

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

2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015

akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.)

2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015



<http://alternativer-drogenbericht.de/>

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Suedwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: ++49 (0)30 827 06 946

Fax: ++49 (0)30-822 28 02

www.akzept.org

www.gesundinhaft.eu

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Redaktion: Heino Stöver und Bernd Werse (verantwortlich), Anna Dichtl, Dirk Egger, Niels Graf und Gerrit Kamphausen

© bei den Autoren_innen

2015 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Formatierung: Armin Vahrenhorst

Druck: KM-Druck, 64823 Groß Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-069-0

eBook: ISBN 978-3-95853-070-6 (www.ciando.com)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Heino Stöver, Bernd Werse, Dirk Schäffer.....9

1 Prävention, Schadensminimierung und Behandlung – sachlich und menschenwürdig gestalten.....13

1.1 „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ – ein hilfreicher Beitrag zur Qualitätssicherung aus Sicht der Praxis?
Hermann Schlömer.....14

1.2 Schadensreduktion bei Alkohol und anderen Drogen als Interventionsbereich systematisch entwickeln
Peter Degkwitz.....21

1.3 Abstinenz als Risiko; Rückfall als Normalfall – Drogenpolitik ratlos, Drogenexpert_innen fassungslos
Heino Stöver.....30

1.4 Aktuelle neurobiologische Studien zu gesundheitlichen Folgen von Cannabiskonsum mit Fokus auf Psychosen und neuropsychologischen Defiziten
Derik Hermann.....33

1.5 Der Stand der medizinischen Versorgung mit Cannabis und Cannabinoiden in Deutschland
Franjo Grotenhermen39

1.6 Der Einsatz von Naloxon durch geschulte Laien – Prophylaxe opioidbedingter Todesfälle durch die flächendeckende Implementierung von Take-Home-Programmen
Anna Dichtl, Kerstin Dettmer46

1.7 Patient_innenrechte in der substitutionsgestützten Behandlung
Claudia Schieren, Andreas Kramer, Marco Jesse53

1.8	Elektronische (E-)Zigaretten und E-Shishas auf dem Vormarsch – wo bleibt der Verbraucherschutz?	
	<i>Heino Stöver</i>	57
1.9	Zur Versorgungssituation älterer Suchtkranker	
	<i>Daniel Deimel</i>	60
1.10	Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten in der homo- und bisexuellen Community	
	<i>Daniel Deimel, Heino Stöver</i>	66
1.11	Gute Praxis: Suchtprävention und Gesundheitsförderung in der Partyszene	
	<i>Sonia Nunes, Johanna Kuban, Dirk Grimm</i>	71
1.12	Gute Praxis: Wohnhilfen für chronifiziert erkrankte (und alternde) Drogenabhängige	
	<i>Anabela Dias de Oliveira</i>	77
2	Rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen verändern – Verbraucherschutz im Mittelpunkt	85
2.1	Was wäre, wenn man Drogen nicht verbieten würde?	
	<i>Marco Jesse, Urs Köthner</i>	86
2.2	„Kiffer sind keine Kriminellen“	
	<i>Interview von Rainer Schmidt mit Jugendrichter Andreas Müller</i>	93
2.3	2015 – das Jahr, in dem Deutschland sich beim Thema Cannabis als Medizin bewegt	
	<i>Franjo Grotenhermen</i>	97
2.4	Neue psychoaktive Substanzen als Kollateralschaden der Prohibition	
	<i>Dirk Egger, Bernd Werse</i>	104
2.5	Ritalin und Co ohne Rezept – Gefahren aus dem Internet!	
	<i>Gerd Glaeske</i>	111
2.6	Streckmittel, Verunreinigungen und „Drug-Checking“ – vom Reinheitsgebot für Bier lernen	
	<i>Gerrit Kamphausen</i>	117

2.7	„Kommunale Drogenpolitik“: Was können Städte und Gemeinden tun? <i>Roland Baur</i>	122
2.8	Recht auf Straße für alle Bahnhofsviertelnutzer_innen – zur Debatte über Drogen in Frankfurt am Main <i>Jenny Künkel, Sandra Schindlauer, Josse Straub</i>	128
2.9	Global Drug Law Reform – An Overview <i>Steve Rolles</i>	134
2.10	Was ist nochmal der „War on Drugs“? Und kann man da einfach auch mal nicht mitmachen? <i>Gerrit Kamphausen</i>	143
3	Das Betäubungsmittelgesetz gehört auf den Prüfstand	147
3.1	Warum das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aus suchtmmedizinischer Sicht auf den Prüfstand gehört <i>Zur Diskussion gestellt vom Vorstand der DGS – Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin</i>	148
3.2	Vernunft statt Ideologie – Das grüne Cannabiskontrollgesetz <i>Cem Özdemir</i>	153
3.3	Drogenpolitik neu denken! <i>André Schulz</i>	158
3.4	Zur Sinnlosigkeit der strafrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes <i>Hubert Wimber</i>	164
3.5	„Augen zu und durch“ geht nicht mehr. Eine Reform des BtMG ist mehr als überfällig <i>Leo Teuter</i>	170
3.6	Ein Leben mit Drogen unter den Bedingungen der Prohibition <i>Dirk Schäffer</i>	176
	Autorinnen und Autoren	181

Vorwort

Heino Stöver, Bernd Werse, Dirk Schäffer

Der erste Alternative Sucht- und Drogenbericht, der 2014 von den drei Bundesverbänden akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe und JES e.V. herausgegeben wurde, hat für eine enorme Aufmerksamkeit in den Medien und der Fachöffentlichkeit gesorgt. Damit wurde deutlich, dass die Öffentlichkeit ein starkes Interesse an einer realitätsnahen und integrativen Drogenpolitik hat und eine Politik ablehnt, die größtenteils auf dem Wunsch basiert, dass es bestimmte Drogen gar nicht gäbe sowie politisch überwiegend mit Verboten und Kriminalisierung der Konsument_innen reagiert. Leider ist die Drogenpolitik der Bundesregierung nach wie vor dadurch gekennzeichnet, dass sie essenziellen Kernforderungen einer Vielzahl von Fachverbänden, Drogenhilfeträger_innen und Expert_innen nach Einbezug evidenzbasierter Erkenntnisse und systematisierter, dokumentierter Praxiserfahrungen nicht nachkommt. Wir wissen in vielen Bereichen der Drogenpolitik relativ genau, was wirkt, was nicht und welche Nebenwirkungen mit bestimmten Politikstrategien verbunden sind.

Es fehlt der Drogenpolitik der Bundesregierung an strategischen, innovativen und substanzübergreifenden Konzepten sowie konsistenten Aktionsplänen. Wir erleben oft eine unausgewogene, z. T. populistische und kurzatmige Thematisierung der Folgen einzelner Drogen (z. B. Crystal Meth), während für den besseren Umgang mit den Volksdrogen Alkohol und Tabak wichtige verbraucherschützende Rahmenbedingungen nicht geschaffen werden.

Daher ist der nun vorliegende zweite Alternative Drogen- und Suchtbericht weiterhin ein dringend notwendiges Instrument, um eine zusammenfassende Gegenöffentlichkeit gegenüber den offiziellen Verlautbarungen der Bundesregierung zu schaffen: Der Ausgangspunkt jeglicher Drogenpolitik muss der Konsument bzw. die Konsumentin sein und zwar in der Ausbalancierung mit den gesellschaftlichen Bedingungen.

Ständig mit dem Drogenverbotshammer zu hantieren ist einerseits realitätsfremd (angesichts von Millionen von Menschen, die illegale Drogen konsumieren) und andererseits angesichts weltweiter, jahrelanger Reformbemühungen, Alternativen zur Repression zu schaffen, anachronistisch.

Das Drogenverbot ignoriert auch, dass es „Drogenkulturen“ gibt, die den Gebrauch illegalisierter Drogen integriert haben und einen Konsum weitgehend ohne schädigende Nebenwirkungen pflegen (z. B. mit Cannabis oder Kokain). Darin deutet sich an, dass wir bei der Drogenpolitik auf mündige Bürger_innen zählen sollten sowie auf eine Kontrollstrategie, die auf glaubhafte Information anstatt auf undifferenzierte (und im Übrigen ineffektive) Ablehnung setzt. Bei HIV/AIDS ist das weitgehend gelungen, bei Tabak befinden wir uns noch im Lernprozess. Fakt ist, dass sich eine gesellschaftliche Lernstrategie einer Kontrollstrategie als überlegen erwiesen hat. Belege werden in diesem Alternativen Drogen- und Suchtbericht zuhauf geliefert. Allen voran

von jenen Polizeivertreter_innen, die offen gestehen, dass das Drogenverbot mit polizeilichen Mitteln weder jetzt noch in Zukunft durchgesetzt werden kann. Illegalisierte Drogen werden die Gesellschaft begleiten – weil sie von bestimmten Menschen gegenüber den legalen psychoaktiven Substanzen Alkohol und Tabak präferiert werden. Im Übrigen – um dem bekannten prohibitionistischen Argument der „Verharmlosung“ entgegenzutreten – käme eine Entkriminalisierung auch jenen zugute, die intensive Konsummuster entwickelt haben: nicht nur durch den Wegfall teurer und sinnloser Strafmaßnahmen, sondern auch durch eine geringere Hemmschwelle, Hilfe aufzusuchen sowie die generell besseren Rahmenbedingungen für akzeptanzorientierte Hilfen.

Wir setzen auch in vielen anderen Bereichen des Lebens auf die Lernfähigkeit und Verhaltensänderungsmöglichkeit der Bürgerinnen und Bürger. Wir müssen nur die Bedingungen dafür schaffen, dass die Menschen gesündere, informierte und schadensminimierende Entscheidungen treffen können, gemäß der WHO-Orientierung „*make the healthy choice the easy choice*“. Das Drogenverbot führt dazu, dass häufig die ungesunde Entscheidung die leichtere ist, z. B. wenn Drogenabhängige zur Spritze anstatt zur Folie greifen oder wenn der nicht kontrollierte Markt nur verunreinigte Substanzen im Angebot hat.

Ein sehr anschauliches Beispiel des Zustands der deutschen Drogenpolitik hat der Deutsche Bundestag am 5.11.2014 selbst geliefert: Es wurden zehn Expert_innen in seinen Gesundheitsausschuss zur Anhörung eingeladen, um über eine Eingabe der Fraktion der Linken und Bündnis90/Die Grünen zum Umgang mit Cannabis sowie die Notwendigkeit einer Neubewertung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zu beraten. Es handelte sich um einen Antrag, der den zentralen Vorschlag der im Jahr 2013 veröffentlichten Resolution deutscher Strafrechtsprofessor_innen aufnahm.¹ Von den zehn Expert_innen forderten im Rahmen der erwähnten Anhörung neun eine Überprüfung des BtMG und damit eine überparteiliche Enquete-Kommission. Selbst die Expertinnen und Experten, die von CDU, CSU und SPD bestellt worden waren, haben – bis auf eine Ausnahme – dieser Forderung zugestimmt. Es scheint sich unter Fachleuten ein neuer Konsens zu bilden, der darin besteht, dass das BtMG nach wissenschaftlichen Kriterien neu beurteilt werden muss.

Letzteres ist auch ein Beleg dafür, wie sich in den letzten Jahren die Koordinaten der Fachwelt geändert haben: Nachdem die Forderung nach weitgehender Entkriminalisierung noch vor nicht allzu langer Zeit eine auf bestimmte Disziplinen beschränkte Minderheitenmeinung war, sprechen sich immer mehr Expert_innen aus sämtlichen relevanten Fachgebieten für diese aus. Dazu gehören neben Fachleuten aus Sozialwissenschaft, Pädagogik und Rechtswissenschaft z. B. auch solche aus der Praxis der Suchtbehandlung, Psychiatrie und Strafverfolgung. Beiträge von Expert_innen aus all diesen Bereichen sind im vorliegenden Bericht nachzulesen.

¹ <http://www.bundestag.de/blob/342476/14c62607b4b190d1883bc3749c47210f/protokoll-data.pdf> (letzter Zugriff: 18.04.2015).

Abschließend sei an dieser Stelle auf einige aus unserer Sicht zentrale Themen verwiesen, die im diesjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht zur Sprache kommen:

- Das Phänomen der neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) mit all ihren gefährlichen Nebenwirkungen zeichnet sich immer stärker als Nebeneffekt der Prohibition selbst ab.
- Noch immer existieren in Deutschland so weitgehende Werbemöglichkeiten für legale Drogen (Alkohol und Tabak) wie in kaum einem anderen europäischen Land.
- Drug Checking als Maßnahme zur Schadensminimierung wird angesichts giftiger Verunreinigungen und wilder Schwankungen von Wirkstoffgehalten in Ecstasy und Cannabis immer dringender erforderlich.
- Es stellt sich die Frage, ob die unter großem öffentlichem Druck angekündigte Neuregelung der Verwendung von Cannabis als Medizin ein für betroffene Patient_innen zufriedenstellendes Ergebnis hervorbringen wird.
- Die Abgabe medizinischer Kompetenz an Laien durch die Vergabe von Naloxon an Opiatkonsumierende ist in Deutschland überfällig, um in akuten Überdosierungssituationen Leben zu retten.
- Drogenkonsumierende sind im Rahmen neoliberaler Stadtpolitiken der Verdrängung aus Innenstädten ausgesetzt. Auf diese Weise werden öffentliche Räume ohnehin marginalisierten Gesellschaftsgruppen weiter verschlossen.

Als übergreifende Konsequenz der betrachteten Problembereiche ergibt sich die Forderung nach einer Überarbeitung des BtMG, die die Konsumierenden und ihr gesundheitliches wie gesellschaftliches Wohlergehen in den Mittelpunkt rückt sowie eine informierte Selbstbestimmung des Konsums ermöglicht.

Frankfurt am Main, 17. Mai 2015

Prävention,
Schadensminimierung und
Behandlung – sachlich und
menschenwürdig gestalten

1

1.1 | „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ – ein hilfreicher Beitrag zur Qualitätssicherung aus Sicht der Praxis?

Hermann Schlömer

Zusammenfassung

Nach Darlegung der Vorgeschichte wird in diesem Beitrag das 2014 veröffentlichte „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention“ zusammenfassend vorgestellt und aus Sicht der suchtpreventiven Praxis eine Stärken-Schwächen-Analyse dieses Memorandums vorgenommen. Abschließend werden Empfehlungen für die weitere Qualitätssicherung der Suchtprävention formuliert.

Zur Vorgeschichte

Dass Maßnahmen der Suchtprävention sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses zu legitimieren haben, erwarten öffentliche und private Auftraggebende und Förder_innen zunehmend. Aus dem Forschungsbereich ist zudem in den letzten Jahren verstärkt die Forderung zu hören, auch Suchtprävention müsse analog zur Medizin evidenzbasiert vorgehen und dürfe daher nur Maßnahmen durchführen, für die Erfolge mittels randomisierter Kontrollstudien (RCT's) nachgewiesen wurden. Diese, sich an dem medizinischen „Level of Evidence Model“ orientierende Forderung erhielt insbesondere Aufwind durch die Forschungsberichte von Babor et al. (2010) sowie Korczak (2012), in denen sie der verhaltensbezogenen Alkoholprävention fehlende Evidenzbasierung und Unwirksamkeit vorwarfen.

Auch wenn die Notwendigkeit einer stärkeren Evidenzorientierung der Suchtprävention unter Praktiker_innen mittlerweile weitgehend unbestritten ist, stellen sich viele Fachkräfte der Suchtprävention jedoch die Frage, ob das medizinische Evidenzmodell für die Weiterentwicklung der Effektivität sowie der Qualitätssicherung der zumeist pädagogisch ausgerichteten Suchtprävention tauglich ist. Unterstützt werden sie in dieser kritischen Haltung von praxisnahen Forscher_innen, die die Studien von Babor et al. sowie von Korczak wegen methodischer Mängel sowie derer pauschalen Schlussfolgerungen kritisieren und/oder eine einfache Übertragung des medizinischen Modells der Evidenzbasierung auf die Suchtprävention als falsch bewerten (Baumgärtner 2011; Bühler 2013; Bühler/Thrul 2013; Uhl 2008, 2013).

Insbesondere zur Klärung dieser kontrovers diskutierten Frage hatte das Bundesministerium für Gesundheit 2013 die Organisation und Durchführung einer fünftägigen, interdisziplinären Expert_innenklausur mit Wissenschaftler_innen und suchtpreventiven Praktiker_innen ausgeschrieben. Die Klausurergebnisse sollten in einem Memorandum veröffentlicht werden. Den Zuschlag erhielt das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW. Die Klausur, an der 11 Wissenschaftler_innen und 2 Vertreter der Praxis teilnahmen, fand im Februar 2014 in Köln statt.

Das Memorandum

Das im Folgenden kurz vorgestellte und aus Sicht der Praxis diskutierte „Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen“ wurde bereits auf einigen Fachtagungen vorgestellt und erschien im Sommer 2014 in Form einer kleinen Broschüre. Es sei, so die Autor_innen, für die Evidenzbasierung der Suchtprävention ein Diskussionsanstoß und „erster Meilenstein, aber nicht das letzte Wort“ (Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“: 25).

Die Basis: Verständnis von evidenzbasierter Suchtprävention

Das Memorandum beginnt mit einer Analyse der Diskussion zur Evidenzbasierung der Suchtprävention. Zwei Schwachstellen werden beschrieben. Das medizinische Konzept der Evidenzbasierung sei ohne ausreichende Reflexion und verbunden mit überzogenen Erwartungen auf die Suchtprävention übertragen worden. Abgesehen davon würden in vielen Veröffentlichungen Evidenzbasierung und Evidenzgenerierung unzureichend unterschieden und infolgedessen generell die Erbringung von Wirkungsnachweisen für alle Maßnahmen der Suchtprävention gefordert. Das sei „weder semantisch korrekt noch inhaltlich sinnvoll“ (ebd.:7). Aus dieser Analyse wird dann folgende „Arbeitsdefinition der evidenzbasierten Suchtprävention“ als Grundlage für das Memorandum abgeleitet:

„Evidenzbasierte Suchtprävention entspricht der gewissenhaften, vernünftigen und systematischen **Nutzung** der gegenwärtig bestmöglichen theoretisch und empirisch ermittelten wissenschaftlichen Erkenntnisse als auch des Praxiswissens sowie des Wissens der Zielgruppen für die Planung, Implementierung, Evaluation, Verbreitung und Weiterentwicklung von verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen. Die **Generierung** neuen Wissens für evidenzbasierte Suchtprävention erfolgt im Kontext von Forschung und Praxis“ (ebd.: 8).

Möglichkeiten und Grenzen der Evidenzbasierung für die Suchtprävention

Nachvollziehbar werden deutliche inhaltliche Unterschiede zwischen kurativer Medizin und Suchtprävention (wie z. B. auf der Zielebene Heilung/Linderung versus Risikoreduktion und Schutzfaktorenstärkung) sowie methodische Unterschiede in der Evidenzgenerierung (wie z. B. leichte versus schwierige Rekrutierbarkeit von Kontrollgruppen) herausgearbeitet (ebd.: 9 -12). Darauf aufbauend werden neben der Klärung wichtiger ethischer Fragen sowie der Dokumentation des Vorgehens und der Erfahrungen drei Dimensionen für evidenzbasiertes Handeln in der Suchtprävention beschrieben:

- eine konzeptionell fundierte Begründung für Maßnahmen, die sich auch auf Kontextwissen stützt,
- eine Konzept- bzw. Maßnahmenrealisierung, die die Erreichbarkeit und Akzeptanz der Zielgruppen verfolgt sowie für die notwendige Qualifikation der für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlichen suchtpreventiven Fachkräfte und Multiplikator_innen sorgt,
- eine Bewertung und schlussfolgernde Bilanzierung der erwarteten und unerwarteten Maßnahmeneffekte vor allem durch Selbstevaluationen (ebd.:13 f.).

Für die Evidenzgenerierung sei von der Suchtpräventionsforschung zu beachten:

- die mit der Praxis zu klärende Relevanz und Machbarkeit von Forschungsvorhaben,
- Bewertung nicht nur von Konsum- und Verhaltenseffekten, sondern auch von Effekten auf empirisch begründete Risiko- und Schutzfaktoren für die Suchtentwicklung,
- die praktische Umsetzbarkeit von Konzepten und Methoden geplanter suchtpreventiver Interventionen,
- die Anwendbarkeit von Maßnahmen „außerhalb der (restriktiven) Bedingungen von Studiendurchführungen“
- und Nachhaltigkeit positiv evaluierter Projekte durch langfristigen Einsatz und Dissemination in der Praxis (ebd.: 14-18).

Das Memorandum beleuchtet auch Grenzen und Probleme für eine Evidenzbasierung und -generierung in der Suchtprävention. Folgende Hinweise haben eine besondere Relevanz für die suchtpreventive Praxis:

- Konkurrierende Einflüsse wie beispielsweise die omnipräsente Alkoholwerbung, die die Wirksamkeit einer Intervention beeinträchtigen und eine eigentlich erfolgreiche Maßnahme als unwirksam erscheinen lassen kann („Wirkfaktorenverdeckung“).
- Die Vorenthaltung einer potenziell wirksamen Maßnahme für eine Kontrollgruppe kann ethisch unverantwortlich sein.
- Minderwertige Evaluationen erbringen keine Effektnachweise und können eine Beendigung betroffener Maßnahmen verursachen, obwohl sich diese möglicherweise im Rahmen hochwertiger Studien als wirksam herausstellen könnten.

- Suchtpräventionsprojekte, die bislang nicht erforscht worden sind, werden vor-schnell und fälschlicherweise als wirkungslos abgewertet.
- Suchtpräventive Fachkräfte lehnen manualisierte Präventionsprogramme wegen befürchteter Einschränkungen ihrer Handlungsfreiheit ab. Das hemmt eine pro-grammtreue Umsetzung erfolgreicher Maßnahmen (ebd.: 19 – 22).

Handlungsempfehlungen

Für die Verbesserung der Evidenzbasierung in der Suchtprävention empfiehlt das Memorandum:

- *eine bessere Zusammenarbeit von Forschung und Praxis bei klarer Aufgabenteilung*
Das betrifft die Verständigung über Dimensionen, Inhalte, Vorgehen, Wertefragen und Aufgabenverteilung. Ein solcher fachlicher Austausch sollte in einem verbindlichen Rahmen (z. B. Qualitätszirkel) kontinuierlich stattfinden.
- *eine praxisnahe Forschung*
Das betrifft u.a. ein stärkeres Aufgreifen praxisrelevanter Fragestellungen und deren Untersuchungen unter Praxisbedingungen.
- *eine Optimierung der Suchtpräventionspraxis*
Das betrifft die Erhöhung sowohl der Akzeptanz für evidenzbasierte Suchtprävention als auch des Einsatzes evidenzbasierter Programme durch Aus- und Fortbildung der Fachkräfte, die verstärkte Nutzung tauglicher Instrumente zur Konzeptbegründung und -realisierung (z. B. ZOPP der BZgA) sowie zur Recherche von evidenzbasierten Maßnahmen (z. B. Projektdatenbanken und Bewertungsinstrumente wie EDDRA (Exchange on Drug Demand Reduction Action) oder die Grüne Liste Prävention), die Entwicklung und Anwendung eines einheitlichen qualitativ hochwertigen Bewertungsinstrumentes, die verbesserte Vernetzung mit anderen Präventionsbereichen (z. B. Gewaltprävention) und die Absicherung einer langfristigen Finanzierung der Fachstellen.
- *eine Veränderung der Forschungsförderung*
Das betrifft realisierbare Anforderungen (bzgl. Stichproben, Zugänge, Laufzeit etc.) und die Ermöglichung von Pretests, Machbarkeits- bzw. Pilotstudien und Untersuchungen langfristiger Wirkungen bei Ausschreibungen und Projektförderungen sowie die regelhafte Finanzierung der Praxisaufwendungen im Rahmen von Forschungsprojekten zur Erhöhung der Akzeptanz von Forschungstätigkeiten in der Praxis (ebd.: 23 f.).

Das Memorandum aus Sicht der Praxis

Angesichts der völlig unzureichenden Beteiligung von Expert_innen aus der suchtpräventiven Praxis an der Klausur ist es, abgesehen von einigen Unzulänglichkeiten, eine sehr erfreuliche Überraschung, wie sehr das Memorandum kritische Positionen aus der Praxis zur Übertragung des medizinischen Level-of-Evidence-Modells auf die Suchtprävention übernimmt bzw. unterstützt.

Seine Stärken

Folgende Stärken des Memorandums sind hervorzuheben:

- die weitgehende Praxistauglichkeit der Definition von evidenzbasierter Suchtprävention durch Einbeziehung des Praxis- und Zielgruppenwissens als wichtige Evidenzquellen,
- die Zurückweisung der Anforderung, für die Evidenzbasierung der Suchtprävention müsse für jede suchtpreventive Maßnahme ein Wirkungsnachweis möglichst durch aufwändige RCTs vorliegen oder erbracht werden, als unrealistisch,
- das Plädoyer für Evaluationsdesigns, die neben Konsum- und Verhaltenseffekten auch Effekte auf Schutz- und Risikofaktoren prüfen sowie die Implementation und Dissemination erfolgreicher Projekte untersuchen und fördern,
- die Betonung wichtiger Rahmen- und Gelingensbedingungen für erfolgreiche Suchtprävention,
- die konkrete Benennung ökonomischer, ethischer und methodischer Grenzen für die Evidenzbasierung der Suchtprävention. Das gilt auch für die von Uhl übernommene Kritik an der wissenschaftlich unzulässigen Gleichsetzung „kein gut belegter Erfolgswachweis“ = „nachgewiesene Unwirksamkeit“ (Uhl 2008: 178 f.).
- die Empfehlungen für eine Zusammenarbeit von Praxis und Forschung auf Augenhöhe sowie für die Entwicklung und den Einsatz eines hochwertigen Instruments zur Güteprüfung suchtpreventiver Programme und Projekte.

Seine Schwachstellen

Die im Folgenden skizzierten Defizite des Memorandums sind vermutlich zu einem großen Teil den Ausschreibungsvorgaben und der mangelnden Beteiligung von Praktiker_innen an der Erstellung geschuldet:

- a) Qualitätssicherung erfordert mehr als Evidenzbasierung. Der Schwerpunkt des Memorandums liegt doch etwas zu einseitig auf der Konzept- und Ergebnisqualität. Der Bedeutung von Struktur- und Prozessqualität für die Qualitätssicherung der Suchtprävention wird zu wenig Rechnung getragen. Dazu gehören nämlich auch systematische Bedarfserschließungen vor Eintritt in Maßnahmenplanungen, die Definition von präzisen Zielen, Controlling der Maßnahmenplanung und -durchführung. Auch folgende Gütekriterien und Gelingensbedingungen müssen erfüllt sein: eine hohe Motivation und angemessene Haltung der Durchführenden, eine vertrauensvolle Beziehung der pädagogischen Fachkräfte zu ihren Adressat_innen, die Glaubwürdigkeit von Botschaften und Botschafter_innen, die didaktische Qualität der Programme, Maßnahmenakzeptanz bei Adressat_innen und Durchführenden.
- b) Zusätzlich zu den im Memorandum geschilderten Grenzen und Problemen für die Evidenzbasierung der Suchtprävention sollten auch noch weitere Klippen bei der Planung und Bewertung von empirischen Forschungsvorhaben und -ergebnissen sowie bei Schlussfolgerungen aus Forschungsbefunden für die Praxis berücksichtigt werden:

- In nicht experimentellen offenen Systemen wie Schulen, der Jugendhilfe, etc. können auch im Rahmen von Kontrollgruppenstudien schwer kontrollierbare „Störvariablen“ auftreten und die Ergebnisse beeinflussen. Der vorherrschende Einsatz quantitativer Messmethoden wird der Vielzahl und komplexen Verknüpfung von Einflussfaktoren auf Einstellungen und Verhaltensweisen nicht immer gerecht und kann zu trügerischen Ergebnissen und Schlussfolgerungen führen (Baumgärtner 2011).
- Wenn sich Moden, Kulturen, Normen und Lifestyle-Präferenzen vor allem in der Jugendphase relativ schnell ändern, sich Lebensbedingungen oder z. B. schulische Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention wandeln, dann erweisen sich ältere Evaluationsbefunde als flüchtig und instabil.
- Die Grenzen des Messbaren in der Suchtprävention werden zuweilen als Grenzen des Machbaren definiert. Dadurch werden innovative Ansätze bereits im Entstehungsprozess `erstickt` (Baumgärtner 2011).

Die größte Schwäche des Memorandums besteht meiner Auffassung nach in einer latenten Überforderung der Suchtpräventionspraxis. Es stellt sich nämlich die Frage, wie dort vor allem die Sichtung und Nutzung des empirischen Wissens, seine systematische und angemessene Verknüpfung mit dem Wissen aus der Praxis, von Zielgruppen und über Kontexte bei Entwicklung bzw. Auswahl jeder Maßnahme und deren Durchführung im laufenden Arbeitsalltag eigentlich geleistet werden soll. Das betrifft auch die enge Zusammenarbeit mit der Suchtforschung in Qualitätszirkeln im Rahmen des Alltagsgeschäftes.

Empfehlungen für Praxis, Forschung und Politik

- a) Das Memorandum offensiver verbreiten, mit Praktiker_innen und Forscher_innen diskutieren und Verbesserungsanregungen für eine Überarbeitung sammeln und nutzen.
- b) Soweit wie möglich in der suchtpreventiven Praxis positiv und methodisch seriös evaluierte Maßnahmen oder solche einsetzen, die sich an den Qualitätsmerkmalen erfolgreicher Maßnahmen orientieren.
- c) Methodenkritisch Evaluationen planen und bewerten. „Schon evaluiert!“ oder „Wird evaluiert!“ ist allein noch kein Qualitätsmerkmal, wie es u. a. die Liste der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen nahelegt.
- d) Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen, hochwertigen Bewertungssystems für suchtpreventive Programme/Projekte im Rahmen eines von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderten Qualitätszirkels unter Beteiligung anerkannter Expert_innen für Suchtprävention aus Praxis und Forschung,
- e) Aufbau und Leitung einer bundesweiten Agentur für Qualitätssicherung der Suchtprävention durch die BZgA, in der Forscher_innen und Praktiker_innen aktuelles Forschungswissen bündeln, für den Transfer dieses Wissens in die Praxis sorgen, laufende oder dazu eingereichte Projekte einer Qualitätsprüfung unterziehen und Empfehlungslisten für Projekte der Praxis zur Verfügung stellen.

Literatur

- Babor, T. et al. (2005): Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik, Göttingen.
- Baumgärtner, T. (2011): Qualität in der Suchtprävention (Thesenpapier zur Verteidigung der Evidenzorientierung gegen ihre Verächter und Verfechter), Hamburg.
- Bühler, A. (2013): Stellungnahme zum HTA-Bericht „Föderale Strukturen der Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen“ (Addendum 112a, zur Beurteilung der Wirksamkeit der Alkoholprävention in Deutschland), München.
- Bühler, A./ Thrul, J. (2013): Macht die Verhältnisprävention die Verhaltensprävention überflüssig? – Forschungsbefunde zum Nutzen der Alkoholprävention (Interview), in: Suchttherapie 3, 12-13.
- BZgA (Hrsg.) (2011): Planungs- und Dokumentationsbogen ZOPP, Köln.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.– DHS(Hrsg.) (2010): Evaluierete Programme der Suchtprävention in Deutschland, Hamm/Westf.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.– DHS (Hrsg.) (2014): Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft, Hamm/Westf.
- Experten- u. Expertinnengruppe „Kölner Klausurwoche“ (2014): Memorandum Evidenzbasierung in der Suchtprävention – Möglichkeiten und Grenzen, Köln.
- Hanewinkel, R./Morgenstern, M. (2013): Prävention in Deutschland: Was wir haben, was wir brauchen, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. – DHS (2013): Jahrbuch Sucht 2013, Geesthacht, 252-258.
- Hanewinkel, R./Morgenstern, M. (2013): Evidenzbasierung der Suchtprävention-Pro, Suchttherapie 14:3, 110-111.
- Korczak, D. (2013): Ist der Erfolg von Alkoholpräventionsmaßnahmen mess- und evaluierbar?, in: Suchttherapie 14:3, 114-118.
- Schlömer, H. (2012): Evidenzbasierte Suchtprävention – Aufforderungen und Notwendigkeiten, Reichweite und Grenzen, in: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Qualität in der Suchtprävention (Dokumentation der Fachtagung am 2. und 3. Mai 2011 in Dresden), Dresden, 12-19.
- Schlömer, H./Kalke, J. (2013): Bewertungs- und Klassifikationsinstrumente für die Suchtprävention: Aktueller Stand und zukünftige Herausforderungen, in: Suchttherapie 14: 3,121-127
- Uhl, A. (2007): Kriterien der Evaluation in der Suchtprävention, in: Prävention 4/2007, 120-125.
- Uhl, A. (2008): Suchtprävention zwischen Paternalismus und Emanzipation: Ethische Reflexionen, in: Suchttherapie 9: 4, 177-180.
- Uhl, A. (2013): Evidenzbasierung der Suchtprävention-Kontra, Suchttherapie 14: 3,112-113.

1.2 | Schadensreduktion bei Alkohol und anderen Drogen als Interventionsbereich systematisch entwickeln

Peter Degkwitz

Zusammenfassung

Zur Implementierung von schadensreduzierenden Maßnahmen fehlt in Deutschland eine systematische Übersicht. Es fehlt es an einer (kontinuierlichen) Bestandsaufnahme über die Reichweite und Effekte und damit der Qualität bestehender schadensreduzierender Interventionen. Das gilt insbesondere für die soziale und gesundheitliche Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen jenseits der Suchthilfe und -behandlung. Drogenpolitische Strategien bzw. Aktionspläne haben hier Lücken.

Eine wichtige Voraussetzung zur Verbesserung der Situation wird in einer Betrachtung von substanzbezogenen Interventionen unabhängig von der Zersplitterung des Hilfesystems gesehen. Vorbild könnte dabei das englische System der „Models of Care“ sein.

Ausgehend von diesem Modell werden die Interventionen zur Schadensreduktion als Ausgangspunkt ausgeführt. Anschließend werden für diese Interventionen jeweils die verschiedenen Settings der Versorgung über die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe hinaus, wie Bereiche des Gesundheitswesens, der sozialen Dienste oder des Justizsystems benannt, in denen sie implementiert werden sollten. Die Trennung von Interventionen und Settings ermöglicht so die drogenpolitische Verständigung darüber, welche Interventionen (etwa Spritzenaustausch, Safer-Use-Informationen oder HCV-Prä-Post-Beratung) in welchen Settings für welche Zielgruppe angeboten werden sollen.

Abschließend werden Schritte zur Entwicklung eines entsprechenden Systems der gesundheits-/drogenpolitischen Steuerung bezogen auf die bundesdeutsche Situation erörtert.

Bedeutung der Thematik für den Suchtbericht

Die Thematik der Schadensreduktion bei Alkohol und Drogen wird im Folgenden für den alternativen Drogen- und Suchtbericht aufbereitet, weil sie drogenpolitisch sowie für die Verbesserung der Versorgung von exemplarischer Bedeutung ist. Hierbei geht es um die praktische Implementierung einer drogenpolitischen Konzeption, also darum, den Zugang und die Reichweite schadensreduzierender Interventionen für die Betroffenen zu erweitern.

Die breite Implementierung von schadensmindernden Maßnahmen stehen seit Anfang der 1990er Jahre für einen Paradigmenwechsel jenseits des Abstinenzgebots

und für eine entscheidende Verbesserung der Versorgung bezogen auf die Gruppe der Opiatabhängigen. Im Verlauf der 1990er Jahre wurden ärztliche Substitutionsbehandlung² und niedrigschwellige Angebote wie Spritzentausch, Kontaktläden bis hin zu Konsumräumen implementiert. Sie ergänzen sich und gehören zum Gesamtpaket der Schadensreduktion.

Aufgrund der Versäulung der Versorgung (medizinischer Sektor, kommunale Drogenhilfe, Rentenversicherung, Sozialhilfe) und entsprechend zersplitterter Zuständigkeiten für Implementierung und deren Kontrolle fehlt eine Planung bzw. Koordination der Suchtversorgung auf der Bundes-, Länder- oder regionalen/kommunalen Ebene (Böhl/Koch et al. 2010). Somit fehlt es an einer (kontinuierlichen) Bestandsaufnahme über die Reichweite und Effekte und damit der Qualität bestehender schadensreduzierender Maßnahmen entsprechend der Bedarfslagen der Zielgruppen.

Bei Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation ist aktuell vermutlich die Konzeption der Schadensreduzierung für illegale Drogen (insbesondere Opiate) besser umgesetzt als für Alkohol (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2014). Aber auch hinsichtlich der schadensreduzierenden Maßnahmen bei Opiaten bestehen offene Fragen: Konsumräume verbreiten sich nicht in den Städten mittlerer Größenordnung, Spritzentausch stagniert (bzw. ist rückgängig), die HCV-Prävention ist bislang nicht durchschlagend (Stöver et al. 2014). Die Gründe dafür dürften vielfältig sein – so könnte der Rückgang beim Spritzentausch mit der Verbreiterung des Zugangs über Apotheken zusammenhängen oder der Bedarf für Konsumräume außerhalb von Metropolen geringer sein. Hier fehlt die Basis für eine fachpolitische Diskussion und eine möglicherweise erforderliche Umsteuerung.

