rer. pol.,
Professor (habil.) für Sozialwissenschaftliche
Suchtforschung an der Frankfurt University of
Applied Sciences. Vorsitzender akzept e.V. –
Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit/Verein für akzeptierende
Drogenarbeit.

Florian Schulze ist Pharmazeut und als
Referent der Fraktion DIE LINKE im
Bundestag tätig. Hier ist er zuständig für
Gesundheits- und Drogenpolitik. Außerdem ist
er Mitglied der Landesarbeitsgemeinschaft
Drogenpolitik der LINKEN Berlin.

Frank Tempel, geboren 1969 in Belzig. Beruf:
Kriminalbeamter im gehobenen Dienst.
Mitglied des Deutschen Bundestags über die
Landesliste Thüringen der Partei DIE LINKE
(2009 & 2013), stellvertretender Vorsitzender
des Innenausschuss des Bundestags,
stellvertretendes Mitglied im
Gesundheitsausschuss. Drogenpolitischer
Sprecher der Linksfraktion, Mitglied im
Parteivorstand der DIE LINKE, Mitglied im
Gremium nach Artikel 13 Absatz 6
Grundgesetz (Akustische Überwachung).

Harald Terpe, Dr. med., wurde 1954 in
Greifswald geboren und studierte in Rostock
Medizin. Seit der Wende engagiert sich der
Vater von sechs Kindern politisch, zunächst
im NEUEN FORUM und später bei den
Grünen. Seit 2005 ist er Mitglied im
Ausschuss für Gesundheit des Bundestages.
Er ist drogen- und suchtpolitischer Sprecher
der bündnisgrünen Bundestagsfraktion.

Katja Thane, Diplom Kriminologin und
Sozialpädagogin, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Fachbereich 11: Human-
und Gesundheitswissenschaften, Universität

Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 6: Gesundheit & Gesellschaft

Rainer Ullmann, Arzt für Allgemeinmedizin
1981 – 2013, mehr als 20 Jahre
Substitutionsbehandlungen
Heroinabhängiger. 1995 – 2002 Vorsitzender
der *Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin*
(vorm. DGDS) e.V. Seit 2004 Vorsitzender der
Qualitätssicherungskommission Substitution
der KV Hamburg. Gründungsmitglied des
Schildower Kreises; mehrere Publikationen
zur Substitutionsbehandlung und zur
juristischen Bewertung

Monika Urban, Diplom
Sozialwissenschaftlerin, Wissenschaftliche
Mitarbeiterin am Fachbereich 11: Human-
und Gesundheitswissenschaften, Universität
Bremen, Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP), Abt. 6: Gesundheit &
Gesellschaft

Annette von Schönfeld, Publizistin, leitet seit
2012 das Regionalbüro der Heinrich-Böll-
Stiftung für Mexiko, Zentralamerika und
Karibik. Zuvor war sie seit 2006 Leiterin des
Lateinamerikareferats der Stiftung, wo sie zu
den Themen BürgerInnen-sicherheit,
Demokratie und Stadtentwicklung sowie zu
Klimawandel und Biodiversität in
Lateinamerika arbeitete.

Bernd Werse, Dr. phil., Soziologe, seit 2001
wissenschaftlicher Mitarbeiter am
Drittmittelforschungsbüro Centre for Drug
Research an der Frankfurter Goethe-
Universität. Arbeitsschwerpunkte:
Drogentrends, neue psychoaktive
Substanzen, Drogenhandel, Substanzkonsum
in Jugendkulturen. Mitglied des Schildower
Kreises. Buchveröffentlichungen: Cannabis in
Jugendkulturen (Berlin 2007), Drogenmärkte
(Hg., Frankfurt 2008).

Georg Wurth, ehemaliger Finanzbeamter
(Dipl.-Finanzwirt) mit umfangreicher
politischer Erfahrung. Ab 1997 war er
Fraktionsvorsitzender der Grünen im
Remscheider Stadtrat. Nach einer
Selbstanzeige wegen Cannabisbesitz (1996)
hat er zunächst diverse drogenpolitische
Arbeitskreise innerhalb der Grünen und
Grünen Jugend mit gegründet. Seit 2002 ist

er Geschäftsführer des Deutschen Hanf
Verbandes; darüber hinaus in diversen
weiteren drogenpolitischen Initiativen aktiv,
z.B. beim „Schildower Kreis“.

Impressum

Herausgeber

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende
Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

JES Bundesverband e.V.

Redaktion

Bernd Werse

Heino Stöver

Maximilian Plenert

Dirk Schäffer

Lektorat

Bernd Werse

Gestaltung und Satz

Christine Kluge Haberkorn

Umschlagfoto

Heino Stöver

Umschlag

Katja Fuchs

Druck

Druckerei Dressler, Inh. Rene Dressler

Kontakt

akzept e.V.

www.akzept.org

akzeptbuero@yahoo.de

Deutsche AIDS-Hilfe

www.aidshilfe.de

Dirk.schaeffer@dah.aidshilfe.de

ISBN 978-3-9813890-8-1