Die Schwierigkeiten zeigen sich auch bei der Übertragung der Konzeption der Schadensreduktion (und des erforderlichen niedrigschwelligen Zugangs) bei Störungen in Verbindung mit Alkohol (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Gesundheitspolitisch ist der frühe, niedrigschwellige Zugang zu wirksamen schadensreduzierenden Interventionen (wie der motivierenden Kurzintervention in verschiedenen sozialen und medizinischen Settings) gerade bei Alkohol von strategischer Bedeutung. Das ist seit Jahren bekannt, aber an dem unbefriedigenden Zustand ändert sich bislang praktisch zu wenig.

Die Gründe für die Situation sind vielfältig. Einer der Gründe, der hier herausgearbeitet wird, besteht darin, dass es bislang keine effektiven Hebel der Steuerung, der systematischen Implementierung evidenzbasierter, schadensreduzierender Interventionen sowie der Kontrolle der Umsetzung (Indikatoren für Qualität und Reichweite) gibt. Es bestehen hier zwar drogenpolitische Zielsetzungen bzw. Vorgaben (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012), für deren Realisierung jedoch hauptsächlich die Länder bzw. Kommunen zuständig sind.

Diese Problematik besteht besonders für den Bereich der Schadensreduktion – weniger für Bereiche wie Suchtberatung oder die Entwöhnungsbehandlung. Hier bestehen Ansätze wie länderspezifische Monitoringsysteme, die teilweise bundesweit integriert sind (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014).³

² Alle Aspekte der Substitutionsbehandlung können hier nicht behandelt werden.

³ Übersichten sind auch in anderen Bereichen der Suchtbehandlung mangelhaft. Die beste Übersicht über die Substitution besteht aktuell durch das Substitutionsregister – aber auch sie ist für Steuerung unzureichend. Für die Entgiftungsbehandlung fehlen drogenpolitisch relevante Übersichten vollständig.

Erforderlich ist ergänzend ein (politisches) System zur Initiierung und Begleitung der Implementierung und der Bilanzierung/Qualitätsentwicklung für schadensreduzierende Maßnahmen. Die Entwicklung eines entsprechenden Routinesystems ist eine langfristige strukturelle Thematik, die daher im „Alternativen Drogen- und Suchtbericht“ kontinuierlich zu verfolgen ist.

Der Thematik wird im Folgenden exemplarisch für Interventionen zur Schadensreduktion ausgehend von der bestehenden Versorgungssituation substanzbezogener Störungen in Deutschland nachgegangen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass wir in Deutschland daran gewöhnt sind, Interventionen im Rahmen der Säulen (kommunale Sucht- und Drogenhilfe, ambulante und stationäre Suchtbehandlung im Gesundheitssystem, Entwöhnungsbehandlung in der Rehabilitation oder Eingliederungshilfe nach dem SGB) zu betrachten. Dabei sind schadensreduzierende Interventionen bislang hauptsächlich eine Aufgabe der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Türk/Kröger 2000). Die Alternative besteht darin, nicht die Säulen, sondern die substanzbezogenen Interventionen als Ausgangspunkt zu nehmen, die spezifisch in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems und der sozialen Dienste bis hin zu Haftanstalten umgesetzt werden.⁴

Die Überlegungen für ein System der „kontinuierlichen Qualitätsverbesserung“ der Suchtversorgung am Beispiel der Schadensreduktion gehen von den Versorgungsmodellen der Nationalen Behörde in England (National Treatment Agency for Substance Misuse, National Health Services) aus. Diese Behörde ist für die Standards sowie die Koordination der Behandlung substanzbezogener Störungen zuständig (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006). Bezogen auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Schadensreduktion (Harm Reduction) gibt es ein System der Versorgungsplanung, der Steuerung und der Qualitätsbeurteilung (ebd.).

Substanzbezogene Interventionen zu Information und Schadensreduktion als Ausgangspunkt

Im Folgenden werden aus allen substanzbezogenen Interventionen⁵ nur diejenigen zu Information und Schadensreduktion aufgeführt. Es geht zunächst um die Interventionen und anschließend darum, wie sie in ein regionales Versorgungssystem (über die Suchthilfe hinaus) einzugliedern sind.

⁴ Historisch erklärt sich die aktuelle Situation daher, dass spezielle Einrichtungen erforderlich waren, um z. B. Spritzenaustausch zu realisieren.

⁵ Die Interventionen nach der englischen Nationalen Behörde sind: „Substance misuse related advice and information, Harm reduction interventions, Community prescribing interventions: GP prescribing and specialist prescribing, Structured day programmes, Structured psychosocial interventions, “Other structured treatment”, Inpatient drug treatment, Residential rehabilitation” (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006). Davon werden hier nur die ersten beiden Interventionen behandelt.

Substanzbezogener Ratschlag⁶ und Information

Substanzbezogene⁷ Beratung und Information sollen sich als Interventionen (u. a.) auf folgende Themen beziehen:

- Informationen zu verschiedenen Substanzen und ihren Effekten
- Tipps zum Stoppen bzw. zur Konsumreduktion von Substanzen
- Informationen zur Minderung von Schäden durch riskanten Substanzgebrauch (wie sicheres Injizieren, Minderung der Risiken von Überdosierungen)
- Informationen zu Hilfemöglichkeiten bei Problemen mit Substanzen
- Informationen zu Hilfemöglichkeiten für weitere Probleme (wie Schulden, Unterkunft, Sexualität)
- Informationen zu Suchtproblemen und Behandlung für Betreuer_innen der Klient_in,
- Partner_innen und Angehörige.

Für diese Interventionen werden Standards und vorrangige Zielgruppen sowie Settings für die Umsetzung (in und über die Suchthilfe und Suchtbehandlung hinaus) definiert:

- Die Informationen müssen für die potenziellen Empfänger_innen zugänglich und relevant sein (bezieht sich auf die geeignete Sprache, die einzubeziehenden Versorgungssegmente und mögliche Varianten für Zielgruppen, falls erforderlich).
- Ratschlag und Informationen sollten für alle Konsument_innen von Substanzen frei zugänglich und auf allen Ebenen des Suchtbehandlungssystems verfügbar sein.
- Die Träger_innen von Einrichtungen sollten sicherstellen, dass Beratung und Information in den verschiedenen Versorgungssegmenten (wie primärärztliche Versorgung, soziale Dienste) verfügbar sind.
- Die entsprechenden Interventionen sind in individuelle Behandlungspläne zu integrieren.
- Niedrigschwellige Einrichtungen, die Ratschlag und Information bereithalten, sollen verpflichtet werden, Trainings für Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens durchzuführen, um dort die Verfügbarkeit aktueller Informationen zu gewährleisten

(National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006).

Interventionen zur Schadensreduktion

Politiken, Programme, Einrichtungen und Aktivitäten zur Schadensreduktion zielen auf die Minderung von gesundheitlichen, sozialen sowie wirtschaftlichen und mit Substanzgebrauch einhergehenden Schäden für Betroffene, Familien und die Gesellschaft (WHO - UNODC - UNAIDS 2009). Die meisten Interventionen zur Schadensredukti-

⁶ Ratschlag (advice) ist ein im Deutschen nicht üblicher Begriff. Es geht um Rat und Tipps, wie sie in verschiedenen Sektoren der Versorgung verfügbar sein sollten. Dies ist abgegrenzt von Beratung (counseling) als einer strukturierten psychosozialen Intervention, die in der Regel auf Verabredung beruht.

⁷ Hier geht es um Schadensreduktion beim Konsum psychotroper Substanzen. Glücksspiel und nicht-stoffliche Süchte (wie Computerspiele oder Internet) sind hier nicht Thema.

on richten sich dabei besonders auf die Prävention von durch Blut übertragbare virale Infektionen (insbesondere HIV- und Hepatitis-Infektionen) und andere drogenbezogene Schäden wie Überdosierungen und Drogentod.

Ein Ansatz der Schadensreduktion geht davon aus, dass das zentrale Ziel von substanzbezogenen Interventionen darin besteht, mit Substanzgebrauch verbundene erhöhte Risiken mit verschiedenen Maßnahmen zu mindern – durch Reduzierung von gemeinsamer Spritzenutzung, Förderung der Beendigung von intravenösem Konsum (iv-Konsum), Opiatsubstitution für Heroinabhängige und Unterstützung der Abstinenz von illegalen Substanzen.

Schadensreduzierende Intervention zur Reduzierung von durch Blut übertragbaren viralen Infektionen und von Überdosierungen sollen umfassen:

- Spritzentausch – Vorhalten und Verteilung von Nadeln und Spritzen und weiteren Utensilien für iv-Konsum (wie Löffel, Filter, Zitronensäure) in einer Vielfalt von Settings
- Ratschlag und Unterstützung von Safer-Use, Reduzierung der iv-Konsum-Frequenzen und von Vermeidung des Einstiegs anderer in iv-Konsum
- Ratschlag und Information zur Vermeidung von durch Blut übertragene virale Erkrankungen (insbesondere Hepatitis A, B und C sowie HIV) und weiteren Infektionen in Verbindung mit Drogengebrauch
- Verfügbarkeit von jeweils angemessenem Ratschlag, Information und Beratung bei Testung viraler Hepatitiden und HIV (vor und nach Testung)
- Zugang zur Testung von durch Blut übertragene Virusinfektionen
- Vorhalten von Hepatitis A- und B-Impfung (meist in Verbindung mit anderen Einrichtungen)
- Zugang zu Diagnostik und Behandlung für Hepatitis B-, C- und HIV-Infektion
- Ratschlag und Unterstützung zur Vermeidung von Überdosierungen und drogenbezogenen Todesfällen
- Risikoabklärung und Vermittlung zu anderen Behandlungseinrichtungen

Kurzinterventionen

Auch für diese Interventionen geht es um Standards und die jeweiligen Settings der Implementierung:

- Schadensreduzierende Interventionen wie Spritzentausch, Ratschlag und Information zu Safer-Use, etwa Reduzierung von iv-Konsum und Prävention von Überdosierungen, sollten in der Kommune ebenso verfügbar sein wie niedrigschwellige, frei zugängliche Einrichtungen für Risikogruppen.
- Ratschlag und Information zur Schadensminderung soll in geeigneter Weise auch für Betreuer_innen/Bezugspersonen von Drogenkonsument_innen verfügbar sein.
- Einrichtungen für Drogenbehandlung sollen mit Einrichtungen für Hepatitis C-Behandlung zusammenarbeiten, um eine angemessene Hepatitis C-Versorgung für Drogengebraucher_innen sicher zu stellen.
- Drogenhilfe und Suchtbehandlungseinrichtungen sollen zusätzlich Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen des allgemeinen Gesundheitswesens entwickeln, damit Drogenkonsument_innen, die aufgrund von iv-Konsum das Risiko einer Hepatitis B-Infektion haben, Zugang zur Testung und Impfung bekommen.

- Impfprogramme sollen zugänglich sein für aktuelle iv-Konsument_innen, für Gefährdete hinsichtlich des Beginns von iv-Konsum sowie deren enge Kontaktpersonen mit möglichen Risiken (wie Sexualpartner_innen).
- Interventionen zur Schadensreduktion sollen in allen suchtspezifischen Hilfe- und Behandlungseinrichtungen verpflichtend (QS-Standards, Leistungsverträge) integriert sein, sodass diese Interventionen auf allen Ebenen in einem lokalen Behandlungsnetz verfügbar sind.
- Spriztentausch muss auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung auf der kommunalen Ebene möglich sein. Das umfasst Apotheken, medizinische Einrichtungen, aufsuchende Sozialarbeit, mobilen Spriztentausch, Unfallkrankenhäuser und Notfallaufnahmen.
- Schadensreduzierende Maßnahmen sollen auch in strukturierte Suchtbehandlungen entsprechend der Klient_innenbedarfe in Abstimmung mit den Klient_innen systematisch integriert werden.
- Alle ambulanten und stationären Suchtbehandlungseinrichtungen sollen als Teil ihrer Behandlungen spezielle Maßnahmen zur Schadensreduktion vorhalten, die auf die Reduktion von durch Blut übertragene Infektionserkrankungen und drogenbezogenen Todesfällen zielen.

(National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006, WHO - UNODC - UNAIDS 2009)

Die Situation in Deutschland hinsichtlich der Implementierung schadens-reduzierender Interventionen

Der Informationsstand zur Implementierung der dargestellten schadensreduzierenden Interventionen ist unzureichend. Ein System von Indikatoren für die Qualität bzw. die Reichweite der Interventionen besteht in Deutschland nicht einmal in Ansätzen.

Zwar sind Übersichten zum Spriztentausch, dem Zugang zu sterilen Sprizbestecken für spezifische Zielgruppen teilweise regional (etwa für Großstädte) verfügbar. Aber die Aufmerksamkeit hat nachgelassen. Inwieweit ein Rückgang von Spriztentausch mit veränderten Bedarfen oder verbesserten zusätzlichen Zugängen zu tun hat, ist nicht geklärt.

Die Anzahl niedrigwelliger Einrichtungen als erster Anlaufpunkt und für verschiedene Hilfen in Deutschland ist bekannt (ca. 300). Inwieweit diese Einrichtungen von ihrer Reichweite für verschiedene Zielgruppen genügen bzw. flächendeckend sind, bleibt dagegen offen (Leune 2014; Pfeiffer-Gerschel et al. 2014; Steppan et al. 2014).

HCV-Testung, Pre-Post-Beratung, Vermittlung in Testung und Behandlung sind wichtige Interventionen und vielfach genannte gesundheitspolitische Zielsetzungen im Bereich der Prävention und Infektionsprophylaxe. Es fehlen aber Übersichten zu implementierten Interventionen und deren Reichweite, die Schwachstellenanalyse oder Beispiele erfolgreicher Ansätze und deren Verbreitung (Stöver et al. 2014).

Es gibt in Deutschland aktuell 24 Konsumräume in 15 Städten (Schäffer/Köthner 2014). Näherungsweise ist die Zahl von Konsumeinheiten bzw. die Zahl erreichter Drogengebraucher_innen bekannt (Köthner et al. 2011). Die Angemessenheit des

Angebots für Szenen ist unklar. Die Frage der Erweiterung entsprechender Angebote über die bisherigen Städte hinaus oder für weitere Zielgruppen zum Beispiel von Alkoholabhängigen ist bislang ein Randthema.

Die Liste dieser offenen Fragen zum Stand der Implementierung von Interventionen zur Schadensreduktion ließe sich fortsetzen.

Gleichzeitig sind die Interventionen und ihre Standards definiert und weitgehend bekannt – bei Kostenträgern und Versorgenden (Türk/Kröger 2000). Die entsprechenden Interventionen sind Teil von Vereinbarungen und Verträgen. Zusätzlich ist das drogenpolitische Erfordernis der breiten Implementierung Programm (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Aber mit den bestehenden drogenpolitischen Instrumenten sind die Versorgungslücken nicht zu schließen.

Noch problematischer wird es, wenn wir nicht nur die schadensreduzierenden Interventionen, sondern die Interventionen pro Setting betrachten. Dabei sind – gerade für das Vorhalten schadensreduzierender Interventionen – alle wichtigen Settings der sozialen und gesundheitlichen Dienste in den Blick zu nehmen. Solche Settings wären (außerhalb des spezialisierten Systems der Versorgung substanzbezogener Störungen wie Kontaktläden, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Entzugsstationen bis hin zu Entwöhnungseinrichtungen):

- die primär- und fachärztliche Versorgung
- soziale Dienste, Jugend- und Familienhilfe
- Arbeitsagenturen
- Einrichtungen der Eingliederungshilfe, sozialpsychiatrische Dienste
- Krankenhausabteilungen wie psychiatrische Kliniken, Unfall- und Notfallstationen, Chirurgische
- Abteilungen, Innere Medizin
- sowie Pflege, Selbsthilfe und e-health.

In jedem Bereich ginge es um die Verständigung über geeignete Interventionen, Zuständigkeiten, das Vorhalten ausgewählter Interventionen und um die Erreichung definierter Zielgruppen (und entsprechende Indikatoren für Qualität) als Grundlage für Strategien und Aktionspläne.

Dann könnten suchtpolitische Zielsetzungen in Settings präzisiert und adäquat umgesetzt werden, was angesichts der Unterversorgung in diesem gesundheitsökonomisch zentralen Bereich erforderlich ist.

Die Aufgabenstellung

Es geht darum, schrittweise die Basis für ein System der gesundheits-/drogenpolitischen Steuerung zu schaffen. Das ist besonders für den Bereich der Interventionen zur Schadensreduktion eine Herausforderung. Bei anderen Interventionen (wie Beratung, Entgiftung, Substitution, stationäre Entwöhnung) ist die Situation günstiger (Pfeiffer-Gerschel et al. 2014) – wenn auch nicht befriedigend.

Lösungen des genannten Problems sind unter der bestehenden Ausgangssituation nicht in einem “großen Wurf“, sondern nur langfristig zu erreichen. Dabei scheinen folgende Aspekte zentral:

▪ **Konzeptionelle Aspekte**

Standards für Interventionen liegen vor (Türk/Kröger 2000). Die aktuellen Schwierigkeiten in der Beschreibung von Leistungen liegen darin, dass die Interventionen häufig mit den Settings, in denen sie erbracht werden, vermengt bzw. auf Settings reduziert werden. Das gilt – bedingt durch die Entwicklung der Interventionen – besonders für Standards und Leitlinien zur Schadensreduktion.

Eine wichtige Klärung bestünde darin, wie international üblich (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006, WHO - UNODC - UNAIDS 2009), zunächst die schadenreduzierenden Interventionen für substanzbezogene Störungen zu definieren.

Entsprechende Standards und Leitlinien haben den Sinn, das Verständnis, die Zielgruppen, Settings für die Angebote und entsprechende Qualitätsstandards zu klären.

Interventionen sind danach bezogen auf Settings zu implementieren.

Ein Schritt in diese Richtung wird von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen bei den Vorschlägen zum „regionalen Behandlungsverbund“ gegangen. Dort sind „Hilfsegmente“ (z. B. Beratung) benannt, die in verschiedenen Settings des Verbundes angeboten werden (Böhl et al. 2010).

▪ **Versorgungsplanung im regionalen Rahmen**

Unter den bundesdeutschen Rahmenbedingungen ist es nicht möglich (und vermutlich auch nicht sinnvoll) ein System der Steuerung für die angemessene Implementierung schadenreduzierender Interventionen auf Bundesebene zu konzipieren. Die relevanten Einheiten dürften dafür die Länder oder Regionen sein.

Es geht um säulenübergreifende Verbundsysteme oder Netze, in denen die Versorgung von Personen mit substanzbezogenen Störungen angemessen geplant wird. Erst auf dieser Ebene können Ziele für die Versorgung zwischen den Beteiligten (Kostenträger, Versorger, Betroffene) nicht nur definiert, sondern auch umgesetzt (Kooperation und Koordination) und hinsichtlich der erreichten Qualität kontrolliert werden. Hierzu gibt es seit Jahren auf Länderebene bzw. in Regionen Bemühungen und konkrete Ansätze (Böhlet al. 2010), die systematisch zu befördern sind.

In einem solchen Rahmen können geeignete Systeme der Qualitätssicherung und -entwicklung zur Schadensreduktion implementiert werden, wie sie international vorgeschlagen werden (National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS 2006, WHO - UNODC - UNAIDS 2009).

▪ **Integration von Datengrundlagen**

Die aktuell verfügbaren Datengrundlagen zur Versorgung substanzbezogener Störungen beziehen sich hauptsächlich auf strukturierte Beratung im Bereich der ambulanten und stationären spezialisierten Suchtkrankenhilfe (Steppanet al. 2014). Daten aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung gibt es für strukturierte Interventionen (wie Entgiftung, Substitution) (Pfeiffer-Gerschelet al. 2014). Für Interventionen zur Schadensreduktion außerhalb der dafür spezialisierten Einrichtungen liegen keine Informationen vor.

Ein System der Qualitätssicherung erfordert dabei nicht unbedingt neue Daten, sondern eine partielle Integration von Daten der Suchthilfe (Deutsche Suchthilfestatistik – DSHS) mit Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie der Kassen-

ärztlichen Vereinigungen (KV). Hierzu bestehen mit §135a SGB V zur Qualitätssicherung Voraussetzungen, die bislang nicht genutzt sind.

Die Begleitung dieser Schritte sollte eine Rubrik zukünftiger Alternativer Sucht- und Drogenberichte sein.

Literatur

- Böhl, H./Koch, A./ Leune, J. / Redecker, T. (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund, Bestandsaufnahme und Perspektiven, Hamm.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2014): Jahrbuch Sucht 2014, Lengerich.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik, Berlin.
- Köthner, U. /Langer, F. /Klee, J. (2011): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums. Deutsche AIDS-Hilfe, akzept.
- Leune, J. (2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland, in: Jahrbuch Sucht 2014. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Lengerich, 181-202.
- National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS (2006): Improvement review: Assessment framework for substance misuse services, Healthcare Commission.
- National Treatment Agency for Substance Misuse – NHS (2006): Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006. Department of Health (England), London.
- Pfeiffer-Gerschel, T. /Jakob, L. / Stumpf, D. / Budde, A. / Rummel, C. (2014): Bericht 2014 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Neue Entwicklung und Trends Deutschland.
- Schäffer, D. / Köthner, U. (2014): Drogenkonsumräume retten Menschenleben, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, 94-96.
- Steppan, M. / Brand, H. / Künzel, J. / Pfeiffer-Gerschel, T. (2014): Jahresstatistik 2012 der professionellen Suchtkrankenhilfe, in: Jahrbuch Sucht 2014, Lengerich, 203-230.
- Stöver, H. / Schäffer, D. / Leicht, A. (2014): Hepatitis C und Drogengebrauch - über das Fehlen einer nationalen Strategie gegen Virushepatitis in Deutschland, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, 57-59.
- Türk, D. / Kröger, C. (2000): Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe, München.
- WHO - UNODC - UNAIDS (2009): Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, Genf.

1.3 | Abstinenz als Risiko; Rückfall als Normalfall – Drogenpolitik ratlos, Drogenexpert_innen fassungslos

Heino Stöver

Eine solche Pressekonferenz zum „Rauschgiftlagebericht“ mit der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler und dem BKA-Präsidenten Holger Münch am 21. April 2015 muss man sich auch mal für Alkohol oder Tabak vorstellen! Das würde natürlich die Schädlichkeit der beiden „Volksdrogen“ mit sehr hoher Mortalität (zusammen über 100.000), Morbidität (das wäre eine sehr lange Aufzählung) und hohen sozial- und gesundheitspolitischen Kosten aufzeigen. Die Pressekonferenz zu den illegalen Drogen ist jedoch ein erneutes Beispiel für die selektive, aufmerksamkeitsheischende Drogenpolitik der Bundesregierung und konsekutiver medialer Berichterstattung. Ein Musterbeispiel dafür, wie von den großen Drogenproblemen abgelenkt wird, und aus-schnitthaft neue psychoaktive Substanzen (NPS) und Crystal Meth zu den Problem-drogen erklärt werden. Das sind sie zweifelsfrei, aber wo bleibt die Verhältnismäßigkeit in der Problemwahrnehmung?

Die Zahl der sogenannten Drogentoten steigt seit 2010 wieder an, die Haupttodesursache war die Überdosierung von Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen. Dies ist seit Jahren unverändert. Kein Wort jedoch über mögliche Präventionsmaßnahmen: Naloxon – als Antidot – kann Leben retten (siehe Beitrag von Dichtl und Dettmer in diesem Band) – was andere Länder in großem Stil einsetzen und in Laienhände geben (z. B. England), steht in Deutschland nicht einmal auf der drogenpolitischen Tagesordnung.

Wenn man die Überschrift und die Interviewpassagen liest, könnte man denken, dass NPS und Crystal Meth den überwältigenden Anteil an sogenannten Drogentoten stellen – weit gefehlt: es wird ein (sehr bedauernswerter) Anstieg von 5 auf insgesamt 25 Todesfälle berichtet.

Kein Wort auch darüber, warum in einzelnen Bundesländern die Zahl der sogenannten Drogentoten überproportional und stetig ansteigt (z. B. Bayern mit der zweithöchsten Zahl von Drogentoten der letzten 10 Jahre – 252, d.h. ein Viertel aller Drogentoten). Das hätte auch bedeutet, dass man in die Details der Versorgung Opiatabhängiger hätte gehen müssen – und das heißt in Bayern: keine Drogenkonsumräume, schlechte Ausstattung mit Substitutionsbehandlungen. Natürlich haben diese Mängel der Drogenhilfeinfrastruktur massive Auswirkungen auf die Mortalität der Opiatkonsument_innen.

Leider erfolgt auch kein In-den-Zusammenhang-Stellen von polizeilich registrierten „Rauschgiftdelikten“ (276.734 – auf dem Niveau von 2005) und gesundheitlich-sozialen Folgewirkungen für die Konsument_innen. Auch wird die physische und psy-

chosoziale Lage der Drogenkonsument_innen unter diesem Kriminalisierungsdruck nicht beachtet. Ca. 75% aller dieser polizeilich registrierten Rauschgiftdelikte sind „Konsumentendelikte“, d.h. mehr als 200.000 der polizeilich ermittelten Fälle betreffen Konsument_innen, die aufgrund ihrer Eigenbedarfsdeckung polizeilich aufgefallen sind. Und das zieht polizeiliche Ermittlungen, Auffälligwerden, Ausgrenzung, Stigmatisierung, und – im härtesten Falle und bei Mehrfachtäter_innen – auch Inhaftierung nach sich.

Mindestens 15% aller Gefangenen in Deutschland (d. h. ca. 9.000 Menschen) sind inhaftiert aufgrund von Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz. Abgesehen davon, dass das Gefängnis nicht gerade eine „Besserungsanstalt“ ist, sondern die Lebensprobleme von Menschen häufig verschlechtert, wird mit der Haft die Hoffnung oder sollte man besser sagen der Glauben auf eine sich plötzlich einstellende Abstinenz verknüpft. Das ist ein Irrglaube, denn der allergrößte Teil der Opiatabhängigen wird nach Haftentlassung rückfällig oder konsumiert schon während der Haft: Die jüngste DRUCK-Studie des Robert-Koch-Institutes hat in einer umfassenden Studie festgestellt, dass 30% der jemals inhaftierten Drogenkonsument_innen auch in Haft injiziert und 11% der jemals Inhaftierten in Haft mit ihrem intravenösen Drogenkonsum begonnen haben. Auch in Haft ist also Drogenkonsum wie im Übrigen auch assoziierte Begleiterkrankungen (Hepatitis B und C, HIV) verbreitet.

Zu den bekannten Risiken für drogenassoziierte Todesfälle gehören Wiedereinstiege in den Konsum nach Abstinenzperioden und Phasen unregelmäßigen Konsums. Ein typischer Risikozeitraum ist die Zeit nach Entlassung aus der Haft. Laut internationaler Literatur ist das relative Risiko, an einer Überdosis zu versterben, vor allem in den ersten 14 Tagen in Freiheit erhöht – je nach Studie um das 30- bis 120-fache im Vergleich zu den Todesraten in der Allgemeinbevölkerung, aber auch verglichen mit späteren Konsumzeiträumen (das relative Risiko in den ersten zwei Wochen wird meist als etwa vier- bis siebenfach erhöht beschrieben; die WHO schätzt, dass etwa 20% aller sogenannten Drogentoten unmittelbar nach Rückfall aus „erzwungener Abstinenz“ versterben).

In Deutschland fehlen dazu Daten aus den letzten Jahren. Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle Personen betrafen, die maximal zwei Monate vor dem Versterben aus der Haft entlassen worden waren (13%). Besonders wichtig als Drogennotfallprophylaxe wäre deshalb die Fortführung einer Substitutionsbehandlung oder die Eindosierung etwa sechs Monate vor der Entlassung.

Hier will die Bundesdrogenbeauftragte die Bedingungen der Substitutionsbehandlung für Ärzte verbessern: „Denn eine gelungene Substitution ist der beste Schutz vor einem Drogentod bei einer Opiatabhängigkeit“ (M. Mortler, 21.4.2015).⁸ Sie wird sich an dieser Aussage im nächstjährigen Alternativen Drogen- und Suchtbericht messen lassen müssen. Was sind die Strategien für die Umsetzung dieses Wunsches? Fachleute appellieren seit Jahren an die Politik, die Substitutionsbehandlung an der Schnittstelle Haft-Freiheit zu verbessern.

Ein übergeordnetes Problem stellt die grundsätzliche Abstinenzorientierung dar: Jahrzehntlang wurde Abstinenz als Nonplusultra-Ziel gehypt – ein schönes Ziel, wenn es von den Konsument_innen gewollt wird. Aber in Deutschland wie auch anderen Teilen Europas ist Abstinenz ein Zwangskorsett, in das man Drogenabhängige

schnürt; es wird als alternativlos angesehen. Und doch birgt Abstinenz auch erhebliche Risiken: Wenn Rückfälle in den erneuten Konsum führen, dann kommt es oftmals aufgrund eines Toleranzbruchs zu tödlichen Überdosierungen. Die PREMOS-Studie hat vor kurzem gezeigt, dass in einer Stichprobe, die über 6 Jahre hinweg katamnestisch untersucht wurde, nur 4% eine Abstinenz erreichen. Ist das Ziel demnach realistisch oder ist es im Würgegriff unrealistischer und lebensweltfremder Drogenverwaltung gefangen?

Die Ergebnisse der PREMOS-Studie zeigen außerdem, dass mehr als ein Drittel aller Patient_innen weniger als die minimal empfohlene Erhaltungsdosierung erhalten. Ob dies u. a. auf die in Deutschland (im europäischen Vergleich) geringen Verschreibungshöchstmengen zurückzuführen ist, ist unklar.

Die aktuell therapeutisch eingesetzten Tagesdosen für Levomethadon und D-L-Methadon liegen zwischen 30-80mg (Levomethadon) bzw. 60 - 160mg (Methadon).

Mit einer Erhöhung der Verschreibungshöchstmengen könnten zweierlei Effekte generiert werden:

1. Mediziner_innen, die die aktuellen Verschreibungshöchstmengen unterschreiten, obwohl sie therapeutisch angezeigt sind, erhalten mehr Spielräume.
2. Jenen Ärztinnen und Ärzten, die aktuell eine höhere Dosierung wählen und die Verschreibungshöchstmengen überschreiten, würde ebenso mehr Spielraum ermöglicht (ohne erhöhten Aufwand der Dokumentation, Rezeptierung und Argumentation). Insgesamt könnte die Anhebung der Höchstmengen dazu führen, dass Ärzt_innen ein breiteres therapeutisches Verschreibungsspektrum erhalten.

Auch in der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung wird eine Klarstellung dringend benötigt! Die Praxis zeigt, dass die Substitutionsbehandlung durch einen Arzt bzw. eine Ärztin zwingend an eine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahme geknüpft wird. Aufgrund der Tatsache, dass diese Maßnahmen nicht immer sichergestellt werden können, führt dies dazu, dass auch die medizinisch indizierte Substitutionsbehandlung durch den Arzt bzw. die Ärztin nicht begonnen wird. Andererseits werden Patient_innen über Jahre und Jahrzehnte in solchen Maßnahmen gehalten, nur um die Substitution durch den Arzt oder die Ärztin fortführen zu können. Dafür gibt es keine wissenschaftliche Evidenz. Auch gibt es keine Erkenntnisse darüber, wann in der Substitutionsbehandlung genau vermehrt oder überhaupt diese Maßnahmen indiziert sind oder vermehrt in Anspruch genommen werden. Mit der Hinzufügung des Wortes „gegebenenfalls (ggf.)“ wird verdeutlicht, dass medizinische und psychosoziale Maßnahmen nicht zwingend dauerhaft miteinander zu verknüpfen sind (siehe auch Bundesärztekammer-Richtlinien).

Es braucht also mehr Initiative, um den Herausforderungen von Mortalität und Morbidität unter Drogenkonsument_innen zu begegnen. Fest steht: es stehen mehr Mittel zur Verfügung, als gegenwärtig eingesetzt werden.

Die Problematik macht auch deutlich, dass ein integrativer, legale und illegale Drogen zusammen nennender Diskurs sachdienlicher wäre.

⁸ Vgl. hierzu <http://www.drogenbeauftragte.de/index.php?id=23998> (letzter Zugriff: 22.04.2015).

1.4 | Aktuelle neurobiologische Studien zu gesundheitlichen Folgen von Cannabiskonsum mit Fokus auf Psychosen und neuropsychologischen Defiziten

Derik Hermann

Zusammenfassung

Dass Cannabiskonsument_innen häufiger Psychosen entwickeln als Nicht-Konsument_innen ist mittlerweile gesichert. Jedoch sind Risiko-Gene für Psychosen auch mit stärkerem Cannabiskonsum verbunden und bestätigen damit Zweifel an einem einfachen Kausalzusammenhang. Nicht nur die Aussage „Cannabiskonsum führt zur Psychose“, sondern auch „Disposition zur Psychose führt zu Cannabiskonsum“ wurde belegt. Nicht-reversible neuropsychologische Defizite bei Cannabiskonsument_innen wurden nur beobachtet, wenn der Konsum bereits als Jugendliche_r begonnen wurde, nicht aber bei Beginn im Erwachsenenalter.

Einleitung

In der gesellschaftlich kontroversen Diskussion um eine Legalisierung bzw. die Möglichkeit eines legalen Erwerbs von Cannabis sind die Hauptargumente der Befürworter_innen einer Legalisierung, dass Cannabis geringere gesundheitliche Schäden verursacht als Alkohol, dass Cannabis trotz des Verbots eine hohe Verfügbarkeit aufweist und somit die Prohibition versagt hat, dass der Justizapparat durch Cannabis-assoziierte, opferfreie Vergehen ineffizient belastet wird, und dass ein gesellschaftsschädigender illegaler Drogenmarkt aufrechterhalten wird. Somit argumentieren die Befürworter_innen vor allen Dingen mit den negativen Folgen der Prohibition für die Gesellschaft. Die Gegner_innen einer Legalisierung argumentieren, dass Cannabis zu relevanten Gesundheitsschäden führt, der Jugendschutz nicht gewährleistet sei, und dass durch die Legalisierung mit einer Zunahme des Cannabiskonsums gerechnet werden müsse. Es wird die Gefahr gesehen, dass eine Legalisierung von der Bevölkerung und insbesondere Jugendlichen als Zeichen der Ungefährlichkeit von Cannabis interpretiert würde. Für die Gegner_innen einer Legalisierung stehen also die negativen Folgen von Cannabis für die Gesundheit im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, aktuelle Forschungsergebnisse aus wissenschaftlichen Studien zu den gesundheitsschädlichen Folgen von Cannabis mit in die Argumentation einzubeziehen.

Cannabis und Psychose: Kausalzusammenhang?

Zahlreiche Studien haben den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und der Entwicklung einer Psychose untersucht. Mittlerweile wurden Studien mit großer Anzahl von Studienteilnehmer_innen durchgeführt, teils mit langer Nachbeobachtungszeit, die eine hohe wissenschaftliche Aussagekraft aufweisen. Die Studienergebnisse zeigen eine gesicherte und valide Assoziation von Cannabiskonsum und Psychose. 2007 wurde in einem systematischen Review aus 35 Studien (Moore et al. 2007) beschrieben, dass Cannabiskonsum_innen (jeglicher Konsum) 41 % mehr Psychosen aufweisen als Nicht-Konsumenten_innen. In dieser Studie wurden etwa 60 potentielle Einflussfaktoren berücksichtigt, so dass von einer hohen Validität ausgegangen werden kann. Andere Studien haben einen höheren Cannabiskonsum als Grundlage genommen und entsprechend höhere Assoziationen von Cannabiskonsum und Psychosen gefunden, meist ein erhöhtes Risiko um den Faktor 2 – 4.

Zu betonen ist bei diesen Studien, dass es sich um eine Assoziation handelt, d. h. dass die Personen, die Cannabis konsumiert haben ein höheres Risiko aufwiesen, eine Psychose zu entwickeln. Wie hoch die Evidenz für einen *kausalen* Zusammenhang von Cannabiskonsum und Psychose ist, d. h. ob Cannabiskonsum eine Psychose *verursacht*, wurde in einer weiteren Studie detailliert analysiert (Radhakrishnan et al. 2014). Argumente für einen kausalen Zusammenhang sind die enge zeitliche Beziehung zwischen Cannabiskonsum und dem Auftreten von Psychosen, eine enge Dosis-Wirkung-Beziehung, eine hohe Konsistenz in longitudinalen Studien (die allesamt eine dosisabhängige Assoziation von Cannabiskonsum und Psychose zeigen), die Stärke der Assoziation, sowie die hohe experimentelle Evidenz für akute Psychosen nach experimenteller Gabe von Cannabis. Nicht belegt wird ein kausaler Zusammenhang jedoch durch die geringe Spezifität, da nur 2,6 % der Cannabiskonsumenden eine Psychose entwickeln und nur 21 % der Patient_innen mit Psychose vorher Cannabis konsumiert haben (van Os et al. 2002). Zusätzlich konnte bisher der biologische Mechanismus, wie Cannabis zur Psychose führt, nicht geklärt werden, so dass die biologische Plausibilität für einen kausalen Zusammenhang ungeklärt bleibt.

Zur Frage, ob es einen dritten Faktor gibt, der Cannabiskonsum_innen und Psychotiker_innen gemeinsam ist, und der den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum_innen und Psychose erklären könnte, wurde 2014 eine sehr interessante Studie publiziert. Es wurde gezeigt, dass dieselben Gene, die das Risiko für eine Psychose erhöhen, auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, Cannabis zu konsumieren und vor allem auch größere Mengen Cannabis zu konsumieren (Power et al. 2014). Anders ausgedrückt wurde gezeigt, dass Personen, die z. B. mit an Schizophrenie erkrankten Personen verwandt sind und daher viele Gene aufweisen, die zu einer Psychose prädisponieren, häufiger und mehr Cannabis konsumieren als Personen mit wenig Risikogenen für Psychosen. Auch unabhängig vom Cannabiskonsum hätten diese Personen ein erhöhtes Risiko für Psychosen. Nicht nur „Cannabiskonsum führt zur Psychose“, sondern auch „Disposition zur Psychose führt zu Cannabiskonsum“. Vor diesem Hintergrund kann auch eine weitere Studie besser interpretiert werden, die über 18.000 Patient_innen mit cannabis-induzierten Psychosen zwischen 1987 und 2003 in Finnland einschloss und 8 Jahre lang nachverfolgt hat (Niemi-Pynttari et al. 2013). 46 % dieser Patient_innen entwickelten eine Schizophrenie. Zum Vergleich entwickelten bei

Amphetamin-induzierter Psychose nur etwa 30 % der Patient_innen eine Schizophrenie und bei Alkohol-induzierter Psychose nur etwa 5 %. Dies lässt sich sehr gut durch die gemeinsame genetische Prädisposition zu Psychose und Cannabiskonsum in der zuvor dargestellten Studie von Power et al. (2014) erklären.

Um den Zusammenhang von Cannabis und Psychose besser quantifizieren zu können, wurde 2009 eine Kalkulation publiziert, wie viele Personen kein Cannabis konsumieren müssten, um einen Fall einer Psychose zu verhindern (Hickman et al. 2009). Ergebnis war, dass im Altersbereich von 20 – 24 Jahren 1360 Männer bzw. 2480 Frauen auf Cannabiskonsum verzichten müssten, um einen Fall einer Psychose zu verhindern. Im Alter von 35 – 39 müssten 2900 Männer oder 3260 Frauen auf Cannabis verzichten. Mit dem Begriff Psychose sind hier transiente psychotische Symptome gemeint, für das Vollbild einer Schizophrenie wären die Zahlen sogar doppelt so hoch. Jedoch zeigt eine Reihe von Studien auch, dass das Risiko nicht für alle Menschen gleich hoch ist. Faktoren, die das Auftreten einer Psychose unter Cannabis beeinflussen, sind das Alter bei Beginn des Cannabiskonsums, eine positive Familienanamnese für Psychosen, das Ausmaß der Schizotypie, ein psychisches Trauma in der Kindheit, genetische Faktoren, der Gehalt an THC und dem antipsychotisch wirksamen Cannabidiol (Radhakrishnan et al. 2014). Zusätzlich muss bei Studien zur Assoziation von Cannabiskonsum und Psychose darauf geachtet werden, zwischen transienten Symptomen einer Cannabisintoxikation, die regelhaft mit leichten psychotischen Symptomen einhergeht, und einer persistierenden Psychose zu unterscheiden. Als Beispiel für einen genetischen Risikofaktor wurde 2005 eine genetische Variante im Dopaminabbau identifiziert (Caspi et al. 2005), die jedoch in drei weiteren Studien zwischen 2007 und 2011 mit zusammen knapp 5000 Studienteilnehmenden nicht verifiziert werden konnte (Zammit et al. 2007, 2011, van Winkel et al. 2011). Stattdessen wurde ein anderes Gen (AKT1) identifiziert, das mit einem erhöhten Risiko für Psychose assoziiert ist; allerdings nur bei täglichem Cannabiskonsum und nicht, wenn Cannabis ausschließlich an Wochenenden oder seltener konsumiert wird (van Winkel et al. 2011, Di Forti et al. 2012).

Neuropsychologische Defizite nur bei Beginn als Jugendliche_r

Es ist bereits lange bekannt und ausreichend gut untersucht, dass während einer Intoxikation mit Cannabis Defizite im neuropsychologischen Bereich, z.B. Gedächtnis, Orientierung und Aufmerksamkeit auftreten. Umstritten ist jedoch die Frage, ob diese Defizite auch nach Beendigung des Cannabiskonsums weiter bestehen bleiben, ob sie sich ganz oder nur teilweise zurückbilden und ob sie mit der Dauer und der Menge des konsumierten Cannabis in Zusammenhang stehen. Um diese Frage zu untersuchen, sind longitudinale Studien notwendig, die über einen langen Zeitraum an mehreren Messzeitpunkten neuropsychologische Leistungen und Cannabiskonsum erheben.

In einer 2012 publizierten Studie wurden 1.037 Personen, die 1972/73 geboren wurden, einem Intelligenztest im Alter von 13 Jahren und 38 Jahren unterzogen (Meier et al. 2012). Der Cannabis-Konsum wurde im Alter von 18, 21, 26, 32 und 38 Jahren erhoben. Diese Studie zeigte, dass fortgesetzter Cannabis-Konsum mit einer Vermin-

derung kognitiver Leistung verbunden war. Verminderung im Intelligenzquotient wurde nur bei den Personen beobachtet, die vor dem 18. Lebensjahr mit dem Cannabiskonsum begonnen hatten. Diese Defizite verschlechterten sich bei weiterem Konsum zusätzlich und bildeten sich nach einer Cannabis-Abstinenz nicht vollständig zurück. Dieser Effekt wurde bei Beginn des Cannabiskonsums im jugendlichen Alter sowohl für regelmäßigen als auch für unregelmäßigen Cannabis-Konsum nachgewiesen (mindestens wöchentlicher Konsum). Wurde mit dem Cannabiskonsum erst im Erwachsenenalter begonnen, zeigte sich keine Verminderung des Intelligenzquotienten. Zur Einordnung der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass illegales Cannabis vom Schwarzmarkt konsumiert wurde und somit toxische Streckmittel zu den Defiziten beigetragen haben könnten, und dass die Illegalität zu einer Selektion von Personen geführt haben könnte, die sich wenig an soziale Regeln halten. Negative Auswirkungen dieser beiden Sachverhalte können deshalb als negative Wirkungen von Cannabis fehlinterpretiert werden.

Eine weitere aktuelle Studie bestätigte die Ergebnisse indirekt (Silins et al. 2014). Hier wurde nachgewiesen, dass Personen, die vor dem 17. Lebensjahr mit dem Cannabiskonsum begonnen hatten, dosisabhängig ein um 64 % erhöhtes Risiko für einen Schulabbruch aufwiesen, ein um den Faktor 18 erhöhtes Risiko für eine Cannabisabhängigkeit hatten, ein um den Faktor 8 erhöhtes Risiko für eine Abhängigkeit für andere Drogen und ein um den Faktor 8 erhöhtes Risiko für Suizidversuche. Als biologischen Mechanismus für neuropsychologische Defizite wird eine Interaktion mit dem endogenen Cannabinoidsystem vermutet, da nachgewiesen wurde, dass Endocannabinoide die Bildung, Reifung und Wanderung neuer Nervenzellen im Gehirn steuern, das Wachstum von Axonen, die Entwicklung von Gliazellen und die Position von verschiedenen Nervenzellen festlegen (Berghuis et al. 2007). Wenn externes Cannabis zugeführt wird, stört dies diesen feingesteuerten Umbauprozess, der während der Pubertät stattfindet. Im Erwachsenenalter finden sehr viel weniger Umbauprozesse statt, so dass Cannabiskonsum keine großen Veränderungen mehr bewirken kann. Einige Studien zeigen auch, dass Cannabiskonsum bei Jugendlichen das Risiko für die Entwicklung einer Psychose erhöht. 2002 wurde an 759 Personen gezeigt, dass Personen, die mit 15 Jahren mit dem Cannabiskonsum begonnen haben, im Vergleich zu 18-Jährigen häufiger eine Schizophrenie im Erwachsenenalter entwickeln (Arseneault et al. 2002). Dieser Befund wurde 2011 an 625 Personen mit einer ersten psychotischen Episode repliziert, die eine Assoziation mit Cannabis-Konsum vor dem 14. Lebensjahr nachwies (Schimmelmann et al. 2011).

Schlussfolgerungen

Bisher wurde davon ausgegangen, dass Cannabis als direkte Substanzwirkung pauschal bei jedem/jeder Psychosen verursachen kann. Aktuelle Studien zeigen hingegen, dass es genetisch bedingte Unterschiede im individuellen Risiko gibt, durch Cannabiskonsum eine Psychose zu entwickeln. Zusätzlich konsumieren Personen, die Risikogene für Psychosen tragen, häufiger und mehr Cannabis. Diese Personen würden evtl. auch ohne Cannabiskonsum eine Psychose entwickeln. Kalkulationen zeigen, dass eine hohe Zahl von mehreren Tausend Cannabiskonsumt_innen auf Cannabis ver-

zichten müsste, um einen Fall einer Psychose zu verhindern. Aktuelle Studien relativieren also das von Cannabis ausgehende Risiko.

Trotz des bisher von Legalisierungs-Gegner_innen propagierten Risikos, dass jeglicher Konsum von Cannabis unmittelbar bei jedem/jeder zu einer lebenslangen Psychose führt, ist Cannabis weit verbreitet. Dieses Argument hat seine abschreckende Wirkung verfehlt. Aktuelle Studien machen zudem deutlich, dass das Risiko für Psychosen auch vom Alter bei Beginn des Cannabiskonsums abhängt, weil die Entwicklung des Gehirns gestört wird. Neuropsychologische Defizite durch Cannabis entstehen nur, wenn der Cannabiskonsum im jugendlichen Alter begonnen wird, aber nicht bei Konsumbeginn im Erwachsenenalter. Dies steht im krassen Gegensatz zu dem jetzigen Image von Cannabis als Jugenddroge, das dringend verändert werden muss.

Aus medizinischer Sicht ist Cannabis nicht harmlos, daher sollte die Politik Rahmenbedingungen für Cannabiskonsum schaffen, der möglichst wenig negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat, und insbesondere Jugendschutz gewährleistet. Die aktuelle Prohibition hat zahlreiche negative Auswirkungen auf die Gesundheit und überlässt Drogendealer_innen die Entscheidung, Kindern und Jugendlichen Cannabis zu verkaufen. Es ist Zeit, dies zu ändern.

Literatur

- Arseneault, L. / Cannon, M. / Poulton, R. / Murray, R. / Caspi, A. / Moffitt, T.E. (2002): Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study, in: *British Medical Journal* 325(7374): 1212-3.
- Berghuis, P. / Rajnicek, A.M. / Morozov, Y.M. / Ross, R.A. / Mulder, J. / Urbán, G.M. / Monory, K. / Marsicano, G. / Matteoli, M. / Canty, A. / Irving, A.J. / Katona, I. / Yanagawa, Y. / Rakic, P. / Lutz, B. / Mackie, K. / Harkany, T. (2007): Hardwiring the brain: endocannabinoids shape neuronal connectivity, in: *Science* 316 (5828): 1212-6.
- Bhattacharyya, S. / Morrison, P.D. / Fusar-Poli, P. / Martin-Santos, R. / Borgwardt, S. / Winton-Brown, T. / Nosarti, C. / O'Carroll, C.M. / Seal, M. / Allen, P. / Mehta, M.A. / Stone, J.M. / Tunstall, N. / Giampietro, V. / Kapur, S. / Murray, R.M. / Zuardi, A.W. / Crippa, J.A. / Atakan, Z. / McGuire, P.K. (2010): Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology, in: *Neuropsychopharmacology* 35(3): 764-74.
- Caspi, A. / Moffitt, T.E. / Cannon, M. / McClay, J. / Murray, R. / Harrington, H. / Taylor, A. / Arseneault, L. / Williams, B. / Braithwaite, A. / Poulton, R. / Craig, I.W. (2005): Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction, in: *Biological Psychiatry* 57(10): 1117-27.
- Di Forti, M. / Iyegbe, C. / Sallis, H. / Kolliakou, A. / Falcone, M.A. / Paparelli, A. / Sirianni, M. / La Cascia, C. / Stilo, S.A. / Marques, T.R. / Handley, R. / Mondelli, V. / Dazzan, P. / Pariante, C. / David, A.S. / Morgan, C. / Powell, J. / Murray, R.M. (2012): Confirmation that the AKT1 (rs2494732) genotype influences the risk of psychosis in cannabis users, in: *Biological Psychiatry* 72(10): 811-6.
- Hickman, M. / Vickerman, P. / Macleod, J. / Lewis, G. / Zammit, S. / Kirkbride, J. / Jones, P. (2009): If cannabis caused schizophrenia—how many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia?, in: *England and Wales calculations. Addiction* 104(11): 1856-61.
- Meier, M.H. / Caspi, A. / Ambler, A. / Harrington, H. / Houts, R. / Keefe, R.S. / McDonald, K. / Ward, A. / Poulton, R. / Moffitt, T.E. (2012): Persistent cannabis users show neuropsychological

- decline from childhood to midlife, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 109(40): E2657-64.
- Moore, T.H. / Zammit, S. / Lingford-Hughes, A. / Barnes, T.R. / Jones, P.B. / Burke, M. / Lewis, G. (2007): Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review, in: *Lancet* 370 (9584): 319-28.
- Niemi-Pynttari, J.A. / Sund, R. / Putkonen, H. / Vormaa, H. / Wahlbeck, K. / Pirkola, S.P. (2013): Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases, in: *Journal of Clinical Psychiatry* 74(1).
- Power, R.A. / Verweij, K.J. / Zuhair, M. / Montgomery, G.W. / Henders, A.K. / Heath, A.C. / Madden, P.A. / Medland, S.E. / Wray, N.R. / Martin, N.G. (2014): Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis, in: *Molecular Psychiatry* 19(11): 1201-4.
- Radhakrishnan, R. / Wilkinson, S.T. / D'Souza, D.C. (2014): Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis, in: *Frontiers in Psychiatry* 5:54.
- Schimmelmann, B.G. / Conus, P. / Cotton, S.M. / Kupferschmid, S. / Karow, A. / Schultze-Lutter, F. / McGorry, P.D. / Lambert, M. (2011): Cannabis use disorder and age at onset of psychosis—a study in first-episode patients, in: *Schizophrenia Research* 129(1): 52-6.
- Silins, E. / Horwood, L.J. / Patton, G.C. / Fergusson, D.M. / Olsson, C.A. / Hutchinson, D.M. et al. (2014): Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis, in: *The Lancet Psychiatry* 2014, 1(4): 286–293.
- van Os, J. / Bak, M. / Hanssen, M. / Bijl, R.V. / de Graaf, R. / Verdoux, H. (2002): Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study, in: *American Journal of Epidemiology* 156(4): 319-27.
- van Winkel, R. / van Beveren, N.J. / Simons, C. (2011): Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. AKT1 moderation of cannabis-induced cognitive alterations in psychotic disorder, in: *Neuropsychopharmacology* 36(12): 2529-37.
- van Winkel, R. (2011): Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. Family-based analysis of genetic variation underlying psychosis-inducing effects of cannabis: sibling analysis and proband follow-up, in: *Archives of General Psychiatry* 68(2): 148-57.
- Zammit, S. / Owen, M.J. / Evans, J. / Heron, J. / Lewis, G. (2011): Cannabis, COMT and psychotic experiences, in: *The British Journal of Psychiatry* 199(5): 380-5.
- Zammit, S. / Spurlock, G. / Williams, H. / Norton, N. / Williams, N. / O'Donovan, M.C. / Owen, M.J. (2007): Genotype effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in schizophrenia: interactions with tobacco and cannabis use, in: *The British Journal of Psychiatry* 191: 402-7.

1.5 | Der Stand der medizinischen Versorgung mit Cannabis und Cannabinoiden in Deutschland

Franjo Grotenhermen

Zusammenfassung

In Deutschland können einige Medikamente auf Cannabisbasis auf einem Betäubungsmittelrezept verschrieben werden. Zudem besteht die Möglichkeit einer Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke. Etwa 5.000 bis 10.000 Patient_innen erhalten in Deutschland eine Therapie mit Dronabinol oder Sativex, etwa 400 besitzen eine Ausnahmeerlaubnis. Die Bundesregierung hat angekündigt, die Möglichkeiten der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten in Deutschland zu verbessern. Ein entsprechendes Gesetz soll noch in diesem Jahr verabschiedet werden, sodass es 2016 in Kraft treten kann. Diese Thematik wird in einem gesonderten Beitrag dieser Ausgabe behandelt.

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 und Ärztinnen 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 / Ärztin und Patient_in 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 Patient_innen im Allgemeinen selbst aufgebracht werden müssen.

Behandlung mit Cannabis auf Grundlage einer Ausnahmeerlaubnis nach BtMG

Alternativ können Patient_innen 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 die / der Patient_in 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 beigelegt werden.

Nach Erteilung der Erlaubnis wird das im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums von einem niederländischen Unternehmen hergestellte Cannabiskraut an eine durch den/die Patient_in benannte deutsche Apotheke geliefert. Die Kosten für diese Behandlung müssen von der Patientin / 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 €.

Der medizinische Bedarf an Medikamenten auf Cannabisbasis

Es liegen keine zuverlässigen Schätzungen zur Zahl der Patient_innen 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.

Dronabinol und Nabilon

Nach Insight Health (<http://www.insight-health.de/>) wurden im Jahr 2014 insgesamt 13.600 Einheiten Dronabinol mit einem Gesamtwert von 1,6 Mio. Euro abgegeben. Dazu muss man etwa weitere 50% durch Abgabe in Kliniken und Direktverkauf hinzurechnen⁹, sodass man auf etwa 20.000 Einheiten kommt. 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 einer Patientin / einem Patienten etwa fünf Gramm Dronabinol benötigt, sodass unter

⁹ Persönliche Mitteilung durch Holger Rönitz, THC Pharm im März 2015.

dieser Annahme mit 6,7 kg Dronabinol etwa 1.200 Patient_innen kontinuierlich versorgt werden können. Allerdings wird Dronabinol oft im Palliativbereich eingesetzt mit einer Verschreibungsdauer von deutlich unter 12 Monaten sowie bei Kindern mit einem deutlich geringeren Tagesbedarf, sodass die reale Zahl der versorgten Patient_innen deutlich höher liegen sollte, möglicher Weise bei 2.000 bis 3.000 Patient_innen. Die Kosten der Behandlung werden durch die Krankenkassen nur selten erstattet, allerdings vermehrt im Palliativbereich, da Dronabinol in Deutschland arzneimittelrechtlich nicht zugelassen ist und daher keine Erstattungspflicht besteht.

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 Patient_innen 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 2014 insgesamt 20.400 Einheiten verkauft. Dazu muss man etwa weitere 50% durch Abgabe in Kliniken und Direktverkauf hinzurechnen¹⁰, sodass man auf etwa 30.000 Einheiten kommt. Eine Einheit enthält 810 mg Dronabinol. Unter der Annahme eines durchschnittlichen Tagesbedarfs von 15 mg Dronabinol (THC) wurden 4400 Patient_innen mit Sativex behandelt.

Cannabis

In Kanada, den Niederlanden, Israel und 23 Staaten der USA sowie Washington D.C. ist die medizinische Verwendung von Cannabis mit einer ärztlichen Empfehlung bzw. Verordnung erlaubt.

In Kanada (Einwohner_innenzahl: 33 Millionen) besaßen im Dezember 2013 37,884 Personen eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke nach den Marihuana Medical Access Regulations (MMAR) sowie 24,990 Personen eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke für sich selbst und 3,896 eine Erlaubnis für den Anbau für eine_n bestimmte_n Patient_in (Health Canada 2013). Danach besaßen 0,11 % der Bevölkerung oder 1148 von 1 Million eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke. Es wird in den kommenden Jahren eine deutliche Steigerung der Patient_innenzahl erwartet. Am 1. Oktober 2013 begann Kanada entsprechend eines neuen Gesetzes mit dem Aufbau einer kontrollierten privaten medizinischen Cannabis-Industrie. Es wird erwartet, dass langfristig etwa 500.000 Kanadier_innen eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis erhalten werden (Fischer et. al. 2015). Im Jahr 2013 überstieg die Zahl der Patient_innen in Israel, die Cannabis zu medizinischen Zwecken verwenden dürfen, 12.000 (bei einer Einwohner_innenzahl von 8,0 Millionen) (IACM 2012). Dies entspricht 0,15 % der Bevölkerung. In den kommenden Jahren wird eine Gesamtzahl von 40.000 Patient_innen oder 0,5 % der Bevölkerung erwartet.

¹⁰ Persönliche Mitteilung durch Holger Rönitz, THC Pharm im März 2015.

In den Vereinigten Staaten dürfen im Staat Oregon 69,865 Personen Cannabis für medizinische Zwecke besitzen (Oregon Department of Human Services 2015). Dies entspricht bei einer Einwohner_innenzahl von 3,4 Millionen etwa 2,1 % der Bevölkerung oder 21.000 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 Patient_innen entspricht.

In Deutschland besitzen nur sehr wenige Patient_innen – etwa 400 – eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke.

Am 03. März 2015 besaßen 382 Patient_innen eine solche Ausnahmeerlaubnis (Spiegel-Online 2015). Die Verteilung nach Bundesländern zeigt große regionale Unterschiede:

Baden-Württemberg:	62
Bayern:	84
Berlin:	18
Brandenburg:	5
Bremen:	1
Hamburg:	8
Hessen:	26
Mecklenburg-Vorpommern:	1
Niedersachsen:	28
Nordrhein-Westfalen:	93
Rheinland-Pfalz:	23
Saarland:	7
Sachsen:	4
Sachsen-Anhalt:	1
Schleswig-Holstein:	16
Thüringen:	5

Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von Mai 2005 hatten nach Angaben des BfArM insgesamt 698 Patient_innen eine Ausnahme genehmigung beantragt, um Cannabis in einer medizinisch betreuten Selbsttherapie einsetzen zu können. 424 Anträge seien akzeptiert worden, 42 der Patient_innen sind dem BfArM zufolge aber inzwischen verstorben oder haben ihre Erlaubnis zurückgegeben.

Die Zahl der Ausnahmeerlaubnisse hat im Jahr 2014 deutlich zugenommen. Am 14. Januar 2014 war 241 Patient_innen eine solche Erlaubnis erteilt worden (ACM 2014). In der überwiegenden Zahl wurden die Anträge mit den nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern bzw. Krankheitssymptomen begründet, wobei häufig mehrere Erkrankungen gleichzeitig vorlagen und somit Doppelnennungen möglich sind. Die Verteilung der Erlaubnisinhaber_innen war im Januar 2014:

- (chronische) Schmerzen: 149 Patient_innen,
- Multiple Sklerose: 47 Patient_innen,
- Tourette-Syndrom: 17 Patient_innen,
- Depressive Störungen: 21 Patient_innen,
- ADHS: 21 Patient_innen.

Zu den einzelnen Diagnosen von Erlaubnisinhaber_innen zählen heute:

Allergische Diathese, Angststörung, Appetitlosigkeit und Abmagerung (Kachexie), Armplexusparese, Arthrose, Asthma, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus, Barrett-Ösophagus, Blasenkrämpfe nach mehrfachen Operationen im Urogenitalbereich, Blepharospasmus, Borderline-Störung, Borreliose, Chronische Polyarthrit, Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS), Chronisches Schmerzsyndrom nach Polytrauma, Chronisches Wirbelsäulensyndrom, Cluster-Kopfschmerzen, Colitis ulcerosa, Depressionen, Epilepsie, Failed-back-surgery-Syndrom, Fibromyalgie, Hereditäre motorisch-sensible Neuropathie mit Schmerzzuständen und Spasmen, HIV-Infektion, HWS- und LWS-Syndrom, Hyperhidrosis, Kopfschmerzen, Lumbalgie, Lupus erythematoses, Migraine accompagnée, Migräne, Mitochondropathie, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Morbus Scheuermann, Morbus Still, Morbus Sudeck, Multiple Sklerose, Neurodermitis, Paroxysmale nonkinesogene Dyskinese (PNKD), Polyneuropathie, Posner-Schlossmann-Syndrom, Posttraumatische Belastungsstörung, Psoriasis (Schuppenflechte), Reizdarm, Rheuma (rheumatoide Arthritis), Sarkoidose, Schlafstörungen, Schmerzhaftes Spastik bei Syringomyelie, Systemische Sklerodermie, Tetraspastik nach infantiler Cerebralparese, Thalamussyndrom bei Zustand nach Apoplex, Thrombangitis obliterans, Tics, Tinnitus, Tourette-Syndrom, Trichotillomanie, Urtikaria unklarer Genese, Zervikobrachialgie, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma, Zwangsstörung.

Zu Argumenten gegen eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis

Das wichtigste Argument für die anhaltende Kriminalisierung von Patient_innen, die sich Cannabisprodukte aus der Apotheke nicht leisten können, ist die Behauptung, dass Patient_innen 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 Patient_innen, die (illegalisierten) Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, nicht länger einer Strafverfolgung ausgesetzt sein dürfen, bezieht sich nicht auf Arzneimittel aus der Apotheke. Die betroffenen Patient_innen 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 angebaute Cannabis ausführte: „Dabei ist sich der Betroffene bewusst, dass es keinerlei Gewähr für die therapeutische Wirksamkeit des eingesetzten Betäubungsmittels gibt.“ (BverwG 2005).

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 Qua-

lität 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 Patient_innen zwingt, sich auf dem Schwarzmarkt mit Cannabis zu versorgen. Sobald ein/e Patient_in 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.

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 Patient_innen nicht erschwinglich. Ausnahmegenehmigungen zum preiswerteren Eigenanbau von Cannabis wurden von der Bundesopiumstelle bisher nicht erteilt.

Daher sind vermögende Patient_innen in Deutschland hinsichtlich der Möglichkeiten der medizinischen Nutzung von Cannabisprodukten deutlich besser gestellt als weniger vermögende Patient_innen. 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 Patient_innen vom Vorwurf des illegalen Cannabisanbaus aus Notstandsgesichtspunkten freigesprochen, die sich die verschreibungsfähigen Cannabinoide und auch die Cannabisblüten aus der Apotheke finanziell nicht leisten konnten (OLG Karlsruhe 2004).

Schlussfolgerung: Unterversorgung der deutschen Bevölkerung

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

Nach den vorliegenden Daten erhalten in Deutschland weniger als 8000 Patient_innen 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 Patient_innen, 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 Patient_innen in Deutschland. Es besteht daher eine deutliche Unterversorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin - ACM (2014): Mitteilung, online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=145&search_pattern=149#1BverwG; letzter Zugriff: 27.03.2015.
- Bundesverwaltungsgericht - BverwG (2005): A.z.3 C 17.04, online verfügbar unter: <http://www.bundesverwaltungsgericht.de>; letzter Zugriff: 27.03.2015.
- Fischer, B. et al. (2015): Medical Marijuana programs: implications for cannabis control policy – observations from Canada, in: International Journal of Drug Policy 26(1): 15-9.
- Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin - IACM (2012): Index, online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/bulletin/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=391#10; letzter Zugriff: 27.03.2015.
- Health Canada (2013): Stakeholder Statistics, online verfügbar unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/marihuana/stat/index-eng.php>; letzter Zugriff: 27.03.2015.
- Oregon Department of Human Services (2015): Oregon Medical Marijuana Program (OMMP) Statistics, online verfügbar unter: <http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx>; letzter Zugriff: 27.03.2015.
- Spiegel-Online (2015): Deutschland: 382 Schwerkranke erhalten Cannabis als Medikament, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>; letzter Zugriff: 27.03.2015.
- Oberlandesgericht - OLG Karlsruhe (2004): A.z. 3 Ss 187/03 / Pressemitteilung, online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/germany/olg_karlsruhe.pdf; letzter Zugriff: 10.04.2015.

Weitere Urteile zum Thema Cannabis als Medizin finden sich hier:
<http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de>.

1.6 | Der Einsatz von Naloxon durch geschulte Laien – Prophylaxe opioidbedingter Todesfälle durch die flächendeckende Implementierung von Take-Home-Programmen¹¹

Anna Dichtl, Kerstin Dettmer

Zusammenfassung

Der Opiatantagonist Naloxon wird seit über 40 Jahren in der Notfallmedizin erfolgreich eingesetzt um Überdosierungen aufzuheben und Leben zu retten. Eine flächendeckende Vergabe an Opiatgebrauchende mittels Take-Home Programmen (Drogennotfallschulungen mit Naloxonvergabe) kann zu einer höheren Überlebensrate bei Überdosierungen beitragen. Um die Implementierung solcher Programme für Ärzt_innen und Drogenhilfeeinrichtungen zu erleichtern, sind rechtliche Veränderungen und eine Klärung der Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nötig. Trotz einiger Hürden sind Verschreibung und Ausgabe von Naloxon an opiatgebrauchende Menschen sowie seine Anwendung im Notfall in Deutschland möglich. Ein Leitfaden als Implementierungshilfe ist gerade erschienen.

Hintergrund

Drogennotfälle stellen im Leben injizierender opiatgebrauchender Menschen ein alltägliches Geschehen dar. Zwei Drittel haben in ihrem Leben mindestens eine Überdosierung selbst erfahren, noch mehr waren bei einer Überdosierung anwesend (Sporer 2003). In Deutschland verstarben im Jahr 2013 1.002 Menschen an ihrem Drogenkonsum, fast zwei Drittel der Todesfälle standen in Verbindung mit einer Vergiftung mit Opiaten (v.a. Heroin) (BMG 2014a). In der EU sind die meisten der 6000 tödlichen Überdosierungen auf Opiate zurückzuführen, weltweit sterben jährlich ca. 69.000 Menschen infolge einer Opiatüberdosierung (WHO 2014, EMCDDA 2015).

An den Schnittstellen von Konsumbiographien sind Drogengebrauchende diesem Risiko am Häufigsten ausgesetzt. Nach einem Haftaufenthalt, einer Entgiftung oder dem Abbruch einer Abstinenztherapie ist die Gefahr einer Überdosierung durch den Toleranzabbau nachgewiesenermaßen besonders hoch. Die lebensbedrohlichen Kri-

¹¹ In Teilen identisch mit Dettmer (2014).

sensituationen finden meist in privaten Räumen statt und in vielen Fällen sind andere Opiatgebrauchende und / oder Angehörige und Freund_innen anwesend (WHO 2014). Diese versuchen im Fall einer Überdosierung überwiegend selbst erste Hilfe zu leisten, ein Notarzttruf wird in vielen Fällen überwiegend aus Angst vor Repression und Strafverfolgung vermieden (EMCDDA 2004). Viele schadensminimierende Strategien wie z.B. die Implementierung von Drogenkonsumräumen und die Einführung der Substitutionsbehandlung haben in den letzten zwanzig Jahren zur Vermeidung von (tödlichen) Überdosierungen beigetragen. Dennoch könnte die Zahl der Drogentoten weiter zurückgehen.

Naloxon als lebensrettendes Notfallmedikament

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 und Nebenwirkungen wie Herzrhythmusstörungen und Lungenödem sind sehr, sehr selten (Advisory Council on the Misuse of Drugs 2012). Naloxon ist in Deutschland nur in Ampullen verfügbar, die eigentliche Darreichungsform eine intravenöse, intramuskuläre oder subkutane Injektion. Es kann jedoch auch mittels eines Nasalzerstäubers intranasal – momentan als Off-Label-Use – verabreicht werden, was Infizierungsrisiken reduziert und in der Wirksamkeit mit anderen Verabreichungsformen vergleichbar ist (WHO 2014, Robinson/Wermeling 2014).

Die Halbwertszeit von Naloxon liegt zwischen 20 und 90 Minuten, sie ist damit deutlich kürzer als die der gebräuchlichen Opiate (Boyer 2012). So kann eine vorübergehende Bewusstseinsaufklärung nach erfolgter Naloxoninjektion täuschen und ein erneuter Atem- bzw. Kreislaufstillstand drohen. Dieser Zustand kann dann durch eine weitere Naloxon-Gabe erneut behoben werden. Naloxon ist verschreibungspflichtig, kann also von einer Ärztin / einem Arzt auf (Privat-) Rezept verordnet werden.

WHO und EMCDDA empfehlen Naloxonvergabe an geschulte Laien

Mittlerweile zeigen unzählige wissenschaftliche Forschungen, dass eine adäquate und sichere Anwendung von Naloxon unter geringen und seltenen Nebenwirkungen durch medizinische Laien möglich ist (zur Übersicht: WHO 2014, EMCDDA 2015, Clark et al. 2014, Busch et al. 2013). Zudem gibt es erste Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Ausweitung von Naloxon-Programmen und einem Rückgang opioidbedingter Todesfälle aufzeigen (Information Services Division 2014, Walley et al. 2013). Aufgrund dessen wird die Abgabe von Naloxon an Drogengebrauchende und Menschen in ihrem Umfeld von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) ausdrücklich empfohlen.

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 Drogengebrauchende im Rahmen der Laienhilfe geäußert. National und international betrachtet scheint dies einer der Haupthinderungsgründe zu sein, Naloxon in die Hände von Opiatkonsumierenden zu geben.

Naloxon ist gemäß des bundesdeutschen Arzneimittelgesetzes (AMG) verschreibungspflichtig. Dieses regelt jedoch nur den Verkehr (Verschreibungspflicht, Abgabe durch Apotheken etc.). Es gibt keinerlei Regelungen (und dementsprechend Einschränkungen) hinsichtlich der Anwendung.

Die Bundesärztekammer (BÄK) 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-Vergebenden im Notfall, 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 die Naloxon-Abgabe durch Ärzt_innen an Laien rechtlich problematisch ist, solange die allgemeingültigen Regelungen des Arzneimittelrechts und der ärztlichen Berufsordnung (Verschreibungs-, Apotheken-, Aufklärungs- und Schulungspflicht) 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 Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV), geht diese 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.

Eine zweite Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2014 (BMG 2014b) bestätigt vorangegangenes und sieht in der Naloxonvergabe von geschulten medizinischen Laien im Rahmen der Überlebenshilfe eine zusätzliche Handlungsoption zum etablierten Notärztesystem. Die berufsrechtliche Zulässigkeit der Naloxon-Verschreibung könne jedoch im Einzelfall nur von der jeweils regional zuständigen Ärztekammer beurteilt werden, weshalb eine vorherige Klärung mit dieser empfohlen wird. Die kostenlose Weitergabe des verschreibungspflichtigen Naloxons von Patient_innen an Dritte sieht das BMG nach dem AMG nicht strafbar. In einer Kostenübernahme durch die GKV sieht es jedoch das „Problem“, dass das Naloxon im Notfall nicht von den Patient_innen selbst angewandt werden kann, sondern nur durch anwesende Ersthelfende verabreicht würde, was dem Gebot der Wirtschaftlichkeit (§12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) entgegenspreche.

Das Fazit der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit lautet also ebenfalls, dass die Naloxon-Verschreibung im Rahmen von Laienhilfe gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt ist. Die bestehende Rechtslage schließt jedoch die Verschreibung auf Privatrezept an Opiatkonsumierende sowie die Verabreichung von Naloxon durch qualifizierte Laienhelfer_innen nicht aus.

Eine aktuelle Anfrage der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) an die Bundesärztekammer zu berufs-, arznei- und betäubungsmittelrechtlichen Aspekten der Naloxon-Vergabe wurde bisher nicht beantwortet.

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 Arzneimittelverschreibungsverordnung nicht möglich. Es empfiehlt sich jedoch durchaus, auch diese 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_innen vor rechtlichen Konsequenzen geschützt.

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

Praxis der Naloxonvergabe in Deutschland

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 zeigen, 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 aktuell nur in sehr kleinem Umfang weiter angeboten werden können. Während über 100 Berichte zur Naloxon-anwendung 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.

In Frankfurt am Main wird seit Mai 2014 ebenfalls ein Take-Home Naloxon Projekt von der Integrativen Drogenhilfe Frankfurt in Zusammenarbeit mit der Malteser Suchthilfe durchgeführt. Seitdem wurde etwas mehr als zwanzig Drogengebrauchenden, die an einem Drogennotfalltraining teilnahmen, Naloxon verschrieben und ausgehändigt. Bisher ist in Frankfurt keine Vergabe im Notfall dokumentiert worden, was jedoch auf die bisher sehr kleine Anzahl von ausgegebenen Naloxon-Kits zurückzuführen sein dürfte.

In beiden Projekten wird ein Naloxon-Kit nach einer Drogennotfallschulung vergeben, die Themen wie Überdosierungsrisiken und deren Vermeidung, Anzeichen einer Opiatüberdosierung, die Wichtigkeit des Notrufs, die Wirkungsweise von Naloxon, seine Indikation und Anwendung sowie Praxisübungen zur Beatmung umfasst. Dieses Kit beinhaltet die Verabreichungsutensilien (Spritze, Kanüle, Nasalapplikator) sowie teilweise Beatmungstücher und Einmalhandschuhe. In Deutschland kostet ein Komplet-Kit inkl. der Kosten für die Naloxon-Ampullen ca. 20-25 Euro.

Naloxonvergabe muss in die Regelversorgung integriert werden!

Vor dem Hintergrund internationaler Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen mit Take-Home Naloxon-Programmen erscheint es erstaunlich und bedenklich, dass Naloxon deutschlandweit derzeit nur sehr wenigen Drogengebrauchenden verfügbar ist. Eine Integration in die Regelversorgung ist mehr als überfällig.

Vor Allem in der Fläche und hier insbesondere auch an den Schnittstellen von Konsumbiographien – nach einer Haftentlassung, einem Therapieabbruch oder einer Entgiftung – kann die Naloxonvergabe eine nachgewiesenermaßen wirksame Strategie im Kampf um Leben und die Reduzierung von Folgeschäden nach einer Überdosierung sein. Gerade in der Ergänzung zu schadensminimierenden Strategien wie Substitution und Drogenkonsumräumen können Naloxonprogramme ihr Potential entfalten. Die Abgabe medizinischer Kompetenz in die Hände von Drogengebraucher_innen benö-

tigt jedoch erst einmal eine grundlegend akzeptanzorientierte Haltung gegenüber denselben.

Die Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Implementierung in Deutschland sind nicht optimal, dennoch ist die Verschreibung und Anwendung im Notfall möglich.

Auch wenn es aktuell erst einmal darum gehen sollte, die Verschreibung von Naloxon praktikabel zu machen, wäre es wünschenswert, wenn es rechtlich unproblematisch wäre, Naloxon gleich im Anschluss an eine Drogennotfallschulung in einem Notfall-Kit mitgeben zu können. Erst so ist eine unkomplizierte und gesicherte Naloxonvergabe in größerem Umfang möglich.

Dazu muss eine eindeutige Rechtslage zur Sicherheit von Ärztinnen und Ärzten sowie Anwendenden im Notfall geschaffen sowie die Finanzierungsfrage geklärt werden. Generell müsste es so sein, dass die rechtliche Situation den gegebenen Notwendigkeiten, also den Bedürfnissen von Ärzt_innen sowie Gebraucher_innen angepasst wird, um Naloxon an medizinische Laien abgeben zu können – und nicht umgekehrt. Ein erwiesenermaßen lebensrettendes Medikament den Betroffenen bzw. den potentiellen Helfer_innen vorzuenthalten, ist ethisch unverantwortlich.

Diverse Informationsveranstaltungen, Vorträge auf Kongressen, ein Fachtag an der Fachhochschule Köln haben seit Erscheinen des letzten Alternativen Sucht- und Drogenberichts dazu beigetragen, dass die Möglichkeit der Naloxonvergabe an Laien immer bekannter wird und unbegründete Zweifel ausgeräumt werden können. Derzeit sind mehrere Naloxon-Programme in NRW in Planung.

Es hat sich zudem ein Expert_innen-Netzwerk gegründet, das einen Leitfaden als Implementierungshilfe von Take-Home Naloxon-Programmen für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitende von Drogenhilfeeinrichtungen entwickelt hat. Er steht unter http://www.akzept.org/drogennotfallprophylaxe_leitfaden.html als PDF-Dokument zum Download bereit oder kann von akzeptbuero@yahoo.de kostenfrei als Druckversion bestellt werden. Über dieselbe Mailadresse besteht die Möglichkeit, mit Expert_innen Kontakt aufzunehmen und weitere Informationen sowie Literatur zum Thema Naloxon und Take-Home Naloxon anzufordern.

Literatur

- Advisory Council on the Misuse of Drugs (2012): Consideration of naloxone, online verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/naloxone-a-review>; letzter Zugriff: 20.12.2014.
- Boyer, E. W. (2012): Management of Opioid Analgesic Overdose, in: *The New England Journal of Medicine* 367: 2, 146-155.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014a): Drogen- und Suchtbericht 2014, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014b): Naloxon und Einsatz (Stellungnahme vom 03.07.2014), online verfügbar unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_90/Naloxon_Mortler_Juli_2014.pdf; letzter Zugriff: 13.02.2015.
- Busch, M. / Grabenhofer-Eggerth A. / Weigl, M./Wir, C. (2013): Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries, Wien.
- Clark, A.K. / Wilder, C. / Winstanley, E. (2014): A Systematic Review of Community Opioid Overdose Prevention and Naloxone Distribution Programs, in: *Journal of Addiction Medicine* 8:3, 153-163.

- Dettmer, K. (2014): Der Einsatz von Naloxon durch geschulte Laien, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, 76-78.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2004): Drogen im Blickpunkt - Überdosierung. Eine der häufigsten vermeidbaren Todesursachen bei jungen Menschen.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015): Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone (EMCDDA PAPERS), Luxembourg.
- Information Services Division (2014): National Naloxone Programme Scotland—naloxone kits issued in 2013/14 and trends in opioid-related deaths, online verfügbar unter: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Drugs-and-Alcohol-Misuse/Publications/2014-10-28/2014-10-28-Naloxone-Report.pdf>; ; letzter Zugriff: 02.02.2015.
- Robinson, A./Wermeling, D. P. (2014): Intranasal naloxone administration for treatment of opioid overdose, in: American Journal of Health-System Pharmacy 71, 2129-2135.
- Sporer, K. A. (2003): Strategies for preventing heroin overdose, in: British Medical Journal 326: 7386, 442-444.
- Walley, A. Y. / Xuan, Z. / Hackman, H.H. / Quinn, E. / Doe-Simkins, E. / Sorensen-Alawad, A. / Ruiz, S. / Ozonoff, A.(2013): Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis, in: British Medical Journal 346, f174.
- World Health Organization (WHO)(2014): Community management of opioid overdose, Geneva, online verfügbar unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/; letzter Zugriff: 20.03.2015.

1.7 | Patient_innenrechte in der substitutionsgestützten Behandlung

Claudia Schieren, Andreas Kramer, Marco Jesse

Zusammenfassung

Die substitutionsgestützte Behandlung von Opiatkonsumierenden hat in Deutschland eine fast 30-jährige Geschichte. Viele Dinge sind in dieser Zeit diskutiert und verändert worden. Die Substitution hat heute ein anderes Gesicht als zum Ende der achtziger Jahre. Das Thema Patient_innenrechte bzw. das Verhältnis von Arzt/Ärztin und Patient_in fristet in der Substitutionsbehandlung hingegen ein Schattendasein. Mit diesem Beitrag wollen wir als Patient_innen und als Sprecher_innen der Interessenvertretung von Drogenkonsumierenden, Ehemaligen und Substituierten, den Blick auf dieses vernachlässigte Thema richten.

Welche Rechte haben Patient_innen, genauer gesagt Substitutionspatient_innen?

Der Gesetzgeber hat diese Frage mit dem Patientenrechtegesetz beantwortet. Es fasst die Rechtsprechung zusammen, die vorher auf vielen unterschiedlichen Gesetzen und Urteilen beruhte.

„Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Prävention haben die Würde und Integrität des Patienten zu achten, sein Selbstbestimmungsrecht und sein Recht auf Privatheit zu respektieren. Patient und Arzt haben das gemeinsame Ziel, Krankheiten vorzubeugen, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Eine vertrauensvolle Verständigung zwischen Arzt und Patient ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg einer Behandlung. Die Chancen, die eine Patienten-Arztbeziehung bietet, wenn sie als eine echte Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft verstanden wird, sollten deshalb konsequent genutzt werden. Dem persönlichen Gespräch zwischen Patient und Arzt kommt deshalb eine besondere Bedeutung zu, weil sich dadurch Respekt, Vertrauen und Kooperation im Behandlungsverhältnis entwickeln können. Der Patient hat Anspruch auf angemessene Aufklärung und Beratung sowie auf eine sorgfältige und qualifizierte Behandlung“ (BMG/BMJV o.J.). So sagt es das Bundesgesundheitsministerium in seinem Leitfaden für Patient_innen und Ärzt_innen.

In der Substitutionsbehandlung ist die Handhabung jedoch oftmals eine andere.

Auch hier treffen Arzt/Ärztin und Patient_in aufeinander und schließen sogenannte Behandlungsverträge ab. Jedoch zeigen diese Verträge in der Regel überwiegend die Pflichten des Patienten/der Patientin auf. Der/die Substitutionspatient_in hat allerdings im Gegensatz zu Patient_innen in anderen Indikationsfeldern wie z. B. Orthopädie oder Innere Medizin, um nur einige zu nennen, vielfach keine freie Arztwahl und

unterschreibt jene Verträge, die vorgelegt werden. Dies trifft insbesondere auf Substitutionspatient_innen in strukturschwachen Regionen zu, in denen es nur wenige Ärzt_innen gibt, die in der Substitution tätig sind. Diese fehlende Entscheidungsfreiheit spiegelt sich in einigen Verträgen wieder. So finden sich Hinweise zur Gewaltanwendung gegen Praxismitarbeiter_innen in solchen Verträgen, die den sofortigen Abbruch der Behandlung zur Folge haben.

Insbesondere an diesem Punkt wird die Haltung vieler Ärzt_innen deutlich. Warum sollten Substitutionspatient_innen gewalttätig werden? Sind gewalttätige Übergriffe häufig oder gar die Regel, sodass ein solcher Passus gerechtfertigt wäre? Mitnichten! Regelungen zur Mitsprache bei der Wahl des Medikaments und der Apotheke, sucht man hingegen vergeblich.

In einer im Jahr 2011 durchgeführten bundesweiten Befragung von 702 Substitutionspatient_innen durch JES und die Deutsche AIDS-Hilfe wurde deutlich, dass 24% der Befragten nicht das Medikament ihrer Wahl erhalten, also jede_r 4. Patient_in. In 23% der Fälle waren nach Einschätzung der Patient_innen finanzielle Gründe dafür ausschlaggebend, das Medikament der Wahl nicht zu verabreichen oder der Bitte des/der Patient_in, das Medikament zu wechseln, nicht zu entsprechen (Schieren et al. 2013). Viele Ärzt_innen scheinen derart überzeugt von ihrem verordneten Präparat, dass sie in 22% der Fälle selbst der Grund für eine nicht erfolgte Verschreibung oder Umstellung waren. Nach Auskunft einiger Befragten scheint es trotz der Palette der zur Verfügung stehenden Medikamente Praxen zu geben, die lediglich ein Medikament verschreiben (ebd.). Vor dem Hintergrund, dass in Deutschland eine Palette von Medikamenten zur Substitution zur Verfügung steht und das Vertrauen des/der Patient_in in sein/ihr Medikament eine wesentliche Grundlage für einen positiven Behandlungsverlauf ist, können diese Ergebnisse nur überaus kritisch bewertet werden.

Eine Schweigepflichtentbindung ist in jeder Behandlung notwendig, wenn andere Ärzt_innen oder Institutionen hinzugezogen werden müssen. Im Rahmen der Substitutionsbehandlung wird diese vielfach per se verlangt und dies quasi blanco ohne Einschränkung der Personengruppen oder der Institutionen. Arztpraxen erlegen Opiatkonsument_innen, die sich in eine Substitutionsbehandlung begeben möchten, eine Vielzahl von Pflichten auf, welche eingehalten werden sollen.

Vor dem Hintergrund, dass die freie Arztwahl in diesem Indikationsfeld nicht gegeben ist und Opiatkonsument_innen gerade zum Beginn der Behandlung über wenig Kraft verfügen, können die Unterschriften der Patient_innen unter vielfach unseriöse Behandlungsverträge hinsichtlich ihres Werts bezweifelt werden.

Datenschutz in der Substitutionsbehandlung

Dem Schutz persönlicher Daten sowie der Vertraulichkeit von Behandlungsergebnissen und individuellen Absprachen kommt im Patientenrechtgesetz ein besonderer Stellenwert zu. Wer dagegen verstößt, muss mit weitreichenden Konsequenzen rechnen.

In der Substitutionsbehandlung wird die Einhaltung des Datenschutzes leider nicht so umgesetzt, wie sich das substituierte Patient_innen wünschen und wie es für alle anderen Patient_innen Normalität ist.

So findet die Einnahme des Medikaments nicht in einem geschützten Rahmen, z. B. im Arztzimmer oder in einem dafür vorgesehenen Raum statt. Stattdessen wird die Einnahme des Medikaments am sogenannten „Substitutionstresen“ vollzogen, der sich in Sicht –und Hörweite anderer Substitutionspatient_innen befindet. Zudem werden Ergebnisse von Urinkontrollen und hieraus resultierende Sanktionen ebenso dort mitgeteilt oder diskutiert. Dies ist nicht nur ein Verstoß gegen den Datenschutz, sondern ist Spiegelbild vom Stellenwert substituerter Patient_innen. Welche anderen Patient_innen würde dies hinnehmen? Niemand, weil hier elementare Regeln missachtet werden.

Dabei wäre es so einfach, auch Substitutionspatient_innen so mündig und respektvoll entgegenzutreten, wie dies in einigen uns bekannten Substitutionspraxen beispielhaft gehandhabt wird.

Sanktionen und Kontrollen als Maßnahmen der Disziplinierung?

Urinkontrollen unter Sicht oder gar per Video und die Inspektion des Mundraums nach Einnahme des Medikaments sind unmissverständliche Zeichen, dass auch bei vielen Suchtmediziner_innen die Meinung vorherrscht, dass Menschen in einer Substitutionsbehandlung grundsätzlich lügen und betrügen. Und dass diesen Menschen kein Vertrauensvorschuss gewährt werden sollte.

Wir als JES Bundesverband treten dieser Haltung seit Jahrzehnten entgegen. Hierbei konstatieren wir, dass es wie in jeder anderen Patient_innengruppe, auch Drogen gebrauchende Menschen gibt, die unehrlich sind. Die versuchen zu lügen und zu betrügen und mit Tricks durch die Substitutionsbehandlung zu kommen.

Jedoch stellt sich für uns dabei auch die Frage, warum? Weshalb lügen und betrügen diese Menschen? Schaut man sich die strengen Regeln der Vergabe an, kann man erahnen, warum es zu Täuschungsversuchen kommt.

- Positive Urinkontrollen führen zur Verweigerung der Take-Home-Dosis oder ziehen gar den Abbruch der Behandlung nach sich.
- Positive Atemkontrollen bei Alkoholkonsum führen zur drastischen Reduktion des Substituts.

Die bereits angesprochene Befragung von JES und der DAH bei 702 Substitutionspatient_innen zeigte, dass sich 71% der Befragten, also fast drei Viertel, dahingehend äußern, dass Fehlverhalten, wie z. B. Beigebrauch, Verspätungen, ungebührliches Verhalten oder unpassende Kleidung, mit Sanktionen bestraft wird. Mehr als die Hälfte der Patient_innen (53%) hat selbst bei versäumten Vergabezeiten mit Sanktionen zu rechnen (Schieren et al. 2013).

Insbesondere Sanktionen und Behandlungsabbrüche aufgrund von Beigebrauch erscheinen unserer Ansicht nach fachlich und ethisch falsch. So wirkt das Substitut ausschließlich gegen die Opiatabhängigkeit. Der missbräuchliche oder abhängige Konsum anderer Substanzen bleibt hingegen völlig unberührt. So ist es eigentlich als

normal zu werten, dass Alkohol, Benzodiazepine oder Kokain solange konsumiert werden, bis sie tatsächlich in die Substitutionsbehandlung einbezogen und Behandlungskonzepte entwickelt werden. Nicht umsonst spricht man von einem komorbiden Substanzkonsum der Teil der Suchterkrankung ist.

Substitution 2.0 – Ärzt_innen und Patient_innen als Partner_innen

Sicher muss es Regeln geben und nicht jede_r kann tun und lassen, was er/sie möchte. Aber auch Substituierte sind Patient_innen, die ein Anrecht auf eine faire Behandlung haben und einen respektvollen Umgang verdienen. Der JES Bundesverband fordert im Behandlungsfeld der Substitution ein Umdenken. Wir nennen dies einmal Behandlung 2.0. Im Mittelpunkt steht hier der Auf- und Ausbau eines wirklichen Arzt/Ärztin-Patient_innenverhältnisses. Dieses sollte geprägt sein von der engen Abstimmung von Therapiezielen, eingesetzten Medikamenten und gegebenenfalls erforderlichen Begleitmaßnahmen. Die Grundlage hierfür sind regelmäßige Gespräche und die Vermeidung von Maßnahmen, die Vertrauen zerstören oder sogar gegen Gesetze verstoßen (z. B. Videoüberwachung der Urinabgabe).

Die Einrichtung eines Patientensprechers und einer Patientensprecherin, die an den Teamsitzungen teilnehmen, wenn es um Verbesserungsvorschläge oder Probleme geht und die gehört werden, wenn es um die Rahmenbedingungen der Behandlung geht (Räumlichkeiten, Sauberkeit, Öffnungszeiten etc.) wäre ein neuer Weg der Patient_innenbeteiligung und verdient unserer Ansicht nach unbedingt eine Chance.

Wir als JES Bundesverband möchten mit der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) und dem Dachverband substituierender Ärzte Deutschlands (DSÄ), also den Fachgesellschaften der Suchtmedizin, sowie dem BMG über diese Themen ins Gespräch kommen.

Dies einzig und allein mit dem Ziel, die Potenziale der Substitution noch besser zu nutzen und die oftmals tägliche und jahrelange Verbindung von Patient_innen und Ärzt_innen zu optimieren.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit – BMG / Bundesministerium der Justiz - BMJV (o.J.): Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte, online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/uploads/publications/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf> ; letzter Zugriff: 16.04.2015.

Schieren, C. / Jesse, M. / Schäffer, D. et al. (2013): Das Arzt – Patientenverhältnis in der Opioid-Substitutionsbehandlung, in: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit 10: 1-6, online verfügbar unter: <http://www.indro-online.de/schaeffer2013.pdf> ; letzter Zugriff: 16.04.2015.

1.8 | Elektronische (E-)Zigaretten und E-Shishas auf dem Vormarsch – wo bleibt der Verbraucherschutz?

Heino Stöver

Etwa zwei Millionen Deutsche greifen zur E-Zigarette (Süddeutsche Zeitung 2014). Die Drogenpolitik reagiert nicht wirklich auf dieses neues Phänomen: Auch seit dem Erscheinen des 1. Alternativen Sucht- und Drogenberichtes fehlen immer noch gesetzliche Regelungen für E-Zigaretten und E-Shishas. Auch das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg mahnt gesetzliche Regelungen an, die nichtsdestotrotz auch im letzten Jahr nicht gekommen sind.

Aber wie gefährlich ist das sogenannte 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 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. Gerauchter Tabak hingegen enthält etwa 4.000 chemische Stoffe, von denen mehrere Hundert toxisch (z. T. kanzerogen) sind (ebenfalls nicht auf der Zigarettenschachtel ausgewiesen). Es gibt keine Anhaltspunkte, dass Dampfen Stoffe freisetzt, die gebräuchlichen Standards der Bemessung 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 Forschenden der Cochrane Collaboration (McRobbie et al. 2014) kamen nach Sichtung ausgewählter Untersuchungen zu dem Schluss, dass die E-Zigarette einem Teil der Tabaknutzer_innen helfen kann, von der Tabakabhängigkeit loszukommen oder zumindest den Tabakkonsum zu reduzieren. Sie fanden Hinweise darauf, dass die E-Zigarette etwa ebenso effektiv ist wie Nikotinpflaster. Die höchste Ausstiegsrate aus dem Tabakkonsum hatten E-Zigarettenkonsument_innen (Dampfer_innen), die nikotinhaltiges Liquid benutzten: Nach einem Jahr waren 9% noch ohne Rückfall zur Tabakzigarette. Die niedrigste Ausstiegsrate aus dem Tabakkonsum hatten Dampfer_innen, die Liquids ohne Nikotin benutzten: Hier waren es 4%, die nach einem Jahr noch rauchfrei waren. Hinzu kommen noch die Raucher_innen, die “lediglich” ihren Tabakverbrauch reduzierten: 36% bei denen mit nikotinhaltigen Liquid und 27 Prozent bei denen ohne Nikotin im Liquid. Das alles sind keine revolutionären Ergebnisse – dennoch sollten sie Teil einer Palette von Maßnahmen sein, die aktuellen Tabakraucher_innen zur Entwöhnung bzw. Reduktion angeboten werden soll-

ten. E-Zigaretten sind offenbar eine kleine Hilfe – nicht mehr, aber auch nicht weniger angesichts der hohen Zahl von Tabakraucher_innen in Deutschland!

Die Befürchtung, dass jene Abhängigen, die rauchen und dampfen, ihre Sucht zementieren, ist wissenschaftlich nicht belegt.

Auch dass die E-Zigarette zukünftig als gesunde Alternative beworben werden könnte und Jugendlichen den Weg in die Sucht ebnet, wie das DKFZ befürchtet (DKFZ 2014), ist nicht belegt; aussagekräftige Studien hierzu fehlen.

Gesetzliche Vorgaben, was genau die E-Zigaretten enthalten dürfen und wie sie deklariert werden müssen, gibt es in Deutschland bislang nicht. Die E-Zigaretten-Industrie orientiert sich am Lebensmittelgesetz, das für die Aromaliquids von Bedeutung ist und am technischen Sicherheitsgesetz, welches die technische Funktion der E-Zigaretten gewährleistet. Selbst der Verband des E-Zigaretten-Handels hält die derzeitige Gesetzeslage für „lückenhaft“ und kritisiert, dass eine Umsetzung der EU-Tabakproduktrichtlinie bislang nicht erfolgt sei. Diese muss spätestens 2016 in Kraft treten.

Unter welches Gesetz könnte die E-Zigarette fallen? Das Tabakgesetz scheidet aus, da in der E-Zigarette kein Tabak enthalten ist. Infrage käme noch das Arzneimittelgesetz, unter welches Nikotin fallen kann, wenn es, wie in Nikotinplastern und Inhalationsgeräten, der Rauchentwöhnung dient. In der Tat plädierte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte dafür, E-Zigaretten unter dieses Gesetz zu stellen. Damit würden sie einer strengen Zulassung bedürfen. Diese Sicht wurde allerdings von mehreren Gerichten abgewiesen, zuletzt vom Bundesverwaltungsgericht (Süddeutsche Zeitung 2013).

Laut der neuen EU-Tabakrichtlinie, die bis 2016 in Kraft treten soll, bleiben E-Zigaretten frei verkäuflich. Bei der Werbung sollen künftig die gleichen Einschränkungen wie bei den herkömmlichen Zigaretten gelten.

Die Rat- und Tatlosigkeit der Drogenpolitik und Verantwortlichen führt allerdings dazu, dass nicht nur der wichtige Verbraucherschutz ungenügende Beachtung findet, sondern auch dazu, dass das Potenzial der E-Zigarette für Rauchstopp- bzw. Reduktionsversuche nicht annähernd ausgeschöpft wird. Zu groß die Verwirrung über die Inhaltsstoffe und das evtl. Gefährdungspotenzial für Jugendliche, die zwar erfreulicherweise immer stärker klassische Tabakzigaretten ablehnen, aber süßlichen Aromen beim „Dampfen“ möglicherweise nicht abgeneigt sind.

Aus der Not des Fehlens klarer gesetzlicher Bestimmungen ist eine verbrauchergetriebene Selbsthilfe- und Gesundheits-/Genussbewegung gewachsen: Verbraucher_innen informieren, orientieren und organisieren sich selbst.

Diese Gegenbewegung erhält keine Förderung durch Gesundheitsinstitutionen. Im Gegenteil: 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 Tor zum Rauchbeginn von konventionellen Tabakzigaretten – verbunden mit der Gefahr, dass sie den Prozess der „De-Normalisierung“ des Rauchens untergraben und zu einer „Re-Normalisierung“ des Rauchens führen könnten; eine unbewiesene Jugendverführungstheorie vieler Gegner_innen (Frankenberger 2014). Nutzer_innen

von E-Zigaretten verstehen sich nicht mehr als Raucher_innen, sondern als „Dampfer_innen“ (Ekberg 2014).

Wenige Gesundheitsexpert_innen engagieren sich für Schadensminimierung beim Tabakrauchen und noch weniger für die Frage der Tauglichkeit von E-Zigaretten für die Millionen Noch-Tabakraucher_innen als Risikoreduktionsmittel in Deutschland. Die Grassroots-Bewegung wird alleingelassen und eigentlich ausgegrenzt. Was hat das aber 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 erlangen. Und dazu haben die Verbraucher_innen von E-Zigaretten und Interessierte ein Recht, insbesondere haben sie das Recht, besser informiert und aufgeklärt zu werden.

Was also angesichts der immer noch hohen Zahl gegenwärtiger Raucher_innen sehr erstaunt ist, dass das Potenzial der E-Zigarette in schadensminimierender Hinsicht unbeachtet, ja politisch fast verbannt bleibt. Die offiziellen Verlautbarungen des DKFZ sehen eigentlich nur Gefahren (Pötschke-Langer 2014), unternehmen aber keinen Abwägungsprozess auf evidenzbasierter Ebene, um den Strohhalm, den die E-Zigarette darstellt, für die Rauchprävention nutzbar zu machen und öffentlich aktiver zu bewerben.

Literatur

- Burstyn, I. (2014): Peering through the Mist: Systematic Review of What the Chemistry of Contaminants in Electronic Cigarettes Tells Us about Health Risks, in: *BioMedCentral's Public Health* 14: 1, 18.
- Deutsches Krebsforschungszentrum – DKFZ (2014): Stellungnahme zur kontroversen Diskussion um E-Zigaretten, online verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Stellungnahmen/DKFZ_Stellungnahme_E-Zigarette_2014.pdf; letzter Zugriff: 21.04.2015.
- Ekberg, B. (2014): Statement, in: *sonntaz* (14./15. Juni 2014), 18.
- Frankenberger, S. (2014): Statement, in: *sonntaz* (14./15. Juni 2014), 18.
- McRobbie, H./ Bullen, C./ Hartmann-Boyce, J./ Hajek, P. (2014): Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction, online verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub2/pdf>; letzter Zugriff: 21.04.2015.
- 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./Sweanon, D. (2014): Estimating the Harms of Nicotine-Containing Products Using the MCDA approach, In: *European Addiction Research* 20, 218-225.
- Pötschke-Langer, M. (2014): Statement, in: *sonntaz* (14./15. Juni 2014), 18.
- Süddeutsche Zeitung (2013): E-Zigaretten sind keine Medizinprodukte, online verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gerichtsurteil-e-zigaretten-sind-keine-medizinprodukte-1.1773165>; letzter Zugriff: 21.04.2015.
- Süddeutsche Zeitung (2014): Nebulöse Wirkungen, online verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/wie-gefaehrlich-ist-die-e-zigarette-nebulose-wirkungen-1.1353824>; letzter Zugriff: 21.04.2015.
- World Health Organization – WHO (1986): Ottawa Charter for Health, online verfügbar unter: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>; letzter Zugriff: 20.04.2015.

1.9 | Zur Versorgungssituation älterer Suchtkranker

Daniel Deimel

Zusammenfassung

Aufgrund des demografischen Wandels und gut ausgebauter lebenssichernder Hilfen für Suchtkranke bekommt das Thema der älteren suchtkranken Menschen eine immer größer werdende Bedeutung für die Versorgungssysteme Altenhilfe, Pflege und Suchtkrankenhilfe. Es können in diesem Zusammenhang offene Fragen unter anderem hinsichtlich der Zielsetzung der Suchttherapie, der institutionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, der Wohnformen sowie der Einbindung von Angehörigen in die Behandlung benannt werden.

Der demografische Wandel unserer Gesellschaft hat auch die Suchtkrankenhilfe erreicht. Ein immer größer werdender Teil von Suchtkranken wird älter. Der Grund liegt sicherlich in der Etablierung von schadensminimierenden Maßnahmen, niedrigschwelligen Hilfen (wie aufsuchende Sozialarbeit, Drogenkonsumräume, Kontakt- und Notschlafstellen) sowie der Fundierung der opioidgestützten Substitutionstherapie (OST) als Regelbehandlung Heroinabhängiger. Lag der Anteil der über 35-Jährigen Opiatabhängigen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Jahr 2009 bei rund 6.900, wird sich deren Anteil bis zum Jahr 2019 verdoppeln bis verdreifachen (Deutsche Suchthilfestatistik 2009). Auf der anderen Seite werden in einer immer älter werdenden Gesellschaft immer mehr Menschen in einer späteren Lebensdekade abhängig. So wird der Anteil der alkoholabhängigen Menschen im Alter von über 65 Jahren mit 0,5 - 3% angegeben. In Alten- und Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil dagegen bei 7 - 10% (Kunz et al. 2014). Auch wenn ältere Suchtkranke in der Regel mit dem medizinischen Hilfesystem in Verbindung stehen, werden nur wenige einer suchtspezifischen Therapie zugeführt (Beutel/Baumann 2000).

Diese Entwicklungen gehen mit enormen Anforderungen an die bisher segmentierten und voneinander losgelösten Hilfesysteme Altenhilfe und Suchtkrankenhilfe einher, um den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. Im Folgenden werden in diesem Kontext veränderte Bedingungen, differenzierte Bedarfe und Entwicklungsaufgaben beschrieben.

Alter als vulnerable Lebensphase

Das Alter geht mit körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen einher. Neben eingeschränkter körperlicher Beweglichkeit und Mobilität steigt die Anfälligkeit für Erkrankungen, zudem wird die Endlichkeit des eigenen Lebens deutlich. Ver-

stärkt wird diese Wahrnehmung, indem Angehörige und Freund_innen sterben, Kinder aus dem Haus ziehen und sich der eigene Familienbund auflöst. Ferner fallen zentrale Bindungen und Rollen weg. Die Vergangenheit bekommt eine zentrale Bedeutung und die Frage nach dem Lebenssinn bekommt eine starke Gewichtung. Das Alter stellt somit eine Herausforderung in der Bewältigung dar und kann als vulnerable Lebensphase bezeichnet werden. Befindet sich ein Mensch in einer solchen Lebensphase, kann die Eingebundenheit in ein soziales Netzwerk als hilfreich empfunden werden. Problematisch ist es hingegen, wenn suchtkranke Menschen über keine oder nur rudimentäre supportive soziale Kontakte verfügen. Gerade dann fällt Suchtberater_innen die Aufgabe zu, diese Phase zu begleiten und mit den Klient_innen Antworten auf diese existenziellen Fragen zu finden. Diese Situation ist für die Berater_innen häufig insofern neu, als sie sich in der Regel in Begleitung von Jugendlichen und Erwachsenen wieder gefunden haben, welche sich in der Mitte ihres Lebens befunden haben. Somit waren sie mit diesen spezifischen Fragestellungen wenig bis gar nicht konfrontiert.

Komplexe Komorbiditäten

Suchterkrankungen gehen häufig mit komorbiden psychischen Störungen einher. Schätzungen gehen bei Drogenabhängigen von einer Komorbiditätsrate von 50 - 70% aus (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2006). Insbesondere Depressionen, generalisierte Angststörungen, soziale Phobien, posttraumatische Belastungsstörungen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen tauchen vermehrt auf (Lieb/Isensee 2007; Wittchen et al. 2008). Drogenabhängige weisen zudem eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis C und HIV-Infektionen auf (Backmund 2008; Marcus 2005) Wenn altersspezifische Erkrankungen wie Demenz, Diabetes mellitus Typ II, kardiovaskuläre Erkrankungen und Tumorerkrankungen hinzukommen, entwickeln sich hochkomplexe medizinische, psychische und soziale Konfliktsituationen. Diesem Bedarf entsprechende Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten sind bisher wenig gut ausgebaut.

Substitutionsbehandlung im Alter

Die OST stellt die Regelbehandlung Opiatabhängiger dar. Gerade dieses Klientel ist aufgrund des häufig langjährigen intravenösen Drogenkonsums komplexen somatischen, psychischen und sozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt (Deimel 2013; 2015). Altersbedingte Erkrankungen tauchen bei dieser Gruppe erfahrungsgemäß deutlich früher auf. Sie wirken körperlich vorgealtert und weisen gegenüber den Alltagsnormen der Allgemeinbevölkerung einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Häufige somatische Erkrankungen sind Bluthochdruck, Herzprobleme, Gelenkprobleme, chronische Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Störungen, Diabetes mellitus, Osteoporose sowie Leber- und Nierenerkrankungen. Häufig existiert eine unklare Wechselwirkung zwischen dem verordneten Substitut und weiterer Medikation, welche aufgrund der somatischen Erkrankungen indiziert ist (Dürstler-MacFarland 2014). Kämper (2009) berichtet, dass die ambulante Pflege dieser Klient_innen mit

besonderen Herausforderungen verbunden ist. So erfassen die Pflegekassen nur in wenigen Fällen den tatsächlichen medizinischen Bedarf von suchtkranken Menschen und die Auflagen des Heimgesetzes sind wenig geeignet, für diese Zielgruppe adäquate Wohn- und Lebensformen zu entwickeln. Gerade für ältere Patient_innen, welche eine eingeschränkte Mobilität aufweisen, stellt der tägliche Weg zur Substitutionsbehandlung eine besondere Herausforderung dar. Für diese Patient_innen sollte die Substitutvergabe auch über ambulante Pflegedienste ermöglicht werden.

Soziale Teilhabe realisieren

Suchtkrankenhilfe, Altenhilfe und Pflege fußen auf unterschiedlichen sozialrechtlichen Hintergründen. Zudem ist ihre Refinanzierung äußerst heterogen. Die Suchthilfe fokussiert primär auf den Erhalt oder das Wiedererlangen der Erwerbsfähigkeit, indem als Kardinalziel die Abstinenz erreicht wird. Dagegen zielt die Altenhilfe stark auf den Erhalt der Fähigkeiten zum selbstbestimmten Leben und einer Lebenszufriedenheit in der aktuellen Situation. Es stellt sich die Frage, wie in einem integrierten Behandlungsansatz die soziale Teilhabe realisiert werden kann. Der Begriff der sozialen Teilhabe sollte in diesem Zusammenhang nicht zu eng geführt werden und sich nicht nur oder primär auf die Teilhabe am Arbeitsleben beschränken. Hilfreicher scheint hier die Definition der Teilhabe an Lebensbereichen im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zu sein. Demnach ist eine Person funktional gesund, wenn sie „(...) ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird.“ (DIMDI 2005: 4). Kritisch anzumerken ist die veränderte Bewilligungspraxis der Rentenversicherung von Rehabilitationsmaßnahmen für mehrfachrückfällig gewordene Suchtpatient_innen. In diesem Zusammenhang kam es im Jahr 2014 bereits zur Schließung der etablierten suchtherapeutischen Fachklinik PAUKE Reha (<http://www.pauke-reha.de>). Es stellt sich die deutliche Frage, welches „Therapiebudget“ ein suchtkranker Mensch für seine Lebenszeit inne hat und was und wie viele Ressourcen eine Gesellschaft für die Rehabilitation dieser Menschen bereit ist aufzubringen. Diese Frage darf nicht einseitig durch eine Bewilligungspraxis eines Kostenträgers beantwortet werden. Es bedarf viel mehr eines offenen politischen Diskurses, an dem Selbsthilfegruppen, Fachverbände, Politiker_innen, Kostenträger_innen und Wissenschaftler_innen gleichermaßen vertreten sind.

Adäquate Wohnformen schaffen

Wohnen im Alter steht grundsätzlich in dem Konflikt, einerseits den individuellen Anforderungen (Barrierefreiheit, spezifische psychiatrische und soziotherapeutische Behandlung) gerecht zu werden und auf der anderen Seite inklusiv zu sein und ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu realisieren. In diesem Spannungsfeld müssen unterschiedliche Wohnformen entwickelt werden, welche die Durchlässigkeit im Versorgungssystem berücksichtigen. Einrichtungen, welche dem Abstinenz-Para-

digma unterliegen und/oder nicht mit Rückfällen arbeiten, stellen eine hochschwellige Barriere im Versorgungssystem dar. Gerade die prekäre Situation des Wohnungsmarktes im urbanen Raum verschärft die Lage für suchtkranke Klient_innen, da diese Personengruppe stigmatisiert wird und auf dem Wohnungsmarkt über keine entsprechende Lobby verfügt. Soziotherapeutische Langzeiteinrichtungen, welche sich auf ältere Klient_innen spezialisiert haben, sind in der Versorgungslandschaft bisher die Ausnahme. Der Bedarf dieser Einrichtungen wird in Zukunft steigen. Eine entsprechende gesicherte Finanzierung dieser Einrichtungen muss über die entsprechenden Kostenträger_innen gewährleistet werden.

Kooperation von Alten- und Suchtkrankenhilfe

Es bedarf auf kommunaler Ebene einer gut funktionierenden Zusammenarbeit zwischen Institutionen der Suchtkrankenhilfe, Altenhilfe sowie ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen. Alle Parteien können von solchen Netzwerken profitieren, indem Wissenstransfer und Kompetenzerweiterung ermöglicht werden und vorhandene Ressourcen effizient eingesetzt werden. Es bedarf jedoch auch verbindlicher Absprachen, mit welcher Zielsetzung und in welcher Form die Zusammenarbeit realisiert werden soll. Kooperationsvereinbarungen können hier für Klarheit sorgen. Den kommunalen Drogenbeauftragten und den Landeskoordinierungsstellen Sucht kommt bei der Initiierung und Implementierung dieser Netzwerke sowie bei der Herstellung des Wissenstransfers eine besondere Bedeutung zu. Ein gelungenes Netzwerkprojekt ist in diesem Zusammenhang das „Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege“-Projekt (SANOPSA), welches an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen entwickelt wurde.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Diese hochkomplexen Belastungssituationen stellen nicht nur besondere Anforderungen an die beteiligten Institutionen. Es bedarf einer multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit von Internist_innen, Suchtmediziner_innen, Alten- und Krankenpfleger_innen, Sozialarbeiter_innen, Psycholog_innen und Theolog_innen. Entscheidend ist hierbei, dass die jeweiligen Fachkräfte Kenntnisse der Zugangswege, der konzeptionellen Ausrichtung sowie Arbeitsweisen des jeweilig anderen Hilfesystems haben.

Fortbildungsbedarf von Fachkräften

Eine erste Anlaufstelle für Betroffene stellt die hausärztliche Versorgung dar. Internist_innen müssen hier in der Suchtdiagnostik und Gesprächsführung entsprechend geschult sein. Zudem sollten sie über Kenntnisse des regionalen Suchtkrankenhilfesystems verfügen. Kämper (2009) benennt einen suchtspezifischen Fortbildungsbedarf für Altenpflegekräfte, da die Ausbildung primär auf altersbedingte Erkrankungen

(Geriatric) fokussiert. Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojektes wurden an acht Standorten Schulungen für Mitarbeitende der Sucht- und Altenhilfe initiiert. Zudem wurde ein Curriculum zum Thema „Sucht und Alter“ entwickelt, welches in die Ausbildung zur/zum Altenpflegerin/Altenpfleger integriert werden kann (<http://www.alter-sucht-pflege.de>). Offen bleibt jedoch, wie diese Modellprojekte in der Fläche implementiert und verstetigt werden.

Spezifische psychosoziale Interventionen

Es existieren bisher wenige suchtspezifische Beratungs- und Interventionsformate, welche sich explizit an ältere Suchtkranke richten. Die Entwicklung und Erprobung von entsprechenden psychosozialen Behandlungsangeboten sollte auf der Basis von evidenzbasierten Forschungsergebnissen erfolgen und im Suchtkrankenhilfesystem etabliert werden.

Begleitung von Angehörigen

Die Bedeutung von Angehörigen Suchtkranker nimmt stetig zu. So leisten sie wichtige Motivationsarbeit, unterstützen die Kranken und stellen Kontakt zum Hilfesystem her. Bei älteren Suchtkranken können sie zudem in die Pflege eingebunden sein. Sie stehen hier in einem permanenten Spannungsfeld: Einerseits wollen sie den enormen Anforderungen gerecht werden und andererseits sollten aus der Perspektive der Selbstfürsorge die eigenen Bedürfnisse und Grenzen nicht aus dem Blick geraten. Aus diesem Grund sollte Angehörigen der Zugang zu entsprechenden psychosozialen Beratungsangeboten und Selbsthilfegruppen ermöglicht werden, die einen thematischen Zugang zur Begleitung älterer Suchtkranker besitzen.

Weiterführende Links

SANOPSA. Sucht im Alter – Netz- und netzwerkbasierte Optimierung der ambulanten und stationären Pflege. Projektseite online unter: <http://www.sanopsa.de/internet/home/>

Literatur

- Backmund, M. (2008): Heroinabhängigkeit – Hepatitis C – HIV. Bedeutung für die Substitution, Landsberg.
- Beutel, M./Baumann, M. (2000): Rehabilitation suchtkranker älterer Patienten, in: Suchttherapie 1: 3, 155-162.
- Deimel, D. (2013): Psychosoziale Behandlung in der Substitutionstherapie. Praxis Klinischer Sozialarbeit, Marburg.
- Deimel, D. (2015): Die psychosoziale Situation substituierter Opiatabhängiger - Implikationen für die Klinische Sozialarbeit, in: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 27, 54-63.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Deutsche Ausgabe), online verfügbar unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf; letzter Zugriff: 26.01.2015.
- Deutsche Suchthilfestatistik (2009): Ambulante Suchthilfe (Tabellenband), online verfügbar unter: <http://www.suchthilfestatistik.de>; letzter Zugriff: 10.03.2015
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006): Drogenabhängigkeit (Suchtmedizinische Reihe Band 4), Hamm.
- Dürsteler-MacFarland, K., M./Herdener, M./Vogel, M. (2014): Probleme älterer Patienten in Substitutionsbehandlung, in: Suchttherapie 15: 3, 113-117.
- Kämper, B. (2009): Drogenabhängigkeit und ambulante Pflege – Eine Falldarstellung, in: Suchttherapie, 10: 1, 25-27.
- Kunz, I./Dreher, M./Schmidt, V./Lang, S./Hoffmann, R./Auwärter, V./Yegles, M./Kühberger, A./Laireiter, A./Iglseher, B./Thon, N./Wurst, F. M. (2014): Alkohol- und Benzodiazepinkonsum bei älteren und hochbetagten Menschen – Ergebnisse aus dem INTEREG-Projekt Alter und Sucht, in: Suchttherapie 15: 3, 105-112.
- Lieb, R./Isensee, B. (2007): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität, in: Moggi, F. (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, Bern, 27-58.
- Marcus, U. (2005): Drogenkonsum und HIV/Aids in Deutschland. Zur Epidemiologie, in: Klee J./Stöver H. (Hrsg.): Drogen, HIV/Aids, Hepatitis. Ein Handbuch, Berlin, 52-86.
- Wittchen, H. U./Apelt, S. M./Soyka, M./Gastpar, M./Backmund, M./Gölz, J./Kraus, M. R./Tretter, F./Schäfer, M./Siegert, J./Scherbaum, N./Rehm, J./Bühner, G. (2008): Feasibility and Outcome of Substitution Treatment of Heroin-Dependent Patients in Specialized Substitution Centers and Primary Care Facilities in Germany. A Naturalistic Study in 2694 Patients, in: Drug and Alcohol Dependence 95: 3, 245–257.

1.10 | Drogenkonsum und Gesundheitsverhalten in der homo- und bisexuellen Community

Daniel Deimel, Heino Stöver

Zusammenfassung

Dem Drogenkonsum von Männern, die Sex mit Männern haben, und den damit verbundenen Kontextbedingungen wird in der klassischen Suchtkrankenhilfe bisher wenig Bedeutung zugesprochen. Insbesondere der Konsum von Clubdrugs ist in Teilen der homo- und bisexuellen Community verbreitet. Es bedarf einer intensiveren wissenschaftlichen Untersuchung dieser Konsumkontexte und Lebenswelten, um entsprechende Präventions- und Beratungsangebote zielgenauer entwickeln zu können. Zudem sollte eine stärkere Verknüpfung und Kooperation zwischen Schwulenberatungen, AIDS-Hilfen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe vorangerieben werden.

Ausgangslage

Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2014 heißt es, dass „in einigen Kreisen homosexueller Männer, aber auch bei Drogenkonsumenten ein zunehmender Konsum unterschiedlicher psychoaktiver Substanzen zu verzeichnen (ist), die zumeist illegal sind.“ (Bundesdrogenbeauftragte 2014:154). Offen bleibt in dem Bericht eine differenzierte Analyse, wie groß diese Gruppe ist, welche Drogen konsumiert werden, welche Risiken damit assoziiert sind und wie mit dieser Zunahme von drogenkonsumierenden homosexuellen Männern umzugehen ist bzw. welche Maßnahmen geplant sind.

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), gelten als Risikogruppe für HIV-Neuinfektionen. So machten sie im Jahr 2013 von den geschätzt 3.200 HIV-Neuinfektionen etwa 2.400 aus. Von den rund 80.000 Menschen, die mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung in Deutschland leben, fielen schätzungsweise rund 53.000 auf die Gruppe der MSM (RKI 2014). Daneben wird, wie in Abbildung 1 dargestellt, ein erhöhter Suchtmittelkonsum, insbesondere von chemischen Drogen (je nach Kontext als Clubdrugs oder Chemsex-Drugs zusammengefasst) wie z. B. Amphetaminen, Crystal Meth, Ketamin und Amylnitrit, in Teilen der homosexuellen Community festgestellt (Bochow et al. 2012; ZIS 2014). In jüngster Zeit wurde zudem über den intravenösen Konsum von Amphetaminen bei MSM in Deutschland berichtet (DAH 2014). In einer Sekundäranalyse der Daten des European MSM Internet Survey (EMIS) zum Drogenkonsum von MSM konnte gezeigt werden, dass in der deutschen Kontrollgruppe ein Prozent der Befragten über den Konsum von Chemsex-Drogen in

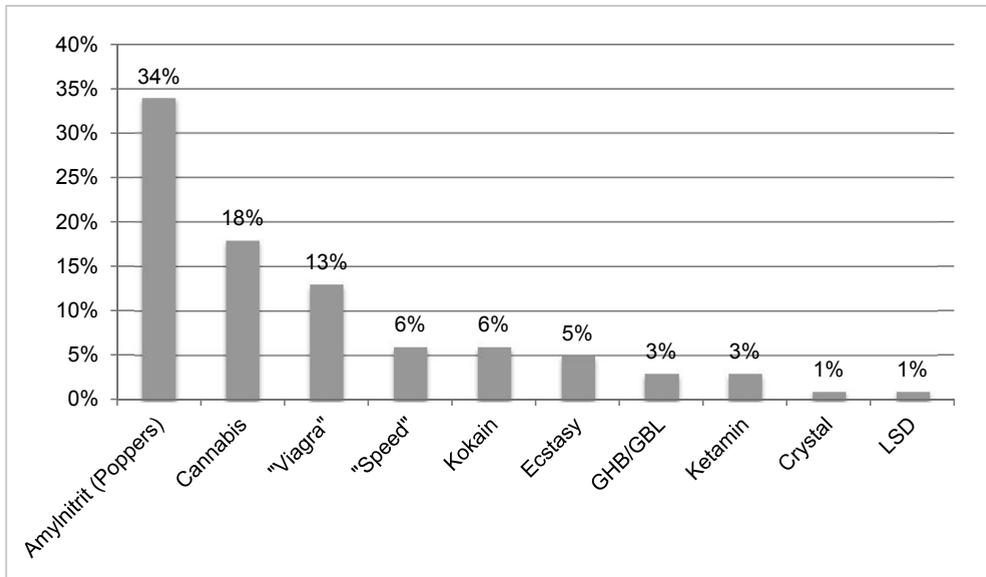


Abbildung 1: 12-Monatsprävalenz verschiedener Substanzen bei MSM in Deutschland. Daten der EMIS-Studie, n = 54.387 (Bochow et al. 2011: 126)

den der Befragung vorangegangen vier Wochen berichteten. Es existieren bezüglich der Prävalenz jedoch räumliche Unterschiede. So ist der Konsum im urbanen Raum deutlich höher und ist in den deutschsprachigen Städten Zürich (7,0%), Berlin (5,3%), Köln/Bonn (3,8%) und Wien (3,6%) am höchsten (Schmidt/Marcus 2014).

Der Drogenkonsum von MSM wird mit einem erhöhten sexuellen Risikoverhalten assoziiert (Dirks et al. 2012). Kontextfaktoren, wie das Eingebunden-Sein in eine Community, eine spezifische Partyszene (sog. Circuit Partys) sowie eine Funktionalität der Droge beim Sex (z.B. Leistungssteigerung), dürften beim Konsum von psychotropen Substanzen eine bedeutsame Rolle spielen (Gaissad 2013, O'Byrne/Holmes 2011). Hinsichtlich der Konsummotive, -bedingungen und -formen ist insbesondere für Deutschland die Studienlage sehr gering. Der überwiegende Teil der Studien stammen aus dem US-amerikanischen Raum oder aus Großbritannien (vgl. Ross et al. 2003). So konnten Bourne et al. (2014a) in ihrer qualitativen Untersuchung in London (n = 30) vier Formen des Drogenkonsums und sexueller Risikobereitschaft identifizieren:

„(1) Mehr als ein Viertel der Teilnehmer (von denen alle HIV-positiv waren) hatten sich im Vorfeld entschieden, ungeschützten Analsex mit Männern zu haben, von denen sie glaubten, dass sie ebenfalls HIV-positiv waren. Drogen können die Anzahl der Männer, mit denen sie Sex haben, sowie die Dauer des Geschlechtsakts erhöhen, schienen jedoch nicht der Hauptantrieb für die sexuelle Risikobereitschaft zu sein.

(2) Fast ein Drittel der Männer fanden es schwierig, ihr Verhalten unter dem Einfluss von Drogen zu kontrollieren und gingen das Risiko der Übertragung von HIV oder anderen Infektionskrankheiten ein, was sie anschließend bereuten. Dies waren häufig

Männer, die bereits zuvor Probleme bei der Vereinbarung von Safer Sex hatten, die sich beim Konsum von Drogen noch verstärkten.

(3) Ein kleiner Teil der Männer suchte nach risikobehaftetem Sex und fühlte sich durch die Einnahme von Drogen noch risikobereiter, weil sie so sexuelle Grenzen überschreiten und sexuelle Fantasien von Gefahr und Überschreitung auslebten.

(4) Eine erhebliche Minderheit – ca. einer von vier Teilnehmern – hatte häufig Chemsex, hatte aber das Gefühl, das eigene Handeln kontrollieren zu können, war mit dem Sexleben zufrieden und hatte Sex unter sehr begrenzter Wahrscheinlichkeit der Übertragung von HIV oder anderen Infektionskrankheiten.“ (Bourne et al. 2014b: 6-7)

Ein Transfer dieser Studienergebnisse auf die Situation der MSM in Deutschland sollte nicht pauschal vollzogen werden, da sich die Lebensbedingungen, kulturellen Differenzen sowie der Aufbau und die Struktur der Hilfesysteme unterscheiden und einen Einfluss auf die Datenlage haben dürften.

Lebenswelt homo- und bisexueller Männer

Suchtbehandlung muss sich am Alltag und der Lebenswelt der Nutzer_innen orientieren und Gender-Aspekte berücksichtigen. Die Lebenswelt und -bezüge der homo- und bisexuellen Community spielen jedoch in der klassischen Suchtberatung eine untergeordnete Rolle. So findet sich beispielsweise in dem Handbuch „Männlichkeiten und Sucht“ des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (2011) bisher kein Kapitel zum Thema Homosexualität. Zudem scheint das Thema Sexualität grundsätzlich in der Beratung und Suchtbehandlung eine eher randständige Rolle zu spielen. So konnte Demmel (2010) in einer Befragung von alkohol- und drogenabhängigen Patient_innen (n = 141) in Rehakliniken zeigen, dass aus ihrer Sicht das Thema Sexualität für die Behandlung der Suchterkrankung eine hohe Bedeutung besitzt. Lediglich 18,8% der alkoholabhängigen bzw. 25,0% der drogenabhängigen Patient_innen berichten jedoch, dass sexuelle Probleme Gegenstand ihrer eigenen Behandlung waren. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dass das MSM-Klientel durch das bestehende Suchthilfesystem kaum erreicht wird. Homo- und bisexuelle Männer, die hinsichtlich ihres Suchtmittelkonsums eine Beratung wünschen, tauchen zunehmend in Einrichtungen der Schwulenberatungen und AIDS-Hilfen auf. Diese verfügen naturgemäß über umfangreiche Erfahrungen und Einblicke in die Lebenswelt von MSM, halten jedoch kaum suchtspezifische Angebote vor. Die Schwulenberatung Berlin stellt hier eine Ausnahme dar. Sie bietet ambulante Suchttherapie, betreute Wohngruppen, offene Angebote und Konsumreduktionsprogramme explizit für homo- und bisexuelle Männer an.

Entwicklungsbedarfe

Neben dem bereits benannten Forschungsdefizit besteht ein großer Bedarf zielgenauer Präventions-, Beratungs- und Behandlungsstrategien sowie an der Entwicklung konkreter Hilfsangebote für diese Klientel. Durch verstärkte Zusammenarbeit zwischen lokalen Aids-Hilfen und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe könnten Syner-

gieffekte erzielt werden. Das Ziel solcher Kooperationen könnte zu einem Wissenstransfer zwischen den beiden Hilfesystemen beitragen und helfen, Zugangsbarrieren für Klienten abzubauen und zu einer Optimierung von Angeboten, wie z. B. einer Spezifizierung von Präventionsstrategien insbesondere in Bezug auf Schadensminimierung (safer use und safer sex), die Verbreitung von HIV und weiteren sexuell übertragbaren Infektionen sowie die Suchtmittelabhängigkeit, führen.

Ausblick Clubdrug-Studie

Die Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen sowie das Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences führen aktuell die Clubdrug-Studie durch. Im Rahmen dieser multizentrischen explorativen Studie mit einem qualitativen Forschungsansatz werden 20 drogenkonsumierende MSM hinsichtlich ihrer Konsummotive, der Kontextbedingungen des Drogenkonsums sowie der Konsumformen befragt. Die Interviews werden in Berlin, Köln und Frankfurt a.M. durchgeführt. Die Studie wird durch die Deutsche AIDS-Hilfe, Schwulenberatung Berlin, Aidshilfe Köln, Aidshilfe Frankfurt a. M. unterstützt. Weitere Informationen zu dem Projekt finden Sie unter: <https://clubdrugstudie.wordpress.com>

Literatur

- Bochow, M./ Lenuweit, S. /Sekuler, T. /Schmidt, A. J. (2012): Schwule Männer und HIV/AIDS. Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten, Berlin.
- Bourne, A. /Reid, D. /Hickson, F. /Torres Rueda, S. /Weatherburn, P. (2014a): The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham, London.
- Bourne, A. /Reid, D. /Hickson, F. /Torres Rueda, S. /Weatherburn, P. (2014b): Die Chemsex-Studie: Drogenkonsum in sexuellen Umfeldern unter schwulen und bisexuellen Männern in Lambeth, Southwark & Lewisham. Deutsche Zusammenfassung der Kurzfassung, in: *HIVreport* Nr. 3/2014, online verfügbar unter: http://www.hivreport.de/sites/default/files/ausgaben/2014_03_HIV%20report.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2015
- Deutsche AIDS Hilfe (2014): Slamming – Risiken senken beim Spritzen von Chems., online verfügbar unter: <http://www.iwwit.de/wissenscenter/drogen/slamming> ; letzter Zugriff : 15.03.2015
- Demmel, R. (2010): Sexualität und Substanzabhängigkeit – eine Befragung alkohol- und drogenabhängiger Patienten. Abschlussbericht, in: LWL Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) Sexualität und Substanzabhängigkeit. Materialien M6, online verfügbar unter: http://www.lwl.org/ks-downloads/downloads/AK/Materialie_6.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2015
- Die Bundesdrogenbeauftragte der Bundesregierung (2014): Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2014, online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Presse/Downloads/Drogen-_und_Suchtbericht_2014_Gesamt_WEB_07.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2015
- Dirks, H./Esser, S./Specka, M./Scherbaum, N. (2012): Suchtmittelkonsum bei homo- und bisexuellen Männern, in: *Sucht* 58:4, 237–246.
- Gaissad, L. (2013): Expending Ourselves at „La Démence ?“. Gay Party Circuit from Consumption to Consumption, in: *Ethnologie française* 43:3, 409-416.
- Landschaftsverbandes Westfalen Lippe (Hrsg.) (2011): Männlichkeiten und Sucht. Forum Sucht. Sonderband 4.

- O'Byrne, P./Holmes, D. (2011): Drug Use as Boundary Play. A Qualitative Exploration of Gay Circuit Parties, in: *Substance Use & Misuse* 46, 1510–1522.
- Robert Koch Institut (2014): Schätzungen der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin* Nr. 44, online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2014/Ausgaben/44_14.pdf?__blob=publicationFile; letzter Zugriff: 25.02.2015.
- Ross, M. W./Mattison, A. M./Franklin, D. R. (2003): Club Drugs and Sex on Drugs Are Associated with Different Motivations for Gay Circuit Party Attendance in Men, in: *Substance Use & Misuse* 38: 8, 1173–1183.
- Schmidt, A. J./Marcus, U. (2014): Chemsex-Drogen im europäischen Städtevergleich, in: *HIVreport* Nr. 2014/4, 4-13, online verfügbar unter: http://www.hivreport.de/sites/default/files/ausgaben/2014_04_HIV%20report.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2015
- Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) (2014): Amphetamin und Methamphetamin. Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen, Hamburg.

1.11 | Gute Praxis: Suchtprävention und Gesundheitsförderung in der Partyszene

Sonia Nunes, Johanna Kuban, Dirk Grimm

Zusammenfassung

Die Partyszene ist ein Risikoumfeld für junge Drogengebraucher_innen. Das Suchtpräventionsprojekt Mindzone, getragen vom Landes-Caritasverband Bayern e.V., wendet sich an junge Partygänger_innen mit dem Ziel der Risikominimierung beim Konsum von Designerdrogen. Durch eine entsprechende Präsenz, unter anderem von Peers, im Nachtleben soll das Projekt zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln sensibilisieren.

Die Partyszene als Risikoumfeld

Laut Reitox-Bericht 2014 der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Sucht (DBDD) haben rund ein Viertel aller Erwachsenen hierzulande im Laufe ihres Lebens Erfahrungen mit illegalen Substanzen gesammelt. In manchen Lebenswelten ergeben sich bezüglich des Substanzkonsums höhere Prävalenzzahlen als in der Allgemeinbevölkerung. So weisen bestimmte Subkulturen – wie die elektronische Musikszene – einen höheren Substanzgebrauch auf als beispielsweise die breite Masse der Partygänger_innen. Das Publikum ist so heterogen, wie es die Anlässe selber auch sind. Partygänger_innen haben oftmals verschiedene Erwartungen, das Feiern stimuliert verschiedene Bedürfnisse und die Nacht ist attraktiv für Grenzerfahrungen. Besonders auf Partys besteht ein großes Verlangen nach Ekstase und Rauscherleben – oft unterstützt durch legale und illegale Substanzen. Partygänger_innen setzen sich oftmals durch ihren Substanzkonsum höheren gesundheitlichen Risiken aus: Sie betreiben häufig Mischkonsum und tragen ein erhöhtes Risiko, Substanzen überzudosieren. Gleichzeitig geht aus Studien hervor, dass offenbar andere Wege in der Ansprache dieser Zielgruppe erforderlich sind, da diese kaum oder gar nicht von den Angeboten der klassischen Suchtprävention und Suchthilfe erreicht werden.

Das Projekt MINDZONE

Das Suchtpräventionsprojekt MINDZONE wurde im März 1996 vom Landes-Caritasverband Bayern e.V. in Kooperation mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium gegründet. Anlass war der gestiegene Konsum verschiedener Designerdrogen unter

Partygänger_innen. Zur selben Zeit entstand im Raum München eine sehr lebendige, ausgeprägte Clubkultur und Partyszene.

Da die damaligen, oft auf Abschreckung und Repression abzielenden Präventionsmaßnahmen sich als nicht zielführend erwiesen und in der Partyszene nur auf wenig Akzeptanz stießen, ging es den Gründer_innen von MINDZONE darum, ein innovatives Projekt mit niederschwelligem, aufsuchendem und akzeptanzorientiertem Ansatz auf den Weg zu bringen. Primäres Ziel war dabei, bedürfnisgerechte und zielgruppenaffine Präventions-Methoden zu entwickeln, die konkret auf die Lebenswelt junger Partygänger_innen angepasst sind. Dank dieser lebensweltorientierten Ausrichtung konnte der Zugang zu einer bis dato schwierig oder gar nicht erreichbaren Klientel verbessert werden.

MINDZONE möchte allen interessierten Partygänger_innen die Möglichkeit geben, sich über Themen wie Partydrogen, Konsum, Missbrauch, Lebensgestaltung, Gesundheit und Eigenverantwortung zu informieren und will somit für diese Thematiken sensibilisieren. Generell setzt sich MINDZONE mit den Problemen auseinander, die beim Konsum von legalen und illegalen Substanzen in verschiedener Weise auftreten können. Weiter geht es darum, die Risiken des Konsums von psychoaktiven Substanzen selbstverantwortlich abschätzen zu können. Das Projekt möchte weder den Zeigefinger erheben und den Drogenkonsum verteufeln, noch will es diesen verharmlosen. Drogenkonsum wird grundsätzlich nicht moralisch bewertet.

Die Angebote und Ziele von MINDZONE

Unter dem Motto „sauber drauf!“ ist MINDZONE direkt in Clubs oder auf Festivals aktiv. Bei den Vor-Ort-Aktionen werden am Info-Stand jugendgerechte Info-Materialien (u. a. Flyer, Info-Booklets) zu verschiedenen in der Partyszene relevanten psychoaktiven Substanzen verteilt und aktuelle Pillenwarnungen ausgelegt.

Aufgrund der in Deutschland geltenden Altersbeschränkungen nach dem Jugendschutzgesetz ist das anzutreffende Klientel in den Clubs meist volljährig. Da MINDZONE keine langzeitpädagogische Betreuungsmaßnahme darstellt, sondern als Vermittler zwischen Adressat_innen und entsprechenden Beratungseinrichtungen fungiert, arbeiten die Projekt-Mitarbeiter_innen mit ständig wechselnder Klientel.

MINDZONE möchte mit Partygänger_innen ins Gespräch kommen und sie für Drogenrisiken sensibilisieren. Dabei sollen gezielt junge Konsument_innen erreicht werden, noch bevor sich ein problematischer Konsum oder gar eine Abhängigkeit manifestieren.

Durch die Weitergabe von realistischen Informationen über die psychischen und physischen Gefahren des Substanzkonsums sowie Safer-Use und Harm Reduction-Hinweisen zielt MINDZONE darauf ab gesundheitliche Risiken zu verringern.

Generell ist davon auszugehen, dass der Drogenkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen überwiegend eine zeitlich begrenzte Phase darstellt, so dass es oftmals bei einem Probier- oder Gelegenheitskonsum bleibt. Nur selten kommt es zu einer Abhängigkeitsentwicklung und dadurch zu einer notwendigen Anbindung an das Suchthilfesystem.

Für diese temporären Konsument_innen können Informationen über die Wirkungsweisen von Substanzen ein wirksamer Schutz vor „Drogenunfällen“ sein. Hinzu kommen Maßnahmen, die allgemeinen gesundheitlichen Schäden vorbeugen sollen, wie z. B. das Bereitstellen von frischem Obst und Traubenzucker gegen Kreislaufprobleme sowie das Verteilen von Ohrstöpseln gegen Gehörschäden oder die Aufklärungen über die Gefahren von sexuell übertragbaren Krankheiten (HIV- und Hepatitis-Infektion).

Manche Jugendliche praktizieren einen regelmäßigen und hochdosierten Konsum und sind somit potenziell gefährdet, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Auch für diese spezielle Gruppe ist MINDZONE ein wichtiger Ansprechpartner. Neben gezielten Maßnahmen zur Risikominderung möchte MINDZONE Konsument_innen bei ihren Abstinenzversuchen unterstützen. Hierbei besteht die Möglichkeit zur individuellen Erstberatung und Weitervermittlung an Einrichtungen des Suchthilfesystems.

Durch die Präsenz im Nachtleben möchte MINDZONE Jugendliche und junge Erwachsene für einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln sensibilisieren, zum Nachdenken anregen, eine Diskussionsgrundlage schaffen und für Gesundheit werben.

20 Jahre MINDZONE – ein Rückblick

MINDZONE kann mittlerweile in der Münchener Projektzentrale auf fast 20 Jahre Präventionsarbeit zurückblicken. In dieser Zeit hat sich einiges verändert: Zum einen das Konsumverhalten der Partygänger_innen (zunehmender Mischkonsum und erhöhte Risikobereitschaft), aber auch die Partyszene selbst ist einem stetigen Wandel unterworfen. Neben neuen Konsummustern tauchen permanent neuartige, synthetische Substanzen am Drogenmarkt auf. Diese Entwicklungen stellen für die Prävention generell immer wieder neue Herausforderung dar. MINDZONE versucht zu beobachten und schnell auf neue Trends zu reagieren. Um diesen Entwicklungen gerecht zu werden, hat MINDZONE im Laufe der Jahre kontinuierlich auf Schwerpunkt-Themen gesetzt und diverse Informations-Kampagnen gestartet, z. B. zum Drogenmischkonsum, zu Crystal Meth und Neuen psychoaktiven Substanzen (NPS). So entstand eine große Bandbreite an Info-Materialien.

Mittlerweile ist MINDZONE bayernweit mit sieben Projektstandorten in München, Traunstein, Rosenheim, Würzburg, Hof, Neu-Ulm und Regensburg vertreten. Mit den größtenteils nächtlichen Aktionen werden jährlich ca. 90.000 junge Menschen erreicht.

Zu den Entwicklungen im Projekt gehört aber auch das projektinterne Ringen um Positionen und Aussagen, die gerade in Bayern einen schweren Stand haben: z. B. Umgang mit Akzeptanz, Drogenmündigkeit, Legalisierung, Entkriminalisierung.

Hierbei stößt MINDZONE auch immer wieder an Grenzen. Inhaltlich ist oft ein Spagat zu meistern: Einerseits setzt die Bayerische Drogenpolitik einen Rahmen. Andererseits muss das Projekt mit den immer neu auftretenden Konsumtrends und Entwicklungen in der Partyszene Schritt halten können.

Nichtsdestotrotz hat sich MINDZONE als anerkannte Anlaufstelle und „Info-Pool“ rund um die Themen Partydrogen und Trenddrogen etabliert. Diese Informationen wer-

den anderen Fachkräften zur Verfügung gestellt. Zusätzlich bietet MINDZONE spezielle Infovorträge und Fortbildungen für Fachkräfte und Multiplikator_innen an.

Auch im medialen Bereich (Homepage www.mindzone.info und verschiedene Profile im Social-Media-Bereich) bemüht sich MINDZONE um zielgruppengerechte Informationsvermittlung. Mit durchschnittlich 2000 Zugriffen pro Tag erfreut sich die MINDZONE-Webseite größter Beliebtheit. Die meisten Zugriffe sind unter der Rubrik „Aktuelle Substanzwarnungen“ zu verzeichnen, die MINDZONE von Projekten aus dem Ausland (Saferparty Zürich und Checkit Wien) bezieht. Um diesem steigenden Informationsbedarf gerecht zu werden, erscheint es sinnvoll und notwendig, auch in Deutschland Drug-Checking-Programme einzurichten.

Im Laufe der Jahre erweiterte sich das Angebotsspektrum kontinuierlich. 2007 wurde eine benutzer_innenfreundliche, anonyme und vertrauliche Online-Beratung eingerichtet, um für Ratsuchende noch leichter erreichbar zu sein. Dieses virtuelle Beratungsangebot wendet sich sowohl an Betroffene als auch an Angehörige und Bezugspersonen. Mittlerweile hat es einen zentralen Stellenwert in der Projektarbeit eingenommen und erfreut sich einer hohen Auslastung.

Zudem wird über die MINDZONE-Homepage ein bayernweiter Material-Bestellservice angeboten. Unter www.mindzone.info/infomaterial/bestellungen sind sämtliche Info-Materialien bayernweit kostenlos bestellbar. Die bestellten Info-Materialien erfreuen sich einer großen Nachfrage und gehen vorwiegend an Fachkräfte aus der Sucht- und Jugendhilfe sowie Gesundheitsämter und Schulen.

Der Peer-to-Peer-Ansatz

Insgesamt gab es viele Veränderungen in den letzten Jahren. Das Wesentliche der MINDZONE-Arbeit ist jedoch gleich geblieben: der Peer-to-Peer-Ansatz. Die Peers bilden das eigentliche Herzstück von MINDZONE. Sie arbeiten auf ehrenamtlicher Basis und werden auf die Arbeit vor Ort entsprechend vorbereitet und geschult.

Unter „Peers“ sind Menschen zu verstehen, die durch gleiche Altersgruppe, gleichen sozialen und / oder kulturellen Hintergrund, gleiche Vorlieben und Einstellungen gekennzeichnet sind. So sind z. B. Peers, die sich in „Nightlife-Projekten“ wie MINDZONE engagieren, meistens sozial sowie beruflich integrierte Personen, die zum Teil noch nie Drogen konsumiert haben oder keinen problematischen Substanzkonsum aufweisen.

So informieren in der Praxis nicht etwa Sozialpädagog_innen oder Suchtberater_innen, sondern die jungen Erwachsenen als „Peers“ selbst. Es wird davon ausgegangen, dass Verhaltensweisen und Einstellungen von Jugendlichen auf diese Weise eher beeinflusst werden können als durch erwachsene Pädagog_innen, da keinerlei Differenzen aufgrund des Altersunterschieds herrschen. Des Weiteren existieren in Peer-Beziehungen meist keine Machtverhältnisse, wie z. B. zwischen Lehrer_innen und Schüler_innen. Peergroup-Education ist ein „partnerschaftlicher, pädagogischer Handlungsansatz“, der Menschen motiviert, als präventive Rollenmodelle zu wirken. Dabei spielen Training und Unterstützung in der Ausbildung, sowohl auf personeller als auch auf struktureller Ebene, eine erhebliche Rolle.

Derzeit sind bayernweit fast 100 Peers für MINDZONE ehrenamtlich aktiv. Der Peer-Ansatz hat sich bewährt: Die Gespräche finden unter Gleichaltrigen auf Augenhöhe statt und dies verschafft MINDZONE die notwendige Nähe, Glaubwürdigkeit und Akzeptanz.

Kooperation mit dem Institut für Therapieforschung München (IFT)

MINDZONE ist in Kooperation mit dem Institut für Therapieforschung (IFT) München an einer Studie zum Konsumverhalten junger Menschen in der Ausgehszene beteiligt. Da MINDZONE einen direkten und unmittelbaren Zugang zur Zielgruppe hat, wurde es vom IFT gezielt als Kooperationspartner ausgewählt.

Ziel der Studie ist es, Informationen zu neuen Trends beim Substanzmissbrauch legaler und illegaler Substanzen in Form eines Monitoringsystems möglichst frühzeitig zu erkennen und deutschlandweit zusammenzutragen. Zur Datenerhebung wurde ein spezieller Konsument_innen-Fragebogen entwickelt, der sich u. a. mit Prävalenzen von psychoaktiven Substanzen, Aufkommen neuer Substanzen, unerwünschten Nebenwirkungen, Bezugsquellen, usw. befasst. Ein wichtiger Aspekt sind hierbei neuartige Substanzen, die in der Szene gerade „in“ und nach Aussage der Konsument_innen neu sind.

Zudem befasst sich die Studie mit der Zielgruppenerreichung und Wirksamkeitsüberprüfung von MINDZONE. Hierbei werden die Teilnehmer_innen danach befragt, welche Themen sie interessieren, welche Angebote sie nutzen, wohin sie sich wenden würden, wenn sie Fragen zu Drogen haben und welche Fragen sie z. B. interessieren, welche Verbesserungsvorschläge sie für das Projekt haben.

In einer ersten Zwischenauswertung wurden bislang insgesamt 990 Fragebögen ausgewertet. Bei den 12-Monats-Prävalenzen ist auffällig, dass Cannabis die am häufigsten konsumierte Substanz in der Partyszene ist. Die klassischen Partydrogen MDMA und „Speed“ sind in der Partyszene nach wie vor am häufigsten verbreitet. Crystal Meth wird hingegen in der Partyszene nur vereinzelt konsumiert: Jede_r 10. Befragte hat in den letzten 12 Monaten Crystal konsumiert.

NPS sind in der Partyszene im Vergleich zu den etablierten Partydrogen (noch) nicht so weit verbreitet, spielen jedoch hier eine zunehmende Rolle.

Bei der Abfrage für welche Fragen sich Partygänger_innen im Zusammenhang mit Drogen am meisten interessieren, stehen Wirkungsweisen und gesundheitliche Aspekte, wie z. B. Suchtgefahren, aber auch gesundheitliche Folgeschäden des Konsums, ganz klar im Vordergrund.

Die Info-Materialien von MINDZONE werden als überwiegend positiv bewertet und hilfreich angesehen. Insgesamt erfüllt die Präventionsarbeit von MINDZONE eine wichtige und gewünschte Rolle in einer schwer erreichbaren Zielgruppe.

Zusammenfassend wird den niederschweligen, akzeptanzorientierten Projekten eine hohe Glaubwürdigkeit und Akzeptanz bestätigt, sodass diese einen sehr günstigen Zugangsweg zur Konsumierenden-Hochrisikogruppe darstellen.

Der am häufigsten genannte Verbesserungsvorschlag für das Projekt bezieht sich auf das „Drug-Checking“. Die geforderten Substanzenanalysen würden einen deutlichen Gesundheitsschutz für Konsumierende darstellen. Trotz mehrerer Evaluationen aus

verschiedenen Nachbarländern, die alle die gesundheitsfördernde Wirksamkeit von Substanzen bestätigen, ist diese Maßnahme nach wie vor in Deutschland politisch nicht erwünscht. Hier wäre ein politisches Umdenken sehr wünschenswert und angebracht.

Die NPS-Problematik in Bayern

Bei den NPS handelt es sich um Stoffe, die meist die Wirkung althergebrachter Drogen imitieren. Auch gibt es Substanzen, die ein völlig neues Wirkspektrum aufweisen.

Einige Erhebungen (zwei Online-Befragungen) zum Thema NPS deuten darauf hin, dass gerade in Bayern NPS-Konsumierende nennenswert überrepräsentiert sind und der hohe NPS-Konsum hier eine besondere Problemlage darstellt.

So liegt der Verdacht nahe, dass erhöhte Repression von Drogenkonsumierenden seitens der bayerischen Strafverfolgungsbehörden eine eingeschränkte Verfügbarkeit etablierter, illegaler Drogen und zugleich verstärkte Ängste der Konsument_innen mit sich bringen. Dies hat offenbar die Folge, dass Betroffene verstärkt auf schädlichere Substanzen – wie NPS – ausweichen.

Da es zu den meisten NPS bislang keinerlei Forschungsergebnisse bezüglich der Kurzzeit – und Langzeitfolgen gibt, gehen NPS-Konsumierende unkalkulierbare, gesundheitliche Risiken für Körper und Psyche ein.

Die relativ leichte Verfügbarkeit (u. a. über das Internet), der vermeintlich legale Status und die häufige Nichtnachweisbarkeit von NPS bieten für viele Konsumierende einen weiteren Anreiz, zu diesen neuartigen Substanzen zu greifen (vgl. www.nps.mindzone.info; Egger/Werse in diesem Band).

1.12 | Gute Praxis: Wohnhilfen für chronifiziert erkrankte (und alternde) Drogenabhängige

Anabela Dias de Oliveira

Zusammenfassung

Die niedrigschwelligen Langzeit Übergangs- und Stützungs-Angebote (LÜSA-Hilfeangebote) richten sich an chronisch mehrfachscherstgeschädigte drogenabhängige Menschen beiden Geschlechts, die nicht in der Lage sind, selbständig am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und von den herkömmlichen Drogenhilfeangeboten noch nicht bzw. nicht mehr erreicht werden.

Wir bieten „Nischen zum Leben und Arbeiten“, Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Der in allen LÜSA-Hilfeangeboten angewandte lösungsorientierte Arbeits-Ansatz basiert auf dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ und bietet:

- ein Zuhause
- Behandlung
- Betreuung
- Beschäftigung/Tagesstruktur

Landesmodellprojekt LÜSA

Weltweit bestätigen ehemalige Staatspräsident_innen und andere Personen des öffentlichen Lebens wie Kofi Annan, dass „der Krieg gegen Drogen gescheitert ist“ und sich nur gegen Menschen, die Konsument_innen, richtet (Global Commission on Drug Policy 2011).¹²

Dieser Paradigmenwechsel – die Wandlung in den vergangenen Jahrzehnten hin zu akzeptanzorientierter Drogenhilfe und -politik, die mit „Harm-Reduction-Ansätzen“ die hohe Absenkung der drogenbezogenen Todesfälle begründete, ist eine internationale Erfolgsgeschichte.

In dieser Entwicklung ist auch 1996 die Gründung unseres (Träger-)Vereins zur Förderung der Wiedereingliederung Drogenabhängiger (VFWD e.V.) durch leitende Mitarbeiter_innen verschiedener Drogenhilfeeinrichtungen der Region Dortmund zu sehen.

¹² Ähnlich auch der Schildower Kreis: „Diese Politik des Verbotens und Strafens, so steht es in der Professoren-Resolution, sei gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch“. Sie sei erstens schädlich für die Gesellschaft, weil sie die organisierte Kriminalität und den Schwarzmarkt fördere; und sie sei zweitens schädlich für die Drogenkonsumenten, die in ‚kriminelle Karrieren getrieben‘ würden. Der Staat dürfe aber ‚die Bürger durch die Drogenpolitik nicht schädigen‘“ (Süddeutsche Zeitung 2014).

Mit großer Unterstützung aus Politik und Fachkreisen wurde im Herbst 1997 das Landesmodellprojekt Langzeit Übergangs- und Stützungs-Angebot (LÜSA) als niedrighschwellige stationäre Wohn-Einrichtung der Wiedereingliederungshilfe (SBG XII §§53, 54) in Kostenträgerschaft des überörtlichen Sozialhilfeträgers Landschaftsverband Westfalen Lippe in Unna umgesetzt.

Zielgruppe

LÜSA wird genutzt von Drogengebraucher_innen, die in den 1960er/70er Jahren begonnen haben, Drogen zu konsumieren und den Ausstieg aus diesem drogenbezogenen Lebensstil aus vielfältigen Gründen nicht schafften oder/und nicht wollten, sowie denjenigen Konsumierenden, die „noch immer dabei“ – nach wie vor drogenabhängig – sind. Sie konnten dank der in den 1990er Jahren begonnenen akzeptanzorientierten Drogenhilfe überleben und konfrontieren nun das Drogenhilfesystem mit ihrem Alterungsprozess.

Die seit unserer Eröffnung aufgenommenen 390 Klient_innen (ca. 40% Frauen) sind ausschließlich Menschen mit jahrzehntelangen chronifizierten Suchtverläufen insbesondere von illegalisierten Drogen. Mehr als die Hälfte ist über 45 Jahre alt und mehr als 60% unserer Hilfe-Nutzer_innen sind seit über 20 Jahren drogenabhängig.

Der Großteil der Bewohner_innen hat schwierige Biographien und ist schwer traumatisiert (vgl. auch Wuensch 1994), wobei der Drogenkonsum auch als verzweifelter „Selbstheilungsversuch“ gewertet werden kann.

Ein anderer Teil hat in der Adoleszenz, u. a. aus jugendlicher Ausprobierlust, Drogen konsumiert, ist süchtig geworden und hat – auch durch die stigmatisierenden Folgen der Kriminalisierung, Zwangstherapie sowie langjährigen Aufhalten in „totalen Institutionen“ - eine Chronifizierung ausgebildet.

Bei der Problemkomplexität und der schwierigen Gesundheitssituation (nahezu 100% sind HCV- und 25% HIV-positiv, über 20% haben schwere Erkrankungen der Leber, der Lunge, des Herzens, Krebs, Diabetes u. a. m.; darüber hinaus leiden 50% unter einer schweren Angststörung und 75% unter schweren Depressionen) ist in dieser Zielgruppe Abstinenz zumeist keine realistische Zielsetzung.

Suchtbegleitende Überlebenssicherung, die Verhinderung von Verschlimmerung, eine Stabilisierung der Gesamtsituation (insbesondere die Verbesserung der Behandlungs-Compliance) sind unsere wichtigsten Ziele.

Darüber hinaus ist das (Wieder-)Erlernen von sozialverträglicherem Verhalten sich und Anderen gegenüber ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt. Rückfälle in alte Verhaltens- und Konsummuster, Rückschritte und Scheitern sind normale Bestandteile des Veränderungsprozesses. Zwang verursacht unseres Erachtens nur unproduktiven Widerstand, auch deshalb lehnen wir eine Anerkennung nach § 35 f. BtMG („Therapie statt Strafe“) ab.

Diese auf Wiedererlangung von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung setzende Betreuung ist nur möglich, wenn es gelingt die Perspektive der Klient_innen einzunehmen, sie zu verstehen und nicht nur zu ‘diagnostizieren’ sowie alternative Sichtweisen (vgl. akzept e.V. et al. 2014) und Selbsthilfekompetenz (JES Bundesverband 2014a: 13f.; 2014b) mit einzubeziehen.

Über den Drogenkonsum hinaus hat die „Lebenswelt Drogenszene“ etwas Identitäts- und Gemeinschaftsstiftendes. Das zunehmende Verschwinden der Drogenszenen hat zunehmend auch negative Auswirkungen: Isolation, Vereinsamung, Verlust von Sub-Kulturwissen sowie der massive Alkoholkonsum sind u. a. Folgen, die es den Menschen schwerer machen, aus der Sucht heraus zu finden.

LÜSA-Hilfeangebote

Ein Zuhause

welches sicher, empathisch, unterstützend, warm, angenehm und mit wohlwollenden Menschen gestaltet ist. Für uns ein Menschenrecht! Wir fordern von unseren Bewohner_innen Beteiligung, Verantwortung und sozial verträgliches Verhalten.

Behandlung

Ein wesentliches Basis-Angebot ist das Vorhalten einer Substitutionsbehandlung und fortlaufende medizinische Begleitung durch Hausärzt_innen und Psychater_innen. Darüber hinaus pflegen wir die Kooperation mit Anbietern von Qualifizierter Entzugsbehandlung, Ergotherapiepraxen, Ambulanten Pflegediensten, sog. „Wundmanager_innen“, Hospizen etc. Neben den unterschiedlichen externen Hilfen, die vielfach auch ins Haus kommen, sind eigene Angebote aus den Bereichen Ergotherapie und Entspannungspädagogik konzeptioneller Bestandteil.

Betreuung

Wir konzentrieren uns auf die Gegenwart und stärken die Selbstbestimmung unserer Klient_innen. Deshalb arbeiten wir lösungsorientiert statt problemfokussierend.

Themenbezogene Gruppen, Konflikt- und Organisationsgruppen, Klein- und Großgruppen, medizinische, juristische und soziale Beratung sind Kernarbeitsbereiche. Eine konstante und kontinuierliche Einzelbetreuung sowie eine verlässliche 24-Stunden-Präsenz, die auch in der Nacht vertraute Gesprächspartner_innen bietet, sind weitere wesentliche Betreuungsschwerpunkte. Im Einzelfall begleiten wir auch sterbende Klient_innen bis zum Tod.

Tagesstruktur/Beschäftigung

Neben dem Selbstversorgungsansatz stellen Alltagstraining und die Beschäftigungsbereiche Druck-, Holz-, Fahrrad- und Kreativwerkstatt, der Verkaufsbereich mit dem Secondhand-Laden „LÜ-La“ und dem Antikladen, der Versorgungsbereich mit Garten-, Renovierungs-, Hauswirtschaftstätigkeiten sowie die differenzierten Freizeitangebote in unserer Arbeit einen großen Wert dar.

Die Tagesstruktur- und Beschäftigungsangebote, der Selbstversorgungsansatz sowie die Einzel- und Gruppengespräche sollen die Menschen auf die Entlassung in selbständiges Wohnen vorbereiten – das große Ziel der meisten LÜSA-Klient_innen. Dieses

Ziel können sie nur erreichen, wenn sie (wieder) lernen, selbstbestimmt Verantwortung zu übernehmen.

Wir leiten die Bewohner_innen bei den Dingen an, die sie nicht mehr bzw. noch nicht können, wir arbeiten *mit* ihnen zusammen, aber wir übernehmen die Alltagsbewältigung nicht *für* sie.

Das Ziel ist ein zeitstabiler Aufbau von Motivation, Hoffnung, Vertrauen, Mut und Perspektive. Vor diesem Hintergrund investieren wir gerade in den ersten Monaten bewusst in Haltekraft – für uns ist sie Qualitätsmerkmal.

Die LÜSA-Wohnhilfen

Die LÜSA-Wohnhilfeangebote stehen insbesondere Menschen aus Nordrhein-Westfalen (Westliches Westfalen – Großraum Dortmund) zur Verfügung; derzeit werden insgesamt 43 stationäre Plätze in verschiedenen konzipierten stationären Wohnhilfen vorgehalten sowie eine differenzierte Tagesstruktur und „Ambulant Betreutes Wohnen“.

Haupthaus

Das *Haupthaus* ist gleichzeitig Vereinssitz sowie zentrale Anlaufstelle und bietet seit 1997 in einer großen, denkmalgeschützten Jugendstilvilla 16 Wohn-Plätze, meist als Einzelzimmer.

Die verkehrsgünstige Lage in direkter Nachbarschaft zur Fußgängerzone ermöglicht eine gute Einbindung in den „sozialen Raum Stadt Unna“.

Barrierefreies/Behindertengerechtes Wohnen

Am selben Standort bieten wir 5 Plätze für chronisch mehrfachscherstgeschädigte drogenabhängige Menschen mit Körperbehinderung, die sie infolge von (auch drogenbezogenen) Unfällen oder als Folgeerkrankung erworben haben.

Außenwohngruppe

Für die Teilzielgruppe, die Hilfeangebote nutzen, auf gesunde Ressourcen zurückgreifen, sich stabilisieren und Veränderungsprozesse stabil umsetzen kann, bieten wir (fußläufig zum Haupthaus) eine Außen-Wohngruppe mit 4 stationären Plätzen an. Ziel ist die Verselbständigung und Ablösung aus dem stationären Wohnen.

Stationäres dezentrales Einzelwohnen (SEWO)

Ein Teil unserer Bewohner_innen (häufig Menschen mit psychotischen Störungen) hat große Schwierigkeiten, sich mit anderen Menschen in Gruppen zurechtzufinden, benötigt jedoch gleichzeitig verbindliche Betreuungsstrukturen: Sie haben aufgrund ihrer vielfältigen Störungen einen überdurchschnittlich hohen Hilfebedarf und benötigen Ruhe und geschützten Rückzugsraum. Diese besondere Wohnhilfe bietet 4 Bewohner_innen Platz.

Ambulant Betreutes Wohnen

Das Angebot des Ambulant Betreuten Wohnens zielt auf chronisch drogenabhängige Menschen mit Mehrfachschädigungen, die das Projekt LÜSA durchlaufen haben, bzw. drogenabhängige Menschen aus dem Kreis Unna, die zwar selbständig wohnen, aber vorübergehend oder für längere Zeit nicht ohne Unterstützung durch professionelle Hilfen leben können, um die erreichte Stabilisierung halten zu können.

Dauerwohneinrichtung „DAWO“

Für Menschen unserer Zielgruppe, für die der Verselbständigungsprozess nicht leistbar ist, haben wir im Januar 2015 eine Dauerwohneinrichtung „DAWO“ eröffnet.

Wiedereingliederung im Rahmen des SGB XII §53, 54 ist nicht nur definiert als eine gelingende Wiedereingliederung im Sinne der Erreichung einer „selbst- und eigenständigen Lebensführung in der Gemeinschaft“, sondern greift auch für lebenslange bzw. chronische Behinderungen im Sinne einer Dennoch-Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Diese Wiedereingliederungshilfe entspricht dem Hilfebedarf alternder, schwer somatisch erkrankter drogenabhängiger Menschen *mit* deutlich eingeschränkter Lebenserwartung oder/und besonders hoher Entwurzelung und einer durchschnittlichen Voralterung von ca. 15 Jahren (vgl. Institut für Soziale Infrastruktur 2010; Vogt 2011). Sie sind *nicht* mehr in der Lage ohne umfassende Betreuung zu leben und müssen als chronisch behindert gesehen werden.

Das „DAWO“ liegt in Unna ländlich am Stadtrand und bietet mit dem großen Garten, den barrierefreien Einzelzimmern und großzügigen Gemeinschaftsräumen eine angenehme auf Dauer ausgelegte Wohnatmosphäre für 14 Bewohner_innen.

Zum Standard des Hilfsangebotes gehört, wie in den anderen LÜSA-Wohnhilfen, die Substitutionsbehandlung.

Darüber hinaus bieten wir:

- (fach-)medizinische Behandlung und Medikation (somatisch, psychiatrisch),
- eine 24-Stunden-Präsenz, Sicherheit und (Beziehungs-)Konstanz,
- eine empathische (sub-)kultursensible Begleitung,
- Akzeptanz für „Basis-Konsum“,
- eine lebendige Gemeinschaft,
- Tagesstruktur-/Beschäftigungsangebote zur sinnvollen Füllung des Tages, die mit eigenen leistbaren Aufgaben das Gefühl von „Gebrauchtwerden“ vermitteln,
- die hohe Sicherheit, „Zuhause bleiben zu können“ auch bis zum Tod.

Das Projekt betritt Neuland, befasst sich mit den „Schmuddelkindern“ der Süchtigen und in ersten Diskussionen wurde schnell der Begriff des „Altenheims für kranke Drogenabhängige“ geprägt. Tatsächlich bietet es eine Reihe von Ähnlichkeiten zum immer beliebter werdenden Senior_innenwohnen, wenngleich das tatsächliche Lebensalter (ab ca. 45 Jahren) nicht dem der „klassischen Senior_innenheime“ entspricht.

Auch alle weiteren bestimmenden Kriterien für die Gestaltung von Alltag und Zusammenleben unterscheiden sich und sind stark vom Leben in der Subkultur geprägt. Hierzu zählen:

- Illegalitäts-, „Kriminalisierungs-“ sowie Stigmatisierungserfahrung
- Prostitutions-, Beschaffungskriminalitäts-, Psychiatrie- und Gefängniserfahrung
- andere Sprache und anderer Humor
- andere Musik und Kleidung
- andere Rauscherfahrung
- andere Lautstärke, differenter Wohnstil und anderer Raumbedarf
- andere Fähigkeiten, Unzulänglichkeiten, Hilfebedarfe sowie unterschiedliche Gewohnheiten.

So groß die Unterschiede sind, das Bedürfnis, in Würde in einer gewohnten und vertrauten Umgebung zu leben und alt zu werden, unterscheidet sich nicht.

Tod und Sterben bei LÜSA

Zu unserem Verständnis von „Sterben in Würde“ gehört, dass Sterbende auf ihrem letzten Weg nicht „abgeschoben“ werden in anonymes Sterben, sondern dass wir Mitarbeiter_innen und ihre Mitbewohner_innen sie nicht allein lassen.

In solchen Phasen werden die anderen Bewohner_innen stark belastet, neben dem Abschied sehen sie auch sich selbst, ihr eigenes Sterben. Es ist dann intensive Einzelbetreuung notwendig. Gerade hier wird unsere Rolle als „professioneller Familienersatz“ sehr deutlich.

Wir nehmen von den Verstorbenen in einer gemeinsamen Trauerfeier Abschied, wobei wir seit vielen Jahren eng unterstützt werden von einem Pastor und einem örtlichen Bestatter, sodass die Trauerfeiern schön, individuell und ihrem Subkultur-Leben angepasst sind.

Rituale sind uns wichtig: LÜSA veröffentlicht eine individuelle Trauerannonce in der Tageszeitung (jedoch immer mit dem Zusatz: „Wider das anonyme Sterben drogenabhängiger Menschen“).

Wir bewahren das Gedenken an die Gegangenen durch Gedenktafeln in unserem Garten und auch durch den jährlichen „Nationalen Gedenktag für verstorbene Drogenabhängige – 21. Juli“ (Raulf 2013): Traditionell läuten die örtlichen Kirchen die Glocken für uns, wir essen an einer schön gedeckten Tafel mit unseren Klient_innen und Gästen aus der Bürgerschaft sowie der Politik und pflanzen zum Abschluss in unserem Garten ein Gedenkbäumchen.

Kooperation & Gemeinwesen – wir nehmen das Miteinander wichtig

Der VFWD e.V. ist Mitglied in verschiedenen Fachverbänden auf Bundes- und Landesebene (wie z. B. im Akzept Bundesverband e.V., und anderen relevanten Verbänden und AGs).

Wir erwarten von den Bewohner_innen *Respekt* und einen demokratisch-toleranten Umgang untereinander sowie gegenüber anderen Bürger_innen und konfrontieren sie auch mit (bürgerschaftlichem) Engagement und gesellschaftspolitischen Hintergründen (u. a. Wahlen, Demonstrationen). Wir beachten Bürger_innenrechte und -pflichten.

ten und versuchen, einen Blick für die Welt um sie herum und weiter weg zu schaffen und zu schärfen. So ist LÜSA auch Gründungsmitglied der „Tafel“ und des „Runden Tisch gegen Gewalt und Rassismus“ in Unna.

Es ist uns wichtig, auch mit den Beschäftigungsangeboten Bestandteil des Gemeinwesens zu sein und Bürger_innen, insbesondere denjenigen mit geringem Einkommen, bezahlbare Produkte und Dienstleistungen anzubieten und darüber hinaus die Sicht auch auf die Fähigkeiten und Ressourcen unserer Bewohner_innen zu ermöglichen.

Unser Selbstverständnis als Bestandteil des Gemeinwesens kann wie folgt knapp zusammengefasst werden: Partizipation zu fordern und zu fördern, unseren Klient_innen dort, wo ihre Stimme nicht gehört wird, eine parteiische Lobby zu sein.

Das LÜSA-Team

Das interdisziplinäre Team besteht aus Sozialarbeiter_innen sowie weiteren Professionen des sozial-medizinischen Hilfesystems und den handwerklichen Anleiter_innen in den Tagesstruktur-/Beschäftigungsangeboten. Sie bilden eine breite und vielschichtige Sicht auf die Problemkomplexität der Projekt-Nutzer_innen und ihre Lösungswege.

Unser Arbeitsansatz wird von (Fach-)Ärzt_innen begleitet.

Wir sind familienfreundlich, multikulturell und leisten einen wichtigen Beitrag in vielfältigen Ausbildungsbereichen.

Schlussbemerkung

Unsere Haltung **„Keinen verderben zu lassen, auch nicht sich selber – Jeden mit Glück zu erfüllen, auch sich, das ist gut“** (Brecht 1967: 1553) ist uns seit Eröffnung Orientierung.

In den vergangenen Jahren haben über 390 Menschen bei LÜSA gelebt, gelacht, geweint, den Alltag gemeistert, ihren Beitrag zur Gemeinschaft geleistet, gerungen um eine Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Viele konnten wir unterstützen bei dem Aufbau einer selbstbestimmteren Wohnperspektive, einige sind in ihrem „Zuhause“, wie wir denken und hoffen, gut von uns begleitet würdevoll verstorben. Diesen Ansatz und die dahinterliegende Haltung möchten wir uns bewahren.

Den LÜSA-Klient_innen, anderen Drogenkonsument_innen (und auch uns) wünschen wir, dass der hier beschriebene Veränderungsprozess hin zu Selbstverantwortung und -bestimmung in Zukunft nicht mehr von Kriminalisierung und Stigmatisierung erschwert oder gar blockiert wird.

Unsere professionelle Hilfe sollte sich ausschließlich mit der Bewältigung der intrapersonalen und interpersonellen Konflikte, die oft aus der Dynamik der Abhängigkeit entstehen, befassen können.

So überzeugt wir von Spezialeinrichtungen in der Drogenhilfe zum jetzigen Zeitpunkt sind, so sehr hoffen wir auf eine gesellschaftliche Normalisierung im Umgang mit drogenabhängigen Menschen in sozial-medizinischen Hilfesystemen der Pflichtversorgung wie in der Bürgerschaft – wir arbeiten dafür, dass Inklusion Realität wird!

Literatur

- akzept e.V. Bundesverband/Deutsche AIDS-Hilfe/JES Bundesverband 2014: Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2014, online verfügbar unter: <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2014/07/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2014.pdf>; letzter Zugriff: 13.04.2015.
- Brecht, B. (1967): Der gute Mensch von Szechuan (Gesammelte Werke. Band 4), Frankfurt a. M.
- Global Commission on Drug Policy (2011): War on Drugs (Report of the Global Commission on Drug Policy), online verfügbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf; letzter Zugriff: 12.04.2015.
- Institut für Soziale Infrastruktur – ISIS (2010): Abschlussbericht über das EU-Projekt „SddCare – Senior Drug Dependents and Care Structures“ 2007 -2010 im Auftrag des BMfG, Frankfurt a. M.
- JES Bundesverband 2014a: Meine Behandlung. Meine Wahl. Informationen für Heroinkonsumenten, online verfügbar unter: http://www.jes-bundesverband.de/fileadmin/user_upload/PDF/MTMC/MBMW_Broschure.pdf; letzter Zugriff: 13.04.2015.
- JES Bundesverband 2014b: Drogenkurier Nr. 100 (Magazin des JES-Bundesverbandes), online verfügbar unter: http://www.jes-bundesverband.de/uploads/media/Drogenkurier_100_internet.pdf; letzter Zugriff: 13.04.2015.
- Raulf, T. 2013: Gedenken und Hoffnung für Süchtige. LÜSA pflanzt Rose für drei Verstorbene – Zahl der Drogentoten geht zurück, in: Drogenkurier Nr. 95 (Magazin des JES Bundesverbandes), 11.
- Süddeutsche Zeitung (2014): Allianz für ein liberales Drogenstrafrecht, online verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/politik/betaeubungsmittelkonsum-allianz-fuer-ein-liberales-drogenstrafrecht-1.1931236>; letzter Zugriff: 13.04.2015.
- Vogt, I. (Hrsg.) (2011): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger, Frankfurt a. M.
- Wuensch, S. (1994): Hasch macht lasch, aber alles kann gut werden oder Gefühle, die vernichten, suchen Opiate, die es richten. Behandlungserfahrungen mit Patienten im Therapiezentrum Psychose und Sucht in Hamburg, in: Schwoon, D. R./Kausz, M. (Hrsg.): Psychose und Sucht, Freiburg, 184-195.

Rechtliche und
gesellschaftliche
Rahmenbedingungen
verändern –
Verbraucherschutz im
Mittelpunkt

2

2.1 | Was wäre, wenn man Drogen nicht verbieten würde?

Marco Jesse, Urs Köthner

Zusammenfassung

Wenn über eine Reform der Drogenpolitik geredet wird, erleben wir häufig eine Schlacht der Bilder und Emotionen. Es werden Ängste geschürt und Horrorszenarien an die Wand gemalt, was der Gesellschaft drohen würde, wenn Drogen nicht mehr verboten wären. Bestehen diese Befürchtungen zu Recht? Dieser Frage gehen die beiden Autoren insbesondere aus der Perspektive der Drogengebraucher_innen und der Drogenhilfe in diesem Artikel nach und versuchen aufzuzeigen, dass in einem grundsätzlichen Wandel der Drogenpolitik mehr Chancen und Möglichkeiten stecken als Risiken.

Für die Gegner einer Legalisierung ist klar, was uns droht, wenn wir unsere Drogenpolitik liberalisieren:

- Ein unkontrollierbarer Drogenboom würde einsetzen und wir Bürger_innen und insbesondere unsere Kinder und Jugendlichen wären dem Drogensumpf schutzlos ausgeliefert. Der Kriminalität würden Tür und Tor geöffnet. Der Staat würde seine Fürsorgepflicht verletzen, weil er das falsche Signal sendete und Drogen verharmloste.
- In der Folge würde es zu einem Anstieg von psychischen Erkrankungen, Todesfällen und Leid kommen. Uns drohen unkontrollierbare und unkalkulierbare gesellschaftliche Zustände weltweit.

Dementsprechend sind die Befürworter_innen einer Legalisierung/Regulierung verantwortungslose Verharmloser_innen, welche die Freiheitsrechte Einzelner über den Schutz vor Gesundheitsgefahren und der Gesellschaft im Ganzen setzen. Die Vertreter_innen einer „Weiter so“-Politik präsentieren sich als Mahnende und Schützende unserer Gesellschaft und Jugend, als letztes Bollwerk der Abstinenz gegen das Drogenelend.

Ist das wirklich so?

Was wäre, wenn wir unseren Umgang mit den illegalisierten Drogen radikal verändern würden, weg von einer strafrechtsdominierten Kontroll- und Verbotspolitik hin zu einer gesundheitspolitischen, die Selbstverantwortung fördernden Orientierung sowie zu regulierten Drogenmärkten mit Qualitätskontrollen, Verbraucher- und Jugendschutz? Die Stimmen, welche ein Umdenken in der bisherigen Drogenpolitik fordern,

werden immer lauter und vielseitiger – und das aus gutem Grund. Die Dimensionen des vom Drogenverbot verursachten Elends weltweit sind immens und inzwischen gut belegbar.

Die Datenlage ist erschütternd, hier nur ein paar Blitzlichter dazu:

- Der seit 2006 herrschende Drogenkrieg in Mexiko ist eine unmittelbare Folge des Drogenverbots und hat bisher schon 80 000 Menschen das Leben gekostet. Viele andere Tote, Verletzte, Hinterbliebene, zerstörte Familien in anderen lateinamerikanischen Ländern kommen hinzu (Stöver 2012).
- Nach Schätzungen der Vereinten Nationen (UN) werden jährlich 400 bis 500 Billionen US-Dollar Umsatz im Geschäft mit Drogen getätigt. Da die Produktionskosten nur etwa ein Prozent des Straßenhandelspreises betragen, sind die Profitraten der Drogenindustrie enorm. Die Gewinne krimineller Organisationen im Drogenhandel übersteigen das Bruttosozialprodukt vieler Staaten. Weltweit werden von Regierungsseiten annähernd 40 Billionen Euro pro Jahr für eine ineffektive und kontraproduktive Drogenpolitik ausgegeben (akzept e.V. 2008).
- 27 Millionen Menschen gelten laut einem aktuellen UN-Bericht weltweit als drogensüchtig, eine/r von 200 Erdbewohner_innen. Knapp zehnmal so viele nehmen ab und zu Drogen. Während der weltweite Drogenkonsum in den Industrieländern seit Jahren ungefähr stabil ist, sind Drogen in den Entwicklungs- und Schwellenländern auf dem Vormarsch. Die traurige Bilanz: ca. 200.000 sogenannte Drogentote jedes Jahr (UNODC 2012).
- Die am meisten verbreiteten Drogen sind Haschisch und Marihuana, Kokain, Heroin und künstliche Chemikalien. Synthetische Drogen werden gemäß dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) weltweit immer beliebter. Besonders in den USA gibt es einen deutlichen Anstieg bei den chemischen Drogen und inzwischen deutlich mehr Tote als durch Heroin und Kokain zusammen (ebd.).

Ist der Trend zu immer neuen synthetischen Drogen und „Legal Highs“ nicht eine unmittelbare Konsequenz aus dem bestehenden Verbot der gängigen illegalen Drogen? Findig Dealende und Produzierende versuchen immer wieder das Betäubungsmittelrecht auszutricksen, um die offenbar vorhandenen Konsumbedürfnisse zu befriedigen und ihr eigenes Risiko zu minimieren.

Handeln wir uns damit nicht den Konsum und die Verbreitung von unkalkulierbaren Substanzen ein, von denen wir, im Gegensatz zu den schon gängigen illegalisierten Drogen, recht wenig wissen, insbesondere was die Langzeitwirkungen angeht?

Die Prohibitionspolitik schadet mehr als sie nützt und sie stürzt unzählige Konsumierende, Abhängige und Angehörige seit Jahrzehnten in elende Lebensumstände und potenziert die Krankheits- und Todesgefahren des Drogenkonsums. Ein großer Teil der Todesfälle, Schädigungen und Begleiterkrankungen im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen sind politikinduziert, d. h. sie sind primär auf eine im Wesentlichen auf Prohibition setzende Drogenpolitik zurückzuführen und haben nur sekundär mit den konsumierten Drogen und Suchtdynamiken zu tun:

- Drogenkonsumierende sterben auch heute noch an gepanschten Schwarzmarktdrogen, deren Streckmittel häufig gesundheitsgefährlicher sind als die Drogen selber. Die Substanzen weisen schwankende, nicht kontrollierbare Reinheitsgrade auf und

sind von daher schlecht kalkulierbar in der Dosierung. Hier fehlt Verbraucher_innenschutz.

- Sie sterben an HIV, Aids, Hepatitis, unbehandelten Wunden und anderen Krankheiten. Sie infizieren sich im Knast oder auf der Straße wegen fehlender Möglichkeit, sauber und stressfrei zu konsumieren, oder als Folge von Beschaffungsprostitution.
- Sie sterben an unterlassener Hilfeleistung, da bei einem Drogenunfall nicht adäquat Hilfe geleistet werden kann. Dies geschieht aufgrund fehlender Aufklärung oder aus Angst vor der Polizei und Strafverfolgung.
- Sie sterben im Knast wegen mangelhafter gesundheitlicher Versorgung und Isolation und gehen häufig zerbrochen, zerstört, verzweifelt und einsam vor die Hunde.
- Sie sterben an der Isolierung, Ausgrenzung und Vereinsamung, welche durch die Kriminalisierung, Inhaftierung und einem Leben in der Illegalität entsteht und gefördert wird.

Mit zunehmender Dauer einer Abhängigkeit von illegalisierten Drogen geht immer noch häufig die soziale und körperliche und gesundheitliche Verwahrlosung einher. Ein Leben zwischen Beschaffungs- und Verfolgungsdruck, Kriminalisierung, Inhaftierung, Psychiatrisierung, sozialer und beruflicher Ausgrenzung, Beschaffungskriminalität und Prostitution potenziert das Risiko einer HIV- oder/und HEP-Infektion sowie psychischer Erkrankungen bis hin zum Tod. Durch die prohibitionsbedingten Rahmenbedingungen gefährden wir Menschenleben und produzieren und fördern Begleiterkrankungen, die wir später teuer zu rehabilitieren versuchen.

Dass wir diese Schädigungen dank der zunehmenden Orientierung an harm-reduction-Ansätzen immer besser behandeln können, kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Probleme und Begleiterkrankungen, die wir heute mit dem Konsum illegalisierter Drogen verbinden, erst durch die Verbotspolitik verursacht oder zumindest gefördert werden.

Der generalpräventive Ansatz des Drogenverbots ist gescheitert, aber er ist natürlich nicht umsonst, sondern kostet viel Geld. Eine Studie der Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) hat 2009 eine Schätzung der Ausgaben im Bereich illegalisierter Drogen in Deutschland vorgenommen und festgestellt, dass von den ca. 8 Milliarden Euro, die von der öffentlichen Hand jährlich aufgewendet werden, ca. 60-70% in den Bereich Repression fließen und nur 30 - 40% in denjenigen der Hilfen (Mostardt et al. 2010).

Vor dem Hintergrund der Finanzierungsschwierigkeiten in der Drogenhilfe fragt man sich da schon, warum so viel Geld für eine ineffektive und kontraproduktive Verbotspolitik ausgegeben wird, die erhebliche Kollateralschäden, Folgeprobleme und -kosten mit sich bringt.

Seriöse Studien zeigen, dass ganz unabhängig davon, ob ein Staat repressiv oder liberal mit dem Drogenthema umgeht, die Zahl der problematisch bis abhängig Konsumierenden aller psychotropen Substanzen, also Drogen, Medikamente, Alkohol, Nikotin & Co, im Schnitt etwa 5 bis 10% der Bevölkerung beträgt (Sell 2010). Demnach pflegen 90-95% der Bevölkerung einen unproblematischen Umgang mit diesen Substanzen oder sind dazu imstande. Warum zusätzlich die Gesundheit und soziale und berufliche Teilhabe von Abhängigen, Risiko- und Gelegenheitskonsument_innen

gefährden und dadurch künstliche Bedarfe und Risiken erschaffen? Wenn die prohibitionsbedingten Gesundheitsschäden und sozialen Ausgrenzungen wegfallen, geht es nicht nur den Betroffenen besser, sondern auch die Drogenhilfe wird endlich in die Lage versetzt, sich um die Probleme zu kümmern, die Menschen mit Drogen bekommen können. Sie muss sich nicht länger zeitraubend und nervenaufreibend mit den strafrechtlichen Konsequenzen des Umgangs mit Drogen auseinandersetzen und könnte sich auf Verbraucher_innen- und Jugendschutz, Prävention und Abhängigenhilfe konzentrieren.

Gerade die ambulante Drogenhilfe, die mit ihren Angeboten nah dran ist (sein sollte) an den Betroffenen, weiß um diese Zu- und Umstände. Die ganze Arbeit ist durchsetzt von den Rahmenbedingungen der Prohibition, sowohl inhaltlich als auch strukturell.

Und dennoch ist es erstaunlich still um die Drogenhilfe und Fachverbände, wenn es um eine Reformierung der Drogenpolitik geht. Reden wir über Legalisierung/Regulierung, sind außer vereinzelt Stellungnahmen eher mahnende und verhalten zögerliche Stimmen zu hören; der weitaus größte Teil tut so, als würde sie das nichts angehen.

Das ist ein fataler Irrtum. Die unheilige Allianz mit dem Strafrecht „Therapie statt/als Strafe“ hat die Drogenhilfe (ethisch wie praktisch) seit Jahren deformiert. Eingergehend mit der zunehmend dominanten betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise von Angeboten führt das eher dazu, dass die Verhältnisse so bleiben, wie sie sind. Die Drogenhilfe hat sich mit ihren Angeboten gut eingerichtet und um das Strafrecht herum organisiert (Drogenkonsumräume, niedrigschwellige harm-reduction-Angebote, „Therapie-statt-Strafe“-Angebote wie FRED-Kurse, ambulante und stationäre Therapie nach §35 BtmG, Beratung in der JVA, Zwangsberatungen im Rahmen der psychosozialen Betreuung von Substituierten und und und...).

Hier ist eine lukrative Hilfsindustrie entstanden, die sich zunehmend um das eigene Überleben der Institution und Angebote dreht und in der die Lebensverhältnisse und Bedarfe der Betroffenen zweitrangig sind.

Fast ausschließlich steht die Wirtschaftlichkeit der Konzepte und Angebote im Vordergrund. Gleichzeitig werden permanent neue Zielgruppen definiert, um über die mediale Öffentlichkeit letztlich nur wieder die eigene Existenz zu sichern. Der Grundauftrag sozialer Arbeit – die Verhältnisse so zu beeinflussen, dass die Arbeit nicht oder nur noch in geringem Umfang nötig ist – scheint darüber komplett in Vergessenheit geraten zu sein. Aber wie, möchten wir Autoren an dieser Stelle fragen, ist es möglich, einerseits vorzugeben am „guten Leben“ mit den Klient_innen zu arbeiten und gleichzeitig zu negieren, dass ein großer Teil der Probleme politikinduziert, also systemisch bedingt ist und nicht individualisiert behandelt werden kann?

Die drogenpolitische Abstinenz der Drogenhilfe ist eigentlich nur vor dem Hintergrund der eigenen Angst um das Fortbestehen des Arbeitsplatzes, des Angebotes oder der Institution zu verstehen, inhaltlich gerechtfertigt ist sie nicht.

Denn gerade für die Drogenhilfe sehen wir bei einer Legalisierung/Regulierung mehr Chancen und Möglichkeiten als Risiken:

Die Klient_innen haben schlicht und ergreifend weniger soziale und gesundheitliche Probleme, wenn die prohibitionsbedingten Schädigungen wegfallen. Es entsteht die Chance sich auf die wesentlichen, der Abhängigkeit zugrunde liegenden Probleme zu

konzentrieren, da sie stärker in den Vordergrund rücken. Es gibt kein Abarbeiten mehr von juristischen Hemmnissen, bevor jemand eine Therapie oder andere Hilfsangebote wahrnehmen darf. Ebenso entfallen ungewollte Abbrüche von Hilfs- und Behandlungsprozessen durch Inhaftierungen.

Durch die frühzeitige Förderung und Erhöhung der Selbstregulationsmöglichkeiten für Drogengebrauchende gibt es weniger Problemfälle und mehr Zeit für die schwierigeren Fälle. Es findet keine Zwangsberatung/-therapie mehr statt, sondern es wird mit Menschen gearbeitet, die freiwillig zu einem kommen.

Therapiekonzepte können sich am tatsächlichen Bedarf orientieren und in Länge, Inhalt, Schwerpunkt und Form variieren und werden in jedem Fall ohne künstliche Zwänge und bedingungslos angeboten.

Gerade bei einer Legalisierung/Regulierung ist die Drogenhilfe noch mehr gefragt als sonst. Sie muss es allerdings endlich schaffen, sich von dem Abstinenzparadigma als Ultima Ratio zu emanzipieren. Abstinenz ist als Teilkonzept für etliche Menschen zu respektieren, aber eben auch, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen nicht abstinent leben will oder kann. Dementsprechend wird es nicht weniger Arbeit für die Drogenhilfe geben, aber andere, z.B.:

- Konzentration auf Jugendschutz, Verbraucher_innenschutz, Harm Reduction & Empowerment
- Mehr Verhältnisprävention als Verhaltensprävention
- mehr Unterstützungsangebote wie kontrollierten Konsum als abstinenzorientierte Programme...

Wagen wir an dieser Stelle nun einmal ernsthaft ein Gedankenexperiment:

ALLE psychoaktiven Substanzen sind legal verfügbar. Es gibt keine speziellen Strafrechtsanteile mehr in der Betäubungsmittelgesetzgebung. Psychoaktive Substanzen sind mit einer zweckgebundenen Steuer belegt. Es greift ein Jugendschutzgesetz, das jungen Menschen unter 18 oder 21 Jahren den Zugang verwehrt. Alle Substanzen und Zubereitungsformen unterliegen den Verbraucher_innenschutzgesetzen und ähnlichen spezialisierten Regelungen wie dem „Deutschen Reinheitsgebot“. Eine breite Palette von psychoaktiven Substanzen in den verschiedensten Zubereitungen und Reinheits-/Wirkstoffgraden ist bei spezialisierten Fachhandelnden erhältlich, und der Verkauf ist mit einer intensiven Konsumierendenberatung verbunden. Alle Artikel sind mit einer zweckgebundenen Steuer/Abgabe belegt. Die Straßenverkehrsordnung wird um einen fach- und sachgerechten Umgang mit Drogen erweitert, der nicht den Konsum per se mit Sanktionen versieht, sondern lediglich das Führen eines Fahrzeugs unter dem aktuellen Einfluss von Drogen. Die Strafbewährung bei Handel und Anbau/Herstellung gehört der Vergangenheit an. Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird bereits in einer frühen Lebensphase eine ehrliche Aufklärung zu Substanzen, ihren Wirkweisen, Wechselwirkungen und den Risiken zuteil. Es werden präventive Ansätze entwickelt, die jede_n potenzielle_n Konsumierende_n in die Lage versetzen, eine mündige Entscheidung für oder gegen den Konsum zu treffen. Menschen, die Probleme mit ihrem Konsum entwickelt haben und Hilfe/Behandlung/Unterstützung benötigen, erhalten diese, aus einem steuer/abgabenfinanzierten Hilfesystem. Polizei, Justiz und Strafvollzug sind nicht länger damit be- und überlastet, Konsumierende und Drogenhandelnde zu jagen und zu verfolgen.

Wie würde unsere Gesellschaft nun aussehen? Sehen wir um uns herum nur noch weggetretene, verendete und kranke Drogenkonsumierende, die komplett die Kontrolle über sich und ihr Leben verloren haben? Wird unser Gesellschafts- und Wertesystem in Scherben liegen? Ist die Wirtschaft am Ende, da es keine Fachkräfte mehr gibt? Benötigt ein übergroßer Teil der Bevölkerung Behandlung und Hilfe, da er nicht mit Drogen umgehen kann?

Wir denken nicht! Das Leben vieler Drogenkonsumierender wäre anders verlaufen, lebten sie nicht unter einem Drogenverbot und einem nach wie vor gültigen Abstinenzparadigma. Eine potenzielle Konsumentin könnte schon lange vor ihrem ersten eigenen Konsum jederzeit und überall Fragen über die Substanz stellen, die sie interessiert. Dies auch und gerade in der Familie, die ohne erhobenen Zeigefinger und moralisierende Argumentationen darauf reagieren kann. Gleichzeitig werden in die Lehrpläne von Schule und Ausbildungsbetrieb (Pflicht-)Kurse zum mündigen Umgang mit psychoaktiven Drogen eingebettet. Sie ist dadurch nicht angewiesen auf unkontrolliertes Wissen aus unseriösen Quellen. Eine Verbreitung von Mythen und Märchen würde erheblich erschwert. Mit diesem Wissen findet der Konsum unter geschützteren und sichereren Bedingungen statt. Da nicht nur die jeweils potenteste Zubereitung erhältlich ist, ist ein vorsichtiger Umgang erst möglich.

So wird die Wahrscheinlichkeit, einen Kontrollverlust zu erleiden (der in aller Regel auch noch im Geheimen eintritt), deutlich geringer. Dadurch sinkt gleichzeitig die Gefahr, polizeilich in Erscheinung zu treten. Vorstrafen und/oder Führerscheinverluste würden damit vermieden. In der Folge solcher Sanktionen zutage tretende Effekte wie Berufsverbote, erschwerter Zugang zu Arbeit und Ausbildung aufgrund fehlender Fahrerlaubnis gehörten der Vergangenheit an. Der soziale Abstieg und die zunehmende Ausgrenzung von Drogenkonsumierenden sind häufig eine direkte Folge der Strafverfolgung und führen mittelfristig in eine Abhängigkeit von Sozialleistungen. Auch dies ließe sich vermeiden. Der massive Beschaffungsdruck verbunden mit überhöhten Schwarzmarktpreisen fördert die Bereitschaft, sich zu kriminalisieren bzw. zu prostituieren. Die als Folge oft auftretenden Begleit-/Langzeiterkrankungen wären unter legalen Bedingungen ebenso viel leichter zu vermeiden. Am Ende wäre unsere fiktive Drogenkonsumentin ein vollwertiges, produktives und gesundes Mitglied der Gesellschaft. Sie muss nicht länger die Verwundungen aus dem Krieg gegen die Drogen als reale Narben am Körper tragen.

Die hier nur holzschnittartig und pointiert wiedergegebenen Auswirkungen der Prohibitionspolitik, des „Krieges gegen Drogen“, zeigen eines ganz deutlich: Wir müssen mehr Angst haben vor einer Fortsetzung dieser Politik und Zustände als vor den Drogen.

Die Horrorszenarien, welche die Gegner_innen einer Legalisierung an die Wand malen, existieren schon jetzt. Sie werden allerdings in unseriöser Weise den Substanzen und Suchtdynamiken zugeordnet und nicht als Folge einer verfehlten Drogenpolitik begriffen.

Legalisierung wird immer gleichgesetzt mit „Drogen außer Kontrolle“. Dabei ist genau das Gegenteil der Fall. Wir gewinnen eine Kontrolle über Anbau, Vertrieb und Handel von Drogen, wie wir sie lange nicht gehabt haben und können uns neben Jugend- und Verbraucher_innenschutz auf die Stärkung und Förderung der Selbstregulationskräfte konzentrieren.

Nicht die Legalisierungsbefürworter_innen sind verantwortungslose Verharmlosende, sondern diejenigen, welche trotz der wissenschaftlichen Erkenntnisse ein „Weiter so“ in der Drogenpolitik fordern und fördern. Nicht durch eine Legalisierung/Regulierung verletzt der Staat seine Fürsorgepflicht, sondern durch eine Fortsetzung der Verbotspolitik macht er sich schuldig an der fortgesetzten Verelendung vieler Menschen. Es ist an der Zeit, den „Krieg gegen Drogen“ und das schreiende Unrecht, welches an Drogenkonsumierenden begangen wird, zu beenden.

„Wo kämen wir hin, wenn jeder sagte, wo kämen wir hin und keiner ginge, um zu sehen, wohin wir kämen, wenn wir gingen“ (Kurt Marti).

Literatur

- akzept e.V. (2008): Die Drogenpolitik muss weltweit neue Wege gehen, online verfügbar unter: <http://www.akzept.org/aktuelles.html>; letzter Zugriff: 15.04.2015.
- 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, 886-894.
- Sell, Stefan (2010): Und täglich grüßt das Murmeltier? Ökonomische und sozialpolitische Infragestellung des bestehenden Drogensystems (Vortrag auf der Fachtagung des Landesverbands NRW von akzept e.V.), online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=8TTz3XHeqe8>; letzter Zugriff: 15.04.2015.
- Stöver, H. (2012): Vorwort. Neustart gefordert: Für eine menschenwürdige, rationale und evidenzbasierte Drogenpolitik, in: akzept e.V. (Hrsg.): *Nach dem Krieg gegen die Drogen. Modelle für einen regulierten Umgang*, Berlin, 1-3.
- United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (2012): *World Drug Report 2012*, Wien.

2.2 | „Kiffer sind keine Kriminellen“¹³

*Interview von Rainer Schmidt
mit Jugendrichter Andreas Müller*

Rainer SCHMIDT: Herr Müller, sind Kiffer für Sie Kriminelle?

Andreas MÜLLER: Kriminelle sind Menschen, die andere zusammenschlagen, die im Suff ihre Frauen und Kinder misshandeln oder die Millionen an Steuern hinterziehen. Kiffer sind keine Kriminellen, sondern Menschen, die sich lediglich mit einer Droge berauschen wollen, die überall in der Welt seit Jahrhunderten konsumiert wird.

SCHMIDT: Alkohol befeuert Verbrechen, Cannabis auch?

MÜLLER: In 20 Jahren als Jugendrichter und mehr als 12.000 Verfahren habe ich nicht einen einzigen Fall gehabt, in dem schwere Straftaten wie Körperverletzung oder Vergewaltigungen durch Cannabis ausgelöst worden wären. Es ist fast immer Alkohol, vielleicht noch in Kombination mit Amphetaminen oder Kokain. Es ist nie der kleine Kiffer.

SCHMIDT: Was ist mit Händlern und Produzenten?

MÜLLER: Die Händler und Produzenten gibt es doch nur, weil wir Cannabis kriminalisiert haben. Könnte ich es irgendwo normal kaufen, bräuchte es niemand illegal beschaffen oder anbauen. Mein Bruder wurde mit 19, 20 Jahren Hasch-Händler, weil das lukrativ war. Ohne die Prohibition hätte es keine Chance auf das schnelle Geld gegeben und er wäre nicht in den Drogensumpf geraten. So geht es vielen.

SCHMIDT: Der Staat sieht das ein bisschen anders. Er leitet jährlich mehr als 150.000 Verfahren wegen Cannabis ein, davon gut zwei Drittel wegen Konsumdelikten.

MÜLLER: Was für eine Ressourcenverschwendung. All diese Verfahren, von denen viele wieder eingestellt werden, binden Energie, Personal und Geld. Je nach Bundesland und Staatsanwalt werden die Kiffer mal härter, mal weniger hart verfolgt. Werden sie öfter erwischt, werden sie möglicherweise angeklagt nur wegen ein paar Gramm. Das verändert und zerstört Leben.

SCHMIDT: In 40.000 bis 50.000 Fällen kommt es zu Verurteilungen ...

¹³ Das Interview ist erstmals am 08. Oktober 2014 auf Zeit Online erschienen.

MÜLLER: ...und überwiegend trifft es eben Konsumenten, harmlose Normalbürger. Das ist sie, die unnötige Kriminalisierung.

SCHMIDT: Sie sprechen von einer „Drogenpolitik ohne Sinn und Verstand“. Warum?

MÜLLER: Egal, ob wir Cannabis kriminalisieren oder nicht, es wird sowieso genommen. Kein Gesetz hält die Menschen davon ab. Die schlimmste Nebenwirkung der Prohibition ist die Kriminalisierung selbst. So schaffen wir Hunderttausende oder Millionen Kriminelle, die keine sind. Von denen geht keine Gefahr aus, aber sie werden gebrandmarkt. Das ist völlig falsch.

SCHMIDT: Sie werfen Politikern, die an den bestehenden Gesetzen festhalten wollen, „konservative Sozialromantik“ vor. Was meinen Sie damit?

MÜLLER: Sie wollen durch die Kriminalisierung Cannabis aus der Welt schaffen, was total unrealistisch ist. Und obwohl das nicht funktioniert, halten sie an diesem Dogma fest. Wenn man weiß, dass man die Realität niemals mit seinen Wünschen in Einklang bringen wird, und trotzdem einfach so weiter macht, das nenne ich sozialromantisches Denken – oder ideologisches.

SCHMIDT: Sehen wir uns doch einmal die drei beliebtesten Argumente der Prohibitionsbefürworter an und wie Sie sie beurteilen. Erste Behauptung: Die Kriminalisierung schränkt die Verbreitung ein. Stimmt das?

MÜLLER: Das stimmt nicht, das beweisen internationale Studien regelmäßig. In liberalen Ländern wie den Niederlanden wird sogar weniger gekifft als hier, in Ländern mit härteren Gesetzen wie in Großbritannien teilweise mehr. Es gibt keinen festen Zusammenhang.

SCHMIDT: Dann wird zweitens gesagt, die Kriminalisierung schütze die Gesundheit der Menschen. Wie sieht es damit aus?

MÜLLER: Das Gegenteil ist der Fall, sie macht Familien kaputt. Weil Cannabis verboten ist, können Jugendliche nicht offen mit ihren Eltern darüber sprechen, Lügen und Heimlichkeiten sind die Folge. Wir haben keinen Jugendschutz, jeder kann sich alles kaufen. Wir haben keinen Verbraucherschutz, Kriminelle können das Gras strecken wie sie wollen. Jugendliche weichen wegen der Gesetze auf die überall käuflichen Legal Highs aus – da haben wir schon Tote zu beklagen!

SCHMIDT: Der dritte und älteste Vorwurf lautet: Cannabis ist die sogenannte Einstiegsdroge.

MÜLLER: Das wird auch nicht dadurch wahrer, dass man es ständig wiederholt. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits 1994 festgestellt, dass kein vernünftiger Wissenschaftler mehr diese These vertritt. Wir haben seit Jahren konstant etwa 75.000

Heroinabhängige. Wenn Cannabis für die Millionen Kiffer eine Einstiegsdroge gewesen wäre, hätten wir heute Millionen Heroinabhängige. Es stimmt einfach nicht.

SCHMIDT: Ende vergangenen Jahres haben 40 Prozent der deutschen Strafrechtsprofessoren eine radikale Neubewertung der Drogenpolitik gefordert. Sie sei schädlich, unökonomisch und unsozial. Was hat der Appell gebracht?

MÜLLER: Wenn Professoren mit Schlips und Kragen unsinnige Gesetze anprangern, erreichen sie mit diesen Argumenten auch den Mittelstand. Wir brauchen solche Anstöße. Gerade Strafrechtsprofessoren haben die Autorität, auch durch ideologische Barrieren zu stoßen. Einem 23-jährigen Kiffer mit Rastalocken hört niemand zu.

SCHMIDT: In den USA hat Colorado Cannabis legalisiert, in Kürze stimmen Florida und Alaska über Liberalisierungen ab. Warum tritt bei uns die Diskussion auf der Stelle?

MÜLLER: Der Eindruck ist falsch, es tut sich viel. Die USA haben der Welt den war on drugs aufgezwungen, jetzt sind sie Vorreiter bei der Legalisierung. Das wird auch hier Folgen haben. Noch trauen sich viele Politiker nicht vor damit, weil sie Stimmenverluste befürchten, aber mit dem Medizin-Aspekt wird sich einiges ändern.

SCHMIDT: Wieso?

MÜLLER: Wenn die Kassen bald durch die Verwaltungsgerichte gezwungen werden, Aids-Kranken, Krebspatienten, Depressiven und Schmerz-Patienten den Ersatzstoff Cannabinol auf Rezept zu finanzieren, kommen immense Kosten für Zehn- oder Hunderttausende Patienten auf die Träger zu. Dann werden auch konservative Politiker offen sein für eine vernünftige Lösung – den viel billigeren Anbau im eigenen Garten. Denn Cannabis ist ja ein uraltes Heilmittel, das nicht allen, aber vielen helfen kann. Das könnte ein Meilenstein sein, ein Dambruch.

SCHMIDT: Wo sähen Sie die Vorteile einer Legalisierung?

MÜLLER: Wir hören auf, Kriminelle zu schaffen. Wir könnten eher einen effektiven Jugendschutz implementieren.

SCHMIDT: Moment, das klingt ja für einige absurd: Legalisieren und gleichzeitig die Jugend schützen?

MÜLLER: Natürlich brauchen wir wie für Alkohol ein Jugendschutzgesetz. Wer darf was, ab wann? Und man muss die Abgabe an Kinder und Jugendliche unter Strafe stellen. Der Staat könnte zudem schädliche Stoffe vom Markt fernhalten, die Märkte zu härteren Drogen wären sauber getrennt. Das massenhaft eingesparte Geld für Polizei- und Justizarbeit sowie die Milliarden an zusätzlichen Steuer-Einnahmen könnte man in eine vernünftige Prävention und in Therapien stecken.

SCHMIDT: Sie gelten als einer der härtesten Jugendrichter im Land, treten aber vehement für die Legalisierung von Cannabis ein, wie passt das eigentlich zusammen?

MÜLLER: Da gibt es nur eine Antwort. Hätte unser Staat die gleichen Anstrengungen im Bereich der Gewaltkriminalität an den Tag gelegt, wie er sie beim untauglichen Versuch, die Pflanze Cannabis zu bekämpfen, zeigt: Wie viele wirkliche Opfer hätte er vermeiden können! Dazu kommt meine Biografie. Mein Bruder, meine ganze Familie war das Opfer einer verfehlten Drogenpolitik in den siebziger Jahren, als der Staat meinte, durch harte Strafen Cannabis beseitigen zu können. Das hat meinen Bruder zerstört, meine Mutter auch.

SCHMIDT: Wie geht es Ihrem Bruder heute?

MÜLLER: Er ist im November 2013 verstorben, nach vielen Jahren Methadon-Programm. Er hatte erst nach 15 Jahren Cannabis-Konsum mit Heroin angefangen. Der Grund für sein kaputtes Leben war die unnötige Härte zu Beginn, der Knast für Gras, das hat ihn aus der Bahn geworfen. Er war ein Opfer. Deswegen habe ich den Kampf für eine Freigabe aufgenommen, deswegen werde ich ihn immer weiter kämpfen.

2.3 | 2015 – das Jahr, in dem Deutschland sich beim Thema Cannabis als Medizin bewegt

Franjo Grotenhermen

Zusammenfassung

Die Bundesregierung plant ein Gesetz, das Verbesserungen bei der Verwendung von Cannabis-Medikamenten bringen soll. Bereits Anfang 2016 soll das Gesetz in Kraft treten. Das Gesetz soll vor allem den Eigenanbau von Cannabis durch Patient_innen verhindern, bietet der Politik jedoch die Möglichkeit, ausreichende Lösungen gegen die bisherige Unterversorgung der deutschen Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis bzw. Cannabis zu entwickeln und umzusetzen. Dieser Beitrag analysiert die Motive des Gesetzgebers, skizziert die möglichen groben Linien der geplanten Änderungen und erläutert, warum diese Entwicklungen ein weiterer bemerkenswerter Erfolg im Zuge der bereits 1999 erfolgten Verfassungsbeschwerde ist.

Einleitung

Die Bundesregierung möchte noch in diesem Jahr ein Gesetz durch den Bundestag bringen, das Verbesserungen bei der Verwendung von Cannabis-Medikamenten bringt. Bereits Anfang 2016 soll das Gesetz in Kraft treten. So haben es Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) und die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Marlene Mortler (CSU) im Februar 2015 in den Medien angekündigt. – Und (fast) alle begrüßen diese Initiative, bis hin zur Bundesärztekammer (Die Welt 2015). Die Initiative und die Reaktionen sind so erfreulich, dass man sich nur wundern kann, wieso das Gesetz erst jetzt kommt. Viele sprechen daher von einem überfälligen Schritt.

Die Initiative der Bundesregierung ist der letzte Beweis dafür, dass auch sie selbst nicht mehr daran glaubt, den Erfolg der verwaltungsrechtlichen Klagen einiger Patient_innen, die sich Medikamente auf Cannabisbasis oder Cannabisblüten aus der Apotheke finanziell nicht leisten können, auf den Eigenanbau ihrer Cannabispflanzen abwenden zu können. Daher wurde das Gesetz bereits als Cannabis-Eigenanbau-Verhinderungsgesetz bezeichnet (Grotenhermen 2015).

In den letzten 15 Jahren gab es bei den Verbesserungen beim Zugang zu Cannabis für medizinische Zwecke eine Konstante. Alle Bundesregierungen haben nur das umgesetzt, was unvermeidbar war. Auch diesmal plant die Bundesregierung vermutlich, nur das umzusetzen, was aus ihrer Sicht unvermeidbar ist - und versucht erneut, einen weiteren, von den Patient_innen langwierig und hart erkämpften Schritt in die richtige Richtung als einen großen Wurf der Politik zu verkaufen. Es sei ihnen gegönnt, denn vielen scheint es in der Tat auch ein Anliegen zu sein.

Die Angst vor dem Eigenanbau bringt die Bundesregierung in Zugzwang

Die genauen Pläne sind bisher nicht bekannt. Herr Gröhe stellte bereits in seinem Interview mit Der Welt klar, dass die Regelung nur für „schwerkranke Menschen, denen nur durch Medizinhanf geholfen werden kann“ gilt. Eine solche Regelung gibt es allerdings bereits. Patient_innen, denen nur mit Cannabisprodukten geholfen werden kann, haben bereits heute die Möglichkeit, eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke zu bekommen. Es ist nicht schwer, aus den bisherigen Informationen die zentralen Eckpunkte des noch für dieses Jahr geplanten Gesetzes herauszulesen.

Es ist offensichtlich, dass die aktuelle Charme-Offensive auf der nun sehr akut gewordenen Angst beruht, das Bundesverwaltungsgericht könne der Auffassung des Verwaltungsgerichts Köln vom 22. Juli 2014 (Az: 7 K 4447/11) folgen, nach der Patient_innen der Eigenanbau von Cannabis nicht generell verwehrt werden kann, wenn sie aus finanziellen Gründen keine andere Alternative zu einer ausreichenden und notwendigen Behandlung mit Cannabis haben (IACM 2015). Der Eigenanbau wäre eine sehr preisgünstige Alternative, den sich die meisten Patient_innen leisten können.

Warum es nun ganz schnell gehen muss

Bereits im Jahr 2016 könnte das Bundesverwaltungsgericht einigen Patient_innen das Recht zusprechen, Cannabis für den eigenen Bedarf selbst anzubauen - mit weitreichenden Folgen für die gesamte Dynamik der Antragstellungen an die Bundesopiumstelle. Die Zahl der Anträge würde massiv ansteigen, und vielen müsste der Antrag auf Eigenanbau genehmigt werden.

Das muss aus Sicht der Bundesregierung unbedingt verhindert werden. So treibt Herrn Gröhe nach Presseberichten angesichts des erheblichen juristischen Drucks die Frage um, „wie Missbrauch wirksam verhindert werden kann“. Die drogenpolitische Sprecherin der CSU, Emmi Zeulner, bestätigt auf ihrer Facebook-Seite die Annahme, dass der Anstoß für das Gesetz die Verhinderung des Eigenanbaus von Cannabis durch Patient_innen ist: „Um einen aus ordnungspolitischer Sicht problematischen Eigenanbau entgegenzuwirken und zugleich schwerkranken Patienten den Zugang zu medizinischem Cannabis zu ermöglichen, setze ich mich dafür ein, für definierte medizinische Zwecke die Verschreibungs- und Erstattungsfähigkeit von medizinischem Cannabis zu ermöglichen“ (Zeulner 2015, zitiert nach ACM 2015). Eile ist geboten.

Zehn Jahre Untätigkeit bei der Umsetzung eines Richterspruchs

Ein der Bundesregierung missliebiger Richterspruch durch das höchste Verwaltungsgericht der Bundesrepublik würde deutlich machen, dass die Bundesregierung sich seit

zehn Jahren weigert, ein Urteil des gleichen Gerichts vom 19. Mai 2005 (BVerwG 3 C 17.0) korrekt umzusetzen¹⁴.

Danach könne das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Anträge auf die medizinische Verwendung von Cannabis nicht pauschal ablehnen, wie das in den Jahren davor geschehen war. Dieses Urteil ist die Grundlage für die gegenwärtige Möglichkeit der Beantragung von Ausnahmeerlaubnissen, von denen es nach der jüngsten Auskunft der Bundesopiumstelle 382 gibt (Spiegel-Online 2015).

Das Bundesverwaltungsgericht betonte damals den hohen Wert des im Grundgesetz verankerten Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. „In das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch eingegriffen werden, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen. Der Schutzbereich des Grundrechts ist vielmehr auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrechterhalten werden“, heißt es im Urteil.

Auf das Argument, Patient_innen könnten sich auch Dronabinol ärztlich verschreiben lassen, auch wenn dieses teuer sei und von den Krankenkassen nicht immer erstattet werde, entgegnete das Bundesverwaltungsgericht unmissverständlich: „Der Verweis auf ein Arzneimittel, das weder ohne weiteres verfügbar noch für den normalen Bürger erschwinglich ist, stellt aber keine Alternative dar, die das öffentliche Interesse am Einsatz von Cannabis zur Krankheitsbekämpfung entfallen lässt.“

Genau das geschieht aber seit der ersten Ausnahmeerlaubnis. Die Bundesregierung verweigert seit Jahren den Eigenanbau von Cannabis durch Patient_innen mit dem Hinweis, dass sie sich Medizinalcannabisblüten in der Apotheke kaufen können, auch wenn sich viele Patient_innen den Cannabis nicht in dem notwendigen Umfang leisten können. Eine allgemein bekannte Tatsache.

Massenhafte langjährige unterlassene Hilfeleistung

Im Klartext bedeutet das: Diese Bundesregierung und die Vorgängerregierungen haben wissentlich unzureichende Maßnahmen ergriffen, um das Leiden vieler Patient_innen zu lindern. Hätten wir es hier nicht mit Verwaltungsrecht, sondern mit Strafrecht zu tun, so wäre der Regierung eine massenhafte langjährige unterlassene Hilfeleistung sowie ein Verstoß gegen das im Grundgesetz verbrieftete Recht auf körperliche Unversehrtheit vorzuwerfen.

Bereits 2005 hatte das Bundesverwaltungsgericht darauf hingewiesen, dass bei Cannabis eine Erlaubnis zum Eigenanbau infrage komme. „Die Entscheidung, einem Patienten den Erwerb oder, was insbesondere bei Cannabis in Betracht kommt, etwa den Anbau zu gestatten, bleibt stets eine Einzelfallentscheidung“, hieß es im Urteil vor zehn Jahren.

¹⁴ Informationen zum Urteil unter: <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#2005>.

Es ist absehbar, dass die Richter des Bundesverwaltungsgerichts der Bundesregierung dieses Versagen um die Ohren hauen, wenn, ja wenn der Bundesregierung keine geeigneten gesetzgeberischen Maßnahmen eingefallen wären.

Wie die Politik den Schein zu wahren sucht

Politiker_innen wollen in der Wählerschaft als aktive Gestalter_innen wahrgenommen werden, die die Nöte der Bürger_innen ernst nehmen, und nicht von höchsten Gerichten schwerwiegende Richterselten aufgrund von Grundrechtsverletzungen kassieren, und sie wollen auch nicht von Richter_innen zum Handeln gezwungen werden, sondern zumindest dem Anschein nach Politik selbst gestalten.

Die Eckpunkte des Cannabiseigenanbauverhinderungsgesetzes

Wie könnten also die Pläne der Bundesregierung aussehen? Diese Frage ist nicht schwer zu beantworten, denn sie müssen ganz konkrete Ziele erfüllen. Ein wirksames Cannabis-Eigenanbau-Verhinderungsgesetz muss nach dem gegenwärtigen Stand die folgenden drei Punkte beinhalten:

1. Die Krankenkassen müssen verpflichtet werden, die Kosten für eine Behandlung mit Dronabinol oder Sativex zu übernehmen, wenn alle anderen Therapieverfahren ausgeschöpft und nicht ausreichend wirksam sind bzw. zu starke Nebenwirkungen verursachen. Diese Anträge für eine Ausnahmeerlaubnis werden nicht mehr von der Bundesopiumstelle, sondern von den Krankenkassen bzw. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft. In diesem Fall spricht man von Anträgen auf einen Off-Label-Use bzw. No-Label-Use, also um Anträge auf eine Kostenübernahme von Medikamenten durch die Krankenkassen, die nicht für die beantragte Erkrankung bzw. das entsprechende Symptom zugelassen sind.
2. Wenn Dronabinol oder Sativex im konkreten Fall nicht ausreichend wirksam sind, dann und nur dann kommt weiterhin eine Ausnahmeerlaubnis zur Verwendung von Medizinalcannabisblüten aus der Apotheke durch die Bundesopiumstelle infrage. In diesen Fällen müsste die zuständige Krankenkasse ebenfalls die Kosten der Behandlung übernehmen. Anderenfalls müsste möglicherweise doch in vielen Fällen ein Antrag auf Eigenanbau genehmigt werden. Eine alternative Variante wäre die Umstufung der heute mit einer Ausnahmeerlaubnis erhältlichen Cannabisblüten von der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes der nicht verschreibungsfähigen Substanzen in die Anlage III des Gesetzes, so dass diese dann wie Dronabinol und Sativex verschreibungsfähig würden (Zeulner 2015b). In diesem Fall würden für die Zukunft Anträge an die Bundesopiumstelle entfallen.
3. Die deutsche Regelung darf im Gegensatz zu Regelungen in anderen Ländern aus Sicht der Bundesregierung keine Liste von Diagnosen enthalten, bei denen die Krankenkassen zur Kostenübernahme verpflichtet werden, sondern der deutsche Gesetzgeber muss alle Fälle abdecken, die bisher durch Ausnahmeerlaubnisse durch die Bundesopiumstelle abgedeckt werden. Daher sind wie bisher Einzelfallüberprüfungen geboten, diesmal durch die Krankenkassen.

Das erkämpfte Gesetz ist ein Grund zum Feiern

Mehr als 10 Jahre lang hat Ute Köhler aus Thüringen für die Kostenübernahme von Dronabinol durch die AOK gekämpft. Die AOK hat mit aberwitzigen Argumenten diese Kostenübernahme abgelehnt. Wider besseres Wissen hat ihre Krankenkasse behauptet, Frau Köhler habe mögliche alternative Behandlungsverfahren zur Linderung ihrer Schmerzen nicht ausgeschöpft.

Diese Geschichte wird nun ein gutes Ende finden. Frau Köhler hat das mehr als verdient. So wie auch andere Patient_innen, die keine andere Alternative als eine Behandlung mit Dronabinol, Sativex oder Cannabisblüten haben, jetzt hoffen dürfen, dass ihre Krankenkasse die Kosten der Behandlung zukünftig erstatten wird.

Dass die Kostenerstattung für Dronabinol durch Klagen von Patient_innen auf den Eigenanbau von Cannabisblüten durchgesetzt wurde, ist eine besondere Pointe der Geschichte der medizinischen Cannabisverwendung in Deutschland.

Ein weiterer positiver Effekt könnte in der größeren Bereitschaft von Ärzt_innen liegen, Dronabinol und Sativex und eventuell Cannabisblüten zu verschreiben, auch wenn sie sich dabei mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen herumschlagen müssen. Immerhin ist dem normalen Arzt / der normalen Ärztin die Diskussion mit dem MDK vertrauter als die ungewohnte Prozedur bei Anträgen auf eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke.

Könnte es auch Verlierer_innen geben?

Es wird sich die Frage stellen, was Patient_innen machen können, die 1000 oder 2000 mg Dronabinol monatlich benötigen, der Arzt / die Ärztin aber nur bereit ist, maximal 500 mg zu verschreiben. Was ist mit all den Patient_innen, die Cannabisblüten im Wert von monatlich 500 bis 2000 € benötigen? Werden sie einen Arzt / eine Ärztin finden, der / die bereit ist, trotz seiner / ihrer Arzneimittel-Budget-Sorgen ihnen Cannabis in dem erforderlichen Umfang zu verschreiben? Eine Ausnahmeerlaubnis wie bisher wäre ihnen sicherlich verwehrt, weshalb das neue Gesetz in seinen konkreten Auswirkungen auch viele Verlierer_innen haben könnte.

Es stellt sich auch die Frage, was mit den bisherigen Erlaubnisinhaber_innen für eine Verwendung von Cannabisblüten aus der Apotheke geschieht. Wird man jetzt verlangen, dass sie zunächst Dronabinol oder Sativex ausprobieren müssen? Viele haben ihre Ausnahmeerlaubnis erhalten, weil die Krankenkasse eine Kostenübernahme für Dronabinol abgelehnt hat.

Die Zweiklassenmedizin bleibt bestehen

Die Ausführungen von Herrn Gröhe und Frau Mortler machen deutlich, dass es auch nach Umsetzung des Gesetzes weiterhin nicht in der Hand von Arzt / Ärztin und Patient_in liegen soll, ob eine Therapie mit Cannabisprodukten durchgeführt werden soll oder nicht. Denn eine solche Therapie wird nur bezahlt, wenn keine Behandlungsalternativen bestehen.

Darüber hinaus können sich weiterhin nur vermögende Patient_innen Medikamente auf Cannabisbasis leisten. Die anderen Patient_innen werden bei chronischen Schmerzen weiterhin gezwungen sein, Opiate einzunehmen, auch wenn Arzt / Ärztin und Patient_in der Ansicht sind, eine Therapie mit Cannabis wäre langfristig mit weniger Nebenwirkungen assoziiert. Sie müssen weiterhin bei Rheuma und anderen schweren chronisch-entzündlichen Erkrankungen Immunsuppressiva wie Cortison und Methotrexat mit schwerwiegenden Langzeitnebenwirkungen einnehmen, auch wenn Arzt / Ärztin und Patient_in der Auffassung sind, dass Cannabisprodukte sinnvoller wären.

Es ist nicht beabsichtigt, die Zweiklassenmedizin in diesem Bereich aufzuheben.

Alle repräsentativen Umfragen zum Thema Cannabis als Medizin der letzten Jahre zeigen, dass eine große Mehrheit der Wähler_innenschaft für deutliche Verbesserungen beim Zugang zu Cannabis als Medizin ist. Die Umfragen zeigen auch, dass die Bevölkerung zwischen der medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten und der generellen Legalisierung der Droge unterscheidet.

Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer ausreichenden medizinischen Versorgung mit Cannabisprodukten

Die zu erwartenden Verbesserungen beim Thema Cannabis als Medizin sind ein weiterer Schritt auf dem Weg zu einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Dieser Schritt ist ein Grund zur Freude. Es handelt sich immer noch um einen positiven Nachhall der Bundesverfassungsbeschwerde aus dem Jahr 1999 mit den nachfolgenden juristischen Erfolgen von Patient_innen und ihren Anwälten_innen vor den Verwaltungsgerichten.

Vom Gesetzgeber könnte mehr Mut erwartet werden, als nur einem gefürchteten Richterspruch vorzubeugen. „Habt keine Angst vor Cannabis als Medizin!“, möchte man den Parlamentarier_innen in Berlin zurufen. „Die bundesrepublikanische Bevölkerung ist reif für größere Schritte.“

Bundestagsabgeordnete, die sich freuen, etwas tun zu dürfen, weil sie es müssen

Das Thema Cannabis als Medizin erfreut sich in allen Fraktionen zunehmender Sympathien, die Probleme der schwerkranken Patient_innen finden zunehmend Beachtung. Es gibt in den Regierungsfractionen auch heute bereits viele Mitglieder, die sich darüber freuen, dass sie jetzt etwas machen dürfen, weil sie es jetzt machen müssen. Das macht Mut, dass diesem Schritt, der häufig mit dem Adjektiv „überfällig“ charakterisiert wird, in der Zukunft noch weitere folgen werden.

Literatur

- Die Welt (2015): Cannabis-Konsum für Schwerkranke soll erleichtert werden, online verfügbar unter: <http://www.welt.de/newsticker/news1/article137055755/Cannabis-Konsum-fuer-Schwerkranke-soll-erleichtert-werden.html>; letzter Zugriff: 26.03.2015.
- Grotenhermen, F. (2015): Das Cannabis-Eigenanbau-Verhinderungsgesetz: Warum die Bundesregierung endlich aufhören sollte, nur gerichtlich erzwungene Verbesserungen vorzunehmen, in: Huffington Post, online verfügbar unter: http://www.huffingtonpost.de/franjo-grotenhermen/cannabis-eigenanbau-bundesregierung_b_6652830.html; letzter Zugriff: 26.03.2015.
- Spiegel-Online (2015): Deutschland: 382 Schwerkranke erhalten Cannabis als Medikament, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/cannabis-als-medizin-382-schmerzpatienten-erhalten-es-legal-a-1021659.html>; letzter Zugriff: 26.03.2015.
- Zeulner, E. (2015), zitiert nach ACM (2015): (Zitat) online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=175#6; letzter Zugriff: 26.03.2015.
- Zeulner, E. (2015b), zitiert nach ACM (2015b): (Zitat) online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=176#2; letzter Zugriff: 26.03.2015.

Informationen zum Urteil des Verwaltungsgerichts auf der IACM-Webseite:

http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#vg_koeln, letzter Zugriff: 26.03.2015

<http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=59&lng=de#2005>, letzter Zugriff: 26.03.2015

2.4 | Neue psychoaktive Substanzen als Kollateralschaden der Prohibition

Dirk Egger, Bernd Wense

Zusammenfassung

Neue psychoaktive Substanzen sind ein Phänomen, das sich durch das Verbot von traditionellen Drogen entwickelt hat. Die Prohibition treibt Rauschsuchende in den Konsum neuer, legaler und synthetischer Stoffe, deren Wirkung die von verbotenen Substanzen imitieren soll. Die bisher angewandten Mechanismen zum Umgang mit bekannten Drogen zeichnen in diesem Kontext das Bild eines veralteten Ansatzes, der weder dem allgemeinen Schutz von Konsument_innen vor Gesundheitsschäden noch dem Jugendschutz gerecht wird und ein Umdenken der Politik bezüglich des Themenkomplexes Drogen dringend erforderlich macht.

Die unübersichtliche Situation der neuen psychoaktiven Substanzen

Unter dem Begriff der neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) werden im Allgemeinen Substanzen subsumiert, die psychoaktiv wirken und bei ihrem Auftauchen keiner staatlichen Kontrolle unterliegen.¹⁵ Das bedeutet nicht nur, dass diese Substanzen zum Zeitpunkt ihres Erscheinens zunächst jeweils nicht verboten sind, sondern auch, dass deren Herstellungsprozess ohne nationale oder internationale Auflagen erfolgt. Bei den angebotenen Produkten lassen sich dabei grundsätzlich zwei Prinzipien unterscheiden: zum einen Präparate mit Fantasienamen und absichtlich irreführenden Bezeichnungen, die auf einen fiktiven anderen Verwendungszweck (u. a. „Räuchermischungen“, „Badesalze“, „Düngerpillen“) verweisen; bei diesen Produkten werden die Wirkstoffe und deren Dosierung nicht angegeben. Zum anderen werden die Wirkstoffe in Reinform als „Research Chemicals“ (RC) angeboten – auch hier besteht angesichts der fehlenden Regelungen das Problem, dass sich der Käufer / die Käuferin nie vollständig über den Inhaltsstoff und dessen Dosierung sicher sein kann. Häufig werden NPS-Produkte auch als „Legal Highs“ bezeichnet; ein Terminus, von dem man in der Fachwelt aber weitgehend abgekommen ist, da immer wieder Substanzen aus diesem Bereich dem BtMG unterstellt werden bzw. in anderen europäischen Ländern z. T. noch anderen (Verbots-)Regelungen unterworfen sind.

Hauptsächlich werden synthetische Cannabinoide, Cathinone und andere Phenethylamine als Wirkstoffe von NPS identifiziert; daneben aber auch andere Substanzen, die praktisch die gesamte Spanne psychoaktiver Wirkungen abdecken (EMCDDA 2015). Häufig handelt es sich dabei um Derivate bekannter Stoffe, vor allem solcher, die

¹⁵ Definition nach dem European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (<http://www.emcdda.europa.eu/activities/action-on-new-drugs>).

bereits unter die Drogenkontrollgesetze fallen. Im Grunde imitieren NPS also lediglich, was der/die Konsumierende nach dem Gebrauch von beispielsweise Cannabis, Amphetaminen oder MDMA erlebt. Ein großer Unterschied besteht indes in den möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsument_innen. Während bekannte Drogen entweder ursprünglich zu medizinischen Zwecken hergestellt und im Zuge dessen entsprechend erforscht wurden (z. B. Kokain, Amphetamin oder Heroin) oder bereits über Jahrhunderte kulturell eingebundene Gebrauchsmuster existierten (z. B. Cannabis), werden NPS vor allem kurzfristig zur Befriedigung des Bedürfnisses nach verschiedenen Formen von ‚mimetischem‘ Rausch entworfen. Dabei ist es für die Hersteller_innen und Händler_innen weniger relevant, welche kurzzeitigen oder langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsument_innen damit einhergehen. Hauptsächlicher Anreiz für die Anbieter_innen ist der Umstand, dass sich ein hoher Profit erzielen lässt, da sich die Wirksubstanzen zumeist sehr kostengünstig, vorwiegend aus dem asiatischen Raum, über das Internet beziehen lassen und auch der Herstellungsprozess der Fertigprodukte vermutlich weder sonderlich zeit- noch kostenintensiv ist. Das Ziel der NPS-Shops lautet dabei offenbar stets, geltende nationale und internationale Gesetze zu umgehen und im Zeitraum bis zum Verbot des neuen Stoffes so viel wie möglich davon abzusetzen.

Gesundheitliche Risiken und staatliche Intervention

Die Probleme der staatlichen Regulierung von NPS lassen sich sehr gut am Beispiel der Geschichte von Spice, der ersten cannabinoidhaltigen sogenannten Räuchermischung auf dem Markt, und seiner Nachfolger in Deutschland illustrieren. Um das Jahr 2008 geriet dieses Produkt in den Fokus intensiver medialer Berichterstattung und wurde in der Folge Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten. Bis zur Entdeckung des synthetischen Cannabinoids „JWH-018“ als einer der Wirkstoffe der benannten Räuchermischung verging nämlich einige Zeit, in der gerätselt wurde, wo die cannabis-ähnliche Wirkung der Substanz herrührt (Werse/Müller 2010). Bis dahin hatte Spice bereits eine hohe Popularität in vor allem jugendlichen Konsument_innenkreisen erreicht, ohne dass überhaupt etwas über die Gesundheitsrisiken bekannt war (ebd.). Diese stellten sich als wesentlich schwerwiegender als beispielsweise die von Cannabis heraus und umfassen Herzrasen, Bluthochdruck, erhöhte Blutglukosewerte, verminderte Blutkaliumwerte, Halluzinationen und Agitation. Einige dieser unerwünschten Nebenwirkungen können lebensbedrohlich sein (Hohmann et al. 2014).

Nach der Bestimmung des Wirkstoffes in Spice wurden die in Spice detektierten synthetischen Cannabinoide (Steup 2008; Auwärter et al. 2009) Anfang 2009 unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt; der Verkauf der populären Räuchermischung wurde damit illegal. Es dauerte allerdings nicht lange, bis Nachfolgeprodukte mit ähnlichen Wirkeigenschaften und Risiken für die Gesundheit der Konsument_innen den Platz von Spice einnahmen (siehe Textbox). Diese enthielten andere synthetische Cannabinoide (z.B. JWH-122), von denen in den folgenden Jahren ebenfalls zahlreiche dem BtmG unterstellt wurden. Nach derartigen Substanzverboten kamen indes jedes Mal weitere neue synthetische Cannabinoide in ähnlichen Präparaten auf den Markt. Allein im Jahr 2014 wurden vom EMCDDA 101 neue psychoaktive Substanzen in

Europa gezählt; gemeinsam mit jenen, die bis 2013 entdeckt wurden, tauchten seit 2005 insgesamt 400 neue Stoffe auf (EMCDDA 2015). Die Hersteller sind dem Gesetzgeber also immer mindestens einen Schritt voraus. Eine effektivere Vorgehensweise gegen das Auftauchen immer neuer Präparate ist in Deutschland zum jetzigen Zeitpunkt nicht in Sicht. Dem Hinzufügen einzelner Stoffe zum BtmG folgte seit dem Jahr 2010 die Anwendung des Arzneimittelgesetzes (AMG) auf synthetische Cannabinoide und andere NPS, wodurch der Verkauf solcher Produkte (nicht der Besitz zum Zwecke des Konsums) unter Strafe gestellt wurde. Diese Praxis wurde vom Europäischen Gerichtshof allerdings im vergangenen Jahr für illegal erklärt, da NPS die Charakteristika von Arzneimitteln nicht erfüllten (Pollähne 2014). Der Verkauf sämtlicher Spice ähnlicher Produkte, Badesalze und Düngerpillen, deren Wirkstoffe noch nicht dem BtmG unterstellt sind, ist zum jetzigen Zeitpunkt also legal. Gerade der Internethandel mit unkomplizierten, teilanonymisierten Kaufabwicklungen floriert, während der Verkauf in Headshops offenbar (wie bereits in den Jahren, in denen das AMG angewendet wurde) aufgrund der häufigen Gesetzesänderungen und der damit einhergehenden Bedenken der Verkäufer_innen vor Strafverfolgung und Gewinnausfall kaum eine Rolle mehr spielt. Über die Jahre 2012 und 2013 konnten bei Konsument_innen von anderen mit synthetischen Cannabinoiden versetzten Räuchermischungen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen neben den bereits genannten festgestellt werden. Die Betroffenen begaben sich aufgrund dessen in ärztliche Behandlung oder mussten durch den ärztlichen Notdienst behandelt werden (Hermanns-Clausen et al. 2013). Tatsächlich kann der Konsum von synthetischen Cannabinoiden tödlich enden, wie beispielsweise der Fall eines 32-Jährigen aus Oberbayern im April 2013 zeigte (Augsburger Allgemeine 2013). Ähnliche Befunde tauchen im Kontext anderer NPS, beispielsweise der synthetischen Cathinone, auf (vgl. Spiller et al. 2011).

Zum jetzigen Zeitpunkt sind keine Bemühungen des Gesetzgebers zu erkennen, ein effektiveres Kontrollsystem zu implementieren oder die bisherige Prohibitionspraxis einzustellen, was den beschriebenen Kreislauf weiterbestehen lässt. Ein Beispiel für eine alternative Handhabe der NPS-Problematik lässt sich in Österreich beobachten: Dort wurde nach ähnlichen Prozessen wie in Deutschland ein „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ (NPSG) verabschiedet.¹⁶ Wer demnach synthetische Drogen an Jugendliche verkauft, muss mit mehreren Jahren Haft rechnen. Im Vorfeld wurde erkannt, dass der ständig wechselnden Zusammensetzung dieser Präparate mit der herkömmlichen Drogengesetzgebung nicht beizukommen ist. Vor allem aber sollen die oft sehr jungen Konsument_innen nicht mehr kriminalisiert werden und die Strafverfolgung soll sich auf die Angebotsseite beziehen, wodurch man direkt das Profitinteresse trifft. Die Erfassung der so schnell variierenden Wirkstoffe soll durch die Definition chemischer Verbindungsklassen ermöglicht werden, wodurch künftige Entwicklungen vorausschauend einbezogen werden sollen. Dieser Ansatz macht das Indizieren und Aus-dem-Verkehr-Ziehen von NPS quasi sofort nach dem Erscheinen auf dem einschlägigen Markt möglich, ohne jedes Mal zeitintensive Kontroll- und Testprozesse durchführen zu müssen. Auch dieser Ansatz krankt allerdings unter anderem an folgenden Aspekten:

- Die generische Substanzklassen-Definition ist nicht dazu geeignet, gezielt und differenziert psychoaktiv wirkende, bzw. nicht psychoaktiv wirkende Verbindungen einer Substanzgruppe in die Regelung, ein- bzw. sie aus dieser auszuschließen

- Das Auftreten neuer Verbindungen und Verbindungsklassen kann nicht ausgeschlossen werden

Es ist also ein grober Ansatz, der zwar zu einem schnelleren Verbot entsprechender Stoffe bzw. von deren Gruppe beiträgt, aber das Grundproblem ebenfalls nicht beheben kann. Es kommt weiter zur Herstellung neuer psychoaktiver Substanzen und zu deren Verkauf und Konsum.

Textbox: Zur Eigendynamik bewusster Fehlinterpretationen von Forschungsergebnissen

Im Zusammenhang mit der vom Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität durchgeführten ersten sozialwissenschaftlichen Studie zu Spice und den Folgen (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit/BMG; Wersé/Müller 2010) gab es eine interessante Kontroverse: Eine Staatssekretärin aus dem BMG begründete die angebliche Effektivität des Verbotes von Spice damit, dass danach die Prävalenz unter Jugendlichen zurückgegangen sei. Der Verfasser der Studie merkte daraufhin an, dass dies nur den Konsum des verbotenen Produktes Spice betreffe, nicht aber die Verbreitung der entsprechenden Nachfolgeprodukte. Insgesamt stieg die Lebenszeitprävalenz von sogenannten Räuchermischungen in den beiden Jahren nach dem Spice-Verbot sogar an (siehe Abschnitt „Verbreitung von NPS“). Insofern hatte das Verbot bestimmter synthetischer Cannabinoide lediglich das Ausweichen auf andere Produkte zur Folge. Dieser Hinweis wurde seitens der Staatssekretärin auch auf entsprechende Anfrage der Linken-Fraktion im Bundestag ignoriert; es wurde behauptet, der entsprechende Brief sei nie angekommen (trotz mehrerer unterschiedlicher Wege, auf denen die Nachricht dem BMG zugesendet wurde).¹⁷ Dass eine derartige offenbar wesentliche Fehlinterpretation von Forschungsergebnissen auch noch Jahre danach für die politische Debatte relevant sein kann, zeigt ein Interview mit einer Frankfurter CDU-Lokalpolitikerin, die den Fall im Februar 2015 als vermeintlichen Beleg für die „generalpräventive Wirkung“ des Betäubungsmittelgesetzes verwendete: „Laut einer Studie zum Thema Spice ging der Konsum dieser Räuchermischungen deutlich zurück, nachdem einige dieser psychoaktiven Substanzen verboten wurden.“

Verbreitung von NPS

Doch wie akut ist die Situation nun eigentlich? Im Folgenden soll dargelegt werden, wie relevant NPS-Konsum in bestimmten Altersklassen in Deutschland und Europa ist. Die Lebenszeitprävalenz von NPS bei 15-18-jährigen Schüler_innen im Raum Frankfurt lag 2008 bei 6%, ist bis 2011 auf 9% angewachsen und hat sich 2013 wieder auf 5% reduziert (Wersé et al. 2013). Europaweit liegen die Werte für den Konsum von NPS bei 15-24-Jährigen bei 8% für die Lebenszeitprävalenz und 3% für einen Konsum in den letzten zwölf Monaten (EMCDDA 2015). Diese Zahlen identifizieren NPS als Nischenprodukte, die in der Lebenszeitprävalenz beispielsweise im Vergleich zu Cannabis (etwa 25% bei den europäischen 15- bis 16-Jährigen laut

¹⁶ Siehe hierzu http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00317/imfname_231611.pdf (letzter Zugriff: 14.04.2015).

¹⁷ Vgl. hierzu http://hanfjournal.de/hajo-website/artikel/2012/140_januar/s01_0112_titel.php (letzter Zugriff: 14.04.2015).

EMCDDA 2014; 42% bei deutschen 15- bis 18-Jährigen nach Werse et al. 2013) nur eine untergeordnete Rolle spielen. Als Gründe für den Konsum von NPS werden neben den üblichen Einstiegsmotiven für Drogenkonsum wie Neugierde und Berausung vor allem die legale Erhältlichkeit, die Nicht-Nachweisbarkeit der Wirkstoffe in Drogentests und andere sekundäre Folgen des Verbotes ‚herkömmlicher‘ Drogen bezeichnet (Werse/Morgenstern 2015). Dies ist vermutlich auch der Grund dafür, dass insbesondere synthetische Cannabinoide bzw. sogenannte Räuchermischungen vor allem dort verstärkt konsumiert werden, wo die Strafverfolgung in Bezug auf illegale Drogen besonders hart ausfällt und infolgedessen die Verfügbarkeit oder Qualität bekannter Substanzen schlecht ist; im nationalen Rahmen insbesondere in Bayern (Werse 2014; Nunes et al. in diesem Band). Im Großraum Europa findet man vor allem hohe Werte für den NPS-Konsum in östlichen Staaten, wo gerade die Verfügbarkeit und Qualität etablierter Drogen als ein Faktor für den vergleichsweise hohen Konsum von NPS angesehen werden kann. Beispielsweise gibt es in Ungarn einen verhältnismäßig hohen Anteil von Konsument_innen, die bestimmte NPS, zum Teil als Heroin-Substitution, intravenös applizieren. Dies geht mit potenziell lebensbedrohlichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Konsument_innen einher und wurde bereits mit Todesfällen assoziiert (EMCDDA 2014). Es gibt also durchaus Unterschiede in der Verbreitung spezifischer NPS und den Konsumgewohnheiten sowie in den damit einhergehenden Risiken, die durch die jeweiligen Bedingungen im Kontext von nationaler Gesetzgebung und allgemeiner Verfügbarkeit traditioneller Drogen eine Rolle für die Konsumierenden spielen.

Fazit

NPS sind im Vergleich zu traditionellen Drogen hinsichtlich ihrer Verbreitung zwar von geringerer Bedeutung. Die Gesundheitsrisiken sind angesichts der oft unbekannteren Zusammensetzung (im Fall von ‚Räuchermischungen‘ und ‚Badesalzen‘), der schwierigen Dosierbarkeit (bei Research Chemicals) sowie generell der Neuartigkeit der Stoffe und der damit verbundenen Ungewissheit bezüglich konkreter Risiken wesentlich höher. Staatliche Kontrollinstitutionen versäumten es bisher, effektive Maßnahmen gegen Herstellung und Markteinführung nicht erforschter Substanzen durchzuführen. In Deutschland gibt es momentan neben dem zeitaufwändigen Hinzufragen einzelner Stoffe zum BtmG gar keine Handhabe, das Angebot zu unterbinden. Beim Gesetzgeber fehlt es allem Anschein nach an dem Bewusstsein, dass das Bedürfnis nach Rausch angebotsunabhängig besteht und von verschiedenen Menschen mit verschiedenen Mitteln befriedigt wird. Die Illegalität und die oft mit ihr einhergehende mangelnde Verfügbarkeit oder schlechte Qualität einer entsprechenden Substanz führt offenbar nicht zum Verzicht auf den Rausch, sondern vielmehr nicht selten zum Konsum alternativer Stoffe, die einfacher zu beschaffen sind. Die mangelnde Anerkennung dieses Prozesses und ein stur an Verboten ausgerichtetes Handeln vermag die vorhandene Situation nicht zu verbessern, womit eine potenzielle Schädigung der Gesundheit von Konsument_innen billigend in Kauf genommen wird. NPS sind somit als unerwünschte Nebenwirkung der Drogenprohibition anzusehen und Ergebnis der naiven Vorstellung, Rauschbedürfnisse durch Verbote steuern zu können.

Die ohnehin bereits durch den wissenschaftlichen Forschungsstand stark in Frage gestellte Sinnhaftigkeit des Drogenverbots wird durch die Existenz und praktisch freie Verfügbarkeit von potenziell schädlicheren NPS noch weiter reduziert. Gerade im Fall von Cannabis ist die Aufrechterhaltung des Verbots nicht nachvollziehbar, wenn ähnlich wirkende Stoffe mit größeren und größtenteils noch unbekanntem Gesundheitsrisiken nach der aktuellen Gesetzeslage für jede_n erhältlich sind. Die Legalität eines Stoffes hat demnach gegenwärtig nichts mehr mit der Gesundheit der Gesellschaft und des Einzelnen zu tun, sondern bezeichnet lediglich das (Nicht-)Vorhandensein einer Substanz auf einer Liste. Der so oft zu Recht zu einem der wichtigsten Aspekte von Drogenkontrolle erklärte Jugendschutz ist momentan nicht gegeben, da Minderjährige über das Internet relativ einfach an NPS kommen können und der durch die Prohibition entstandene Schwarzmarkt gleichermaßen keinen Nachweis für Volljährigkeit fordert. Das Drogenverbot ist in seiner jetzigen Form nicht nur unwirksam und kriminalisiert unbescholtene Bürger_innen, es fördert auch die Herstellung und den Konsum von Ersatzstoffen, die unvorhersehbare Effekte auf die Gesundheit der Konsument_innen haben können. Allein mit der kontrollierten Abgabe von Cannabis an Volljährige könnte man bereits einem Großteil des NPS-Aufkommens die Existenzgrundlage nehmen und Gesundheitsrisiken minimieren. Statt Angst vor einer Zunahme des Cannabiskonsums bei einer unter strengen Auflagen erfolgten Freigabe zu haben, sollte der Fokus des Staatsapparates auf Aufklärung im Bereich Gesundheit und Schadensminimierung liegen. Kurioserweise beweist auch die Nischen-Charakteristik von NPS, dass die Legalität einer Substanz nicht mit einem erhöhten Konsum dieser einhergeht. Letztendlich kann es nicht Anspruch einer Regierung sein, die Entstehung einer „Drogenkultur“ durch eine restriktive Politik verhindern zu wollen, wenn diese bereits besteht. Die oben dargelegte Wirkung eines solchen Vorgehens dient weder der Verbesserung der Lage von Konsument_innen noch einer erfolgreichen Prävention negativer Folgen des Substanzkonsums. Es muss akzeptiert werden, dass es eine Nachfrage nach anderen Drogen außer den legalen in unserer und anderen Gesellschaften gibt und dass eine Stigmatisierung und Strafverfolgung der Konsument_innen nahezu keine Auswirkung auf diesen Sachverhalt hat. Sie kostet lediglich Geld, zerstört Leben und fördert Strukturen der organisierten Kriminalität. NPS sind dabei nur die Spitze des Eisberges und ein geradezu absurder Auswuchs (neben vielen anderen Faktoren), der das Scheitern der bisherigen Drogenpolitik belegt.

Literatur

- Augsburger Allgemeine 2013: Todesursache „Kräutermischung“. 32-Jähriger stirbt im Rausch, online verfügbar unter: <http://www.augsburger-allgemeine.de/bayern/Todesursache-Kraeuter-mischung-32-Jaehriger-stirbt-im-Rausch-id27915842.html>; letzter Zugriff: 14.04.2015.
- Auwärter, V./Dresen, S./Weinmann, W./Müller, M./Pütz, M./Ferreiros, N. (2009): 'Spice' and Other Herbal Blends: Harmless Incense or Cannabinoid Designer Drugs?, in: *Journal of Mass Spectrometry* 1, online verfügbar unter: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121673438/PDFSTART>; letzter Zugriff: 30.03.2015.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2014): EMCDDA–Europol 2013 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA, Lissabon.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2015): New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Lissabon.

- Frankfurter Allgemeine Zeitung – FAZ (2015): „Es wäre das falsche Signal.“ Im Gespräch: Verena David, online verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/rhein-main/im-gespraech-verena-david-das-falsche-signal-13440835.html>; letzter Zugriff: 14.04.2015.
- Hermanns-Clausen, M./Kneisel, S./Hutter, M./Szabo, B./Auwärter, V. (2013): Acute Intoxication by Synthetic Cannabinoids – Four Case Reports, in: *Drug Testing and Analysis*, DOI: 10.1002/dta.1483.
- Hohmann, N./Mikus, G./Czock, D. (2014): Effects and Risks Associated with Novel Psychoactive Substances: Mislabeling and Sale as Bath Salts, Spice, and Research Chemicals, in: *Deutsches Ärzteblatt* 111: 9, 139-47.
- Pollähne, H. (2014): Cannabinoide Kräutermischungen vor dem EuGH: Legal Highs bleiben legal, in: *Legal Tribune Online*, online verfügbar unter: <http://www.lto.de/recht/hintergruende/h/eugh-urteil-c35813-c18114-legal-highs-kein-arzneimittel-straftbar-amg-btmg/>; letzter Zugriff: 30.03.2015.
- Spiller, H./Ryan, M./Weston, R./Jansen, J. (2011): Clinical Experience With and Analytical Confirmation of „Bath Salts“ and „Legal Highs“ (Synthetic Cathinones) in the United States, in: *Clinical Toxicology* 49: 6, 499-505.
- Steup, C. (2008): Untersuchung des Handelsproduktes „Spice“, online verfügbar unter: <http://usual-redant.de/drogen/download/analyse-thc-pharm-spice-jwh-018.pdf>; letzter Zugriff: 10.04.2015.
- Werse, B./Müller, O. (2010): Abschlussbericht - Spice, Smoke, Sence & Co. – Cannabinoidhaltige Räuchermischungen: Konsum und Konsummotivation vor dem Hintergrund sich wandelnder Gesetzgebung, Frankfurt a. M.
- Werse, B./Morgenstern, C./Sarvari, L. (2013): Jahresbericht MoSyD. Drogentrends in Frankfurt am Main 2013, Frankfurt a. M.
- Werse, B. (2014): Zur Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen, in: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe e.V./JES e.V. (Hrsg.): *Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014*, Berlin, 22-26.

2.5 | Ritalin und Co ohne Rezept – Gefahren aus dem Internet!

Gerd Glaeske

Zusammenfassung

Der Trend zum Cognitive Enhancement, bzw. Mind-Doping stellt eine Herausforderung für die Drogenpolitik dar. Diese Begriffe bezeichnen die Einnahme von leistungssteigernden Medikamenten zur Bewältigung von alltäglichen Aufgaben. Verschiedene Studien zeigen, dass die Prävalenz von Mind-Doping steigt. Die Präventionsarbeit in diesem Bereich muss verbessert werden, z. B. mittels Aufklärungskampagnen.

Cognitive Enhancement, Gehirn- oder Mind-Doping beschäftigen seit einigen Jahren die Phantasie und Forschungsaktivitäten von pharmazeutischen Unternehmen. Arzneimittel, zugelassen zur Anwendung bei Krankheiten oder Symptomen, die mit einer Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten verbunden sind, werden nun auch für gesunde Menschen propagiert: Mittel zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit wie Donepezil oder Piracetam gehören ebenso dazu wie Psychostimulanzien, die bei ADHS oder Narkolepsie angewendet werden. Mittel wie Methlyphenidat oder Modafinil werden in diesem Zusammenhang immer wieder genannt. In einer sozialen Umwelt, in der Leistungsfähigkeit und geistige Fitness als besondere Werte gelten und Menschen danach bewertet werden, ob sie mit „wachem“ Bewusstsein und „schnellem“ Verstand ihre Arbeits- oder Lebensaufgaben bewältigen, wird der Wettbewerb um möglichst gute Ergebnisse in Ausbildungen und Prüfungen zur Basis für die individuelle Zukunftssicherung erhoben.

Es kann daher nicht erstaunen, dass sowohl einzelne Personen wie aber auch internationale Pharmakonzerne nicht nur ein hohes Interesse an dieser Entwicklung haben, sondern die Diskussionen um Lifestyle-Mittel mitbestimmen möchten. Im Jahre 2007 wurde das weltweite Marktvolumen für solche Produkte immerhin auf rund 29 Milliarden Dollar weltweit geschätzt, etwa so viel, wie in Deutschland für die gesamte Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgegeben wurde. Und die Firmen haben durchaus renommierte Begleiter_innen für ihre Forschungsanstrengungen und ihre Umsatzhoffnungen: So hatte der bekannte Neurobiologe und Nobelpreisträger Eric Kandel, der mit seinen wissenschaftlichen Arbeiten einen Beitrag zum molekularen Verständnis der kognitiven Fähigkeiten unseres Gehirns geleistet hat, schon im Jahre 2003 gemutmaßt, dass es innerhalb der nächsten fünf Jahre die erste Pille gegen das Vergessen geben würde. Damit soll das Potenzial unseres Gehirns gezielter und vollständiger genutzt werden können. Nun sind diese fünf Jahre vorbei, ein wirklich passendes Produkt, das der Ankündigung von Eric Kandel gerecht wür-

de, hat die Pharmaindustrie allerdings bis heute noch nicht anbieten können und auch Herr Kandel hat sich aus dem Vermarktungsprozess zurückgezogen.

Hirndoping für alle?

Doch täuschen wir uns nicht: Das Interesse von Pharmafirmen wird weiterbestehen und umso mehr verstärkt werden, je mehr das Bedürfnis und der Bedarf nach solchen Mitteln wächst: Dem Disease-Mongering, also dem Krankheitserfinden, wird ein Need-Mongering folgen, die Kreierung eines angeblichen Bedarfs, der sich dann auch noch auf wohl formulierte Gedanken aus einem im November 2009 publizierten Memorandum von sieben Expert_innen aus den Bereichen Philosophie, Jura, Psychiatrie, Medizin zur Nutzung von pharmazeutischem Neuro-Enhancement („Gehirndoping“) beziehen kann (Galert et al. 2009). In dem Memorandum, das auf der Homepage der Zeitschrift „Gehirn und Geist“ nachzulesen ist, geht es um die Nutzung von pharmazeutischem Neuro-Enhancement (landläufig auch häufig als „Gehirndoping“ übersetzt). Dabei beschreiben die Wissenschaftler_innen folgende Ausgangsposition: „Während nämlich die ethische Fachdebatte zum Thema Neuro-Enhancement inzwischen ein hohes argumentatives Niveau erreicht hat, wird das Phänomen in populären Medien überwiegend sorgenvoll kommentiert, wobei die Triftigkeit der geäußerten Bedenken nur selten hinterfragt wird. Demgegenüber wollten die Autoren des Memorandums der öffentlichen Debatte einen nachhaltigen Impuls geben, indem sie neben den Risiken auch die Chancen darstellen, die aus der medikamentösen Steigerung des Wohlbefindens und der geistigen Leistungsfähigkeit erwachsen.“ Es gebe keine „überzeugenden grundsätzlichen Einwände gegen eine pharmazeutische Verbesserung des Gehirns oder der Psyche“, denn das sei nur „die Fortsetzung eines zum Menschen gehörenden geistigen Optimierungsstrebens mit anderen Mitteln.“ In dem Memorandum kommt weniger die Sorge über die Seelen der Menschen zum Tragen, als Probleme der „Verteilungsgerechtigkeit“ - Hirndoping für alle schafft angeblich Gleichheit für alle im Bereich der Intellektualität: Welch ein einfaches, gleichwohl aber falsches Rezept! Es sei des Weiteren durchaus ethisch vertretbar, dem Schwinden der kognitiven Fähigkeiten durch bestimmte Arzneimittel Einhalt zu gebieten wie man dies auch durch eine Lesebrille im Alter zum Ausgleich der Altersweitsichtigkeit tue, so jedenfalls eine der Mitautorinnen des Memorandums in einem Interview. Die Autor_innen des Memorandums geben sich vermeintlich sozialpolitisch verantwortlich in ihrem erschreckend naiven Traktat über den pharmazeutisch basierten Menschenverbesserungsglauben. Denn der Zugang auch für ärmere Bürger_innen habe die allgemeine Anhebung des geistigen Niveaus zum Ziel und dies habe schließlich einen Nutzen für die gesamte Gesellschaft.

Hirndoping mit Arzneimitteln – ein gefährlicher Irrweg!

Das Memorandum ist ein bestürzendes Dokument der mangelnden philosophischen Tiefe im medizinethischen Diskurs. Denn Arzneimittel sind geprüft und zugelassen zur Behandlung oder Vorbeugung von Krankheiten, ihre Risiken durch unerwünschte

Wirkungen oder Wechselwirkungen sind zu vertreten, wenn es sich um Krankheiten handelt, die unbehandelt das höhere Risiko darstellen. Arzneimittel sind dagegen nur sehr selten bei gesunden Menschen erprobt und schon gar nicht für den Dauergebrauch zugelassen.

Das Thema „Hirndoping“ mit Hilfe von Arzneimitteln hat derzeit allerdings „Konjunktur“. Eine Studie der Deutschen Angestelltenkrankenkasse DAK aus dem Jahre 2009 kam zu dem Ergebnis, dass etwa 20% der Menschen an ihrem Arbeitsplatz leistungssteigernde Mittel nehmen, angefangen von psychisch stimulierenden Kopfschmerzmitteln bis hin zu Psychopharmaka, und im Jahre 2008 hatte die Techniker Krankenkassen (TK) in einer Untersuchung festgestellt, dass 10% der Studierenden Psychopharmaka einnehmen – ein weit höheren prozentualer Anteil als in der gesamten Bevölkerung (TK 2008). Im März 2015 hat die DAK „nachgelegt“ (Rebscher et al. 2015): In einer neuen Studie zum pharmakologischen Enhancement wurde zwar deutlich, dass wir es noch nicht mit einem Massenphänomen zu tun haben, dass aber der Anteil der Menschen, die ihre Leistung mit solchen Mitteln verbessern wollen, von 4,7 im Jahre 2008 auf 6,7% im Jahre 2014 angestiegen ist. Dazu passt die Studie der BARMER GEK mit der Bertelsmann-Stiftung, die ebenfalls im März 2015 veröffentlicht wurde (Chevalier & Kaluza 2015): Danach arbeiten ein Viertel der Vollzeitbeschäftigten mehr als es ihrer Gesundheit auf Dauer gut tut, 18% erreichen regelmäßig die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit und 23% verzichten gänzlich auf Pausen. Schließlich: Jede_r Achte erscheint auch dann im Unternehmen, wenn er/sie krank ist. Das Doping durch Pillen scheint daher ein immanentes Thema im Arbeitsprozess zu werden, wenn die Menschen glauben, sich an den Arbeitsprozess anpassen zu müssen und die Arbeitssituation sich nicht den Menschen anpasst. Die Einnahme von Arzneimitteln wird in solchen Situationen dann zu einem Zeichen der Unterwerfung, wo eigentlich Protest gegen solche Arbeitsbedingungen die richtige Antwort wäre.

Was sind die Mittel, die im Arbeits- und Ausbildungsumfeld eine besondere Rolle spielen? Im Vordergrund stehen Psychostimulanzien wie Ritalin, weil damit doch Kinder erfolgreich behandelt werden können, die unter Lern- und Konzentrationsstörungen im Rahmen eines Aufmerksamkeits-Defizit Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) leiden – dieser Erfolg sollte sich doch auch bei gesunden Menschen einstellen. Da werden auch Alzheimer-Mittel gekauft, in der Hoffnung, dass diese Mittel auch bei gesunden Menschen zu einem besseren Denkvermögen führen, da geht es um bestimmte Mittel zur Behandlung von Depressionen, vorzugsweise um die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI's) wie Citalopram oder Fluoxetin (in den USA als Prozac angeboten), die eine_n angeblich den Alltagsstress wegschlucken lassen. Die folgenden Tabellen 1 und 2 zeigen die meist verkauften Mittel im Deutschen Pharmamarkt.

Und alle Mittel gibt es ohne Rezept im Internet, es geht nicht mehr nur um Potenzdoping mit Viagra ohne Rezept, sondern auch um „Viagra für das Gehirn“, wie die Studierendenzeitung Unicum textete (Unicum 2008). Die Entwicklung der Persönlichkeit ist aber nur über Lebenserfahrungen zu erreichen, über Trauer und Freude, über die Verarbeitung von Erfolgen und Niederlagen, über die Bewältigung von Stress, Unter- und Überforderung. Das schnelle Glück über die Pillendose funktioniert nicht, auch mit Prozac, so eine damalige Werbung für das bekannteste Mittel aus der Gruppe der neuen Antidepressiva, wird aus einem hässlichen Entlein kein strahlender Schwan. In Spiegel online vom 26. Oktober 2009 wird unter dem Titel „Wow, was für

Tabelle 1: Die 10 meistverkauften Psychostimulanzien nach Packungsmengen im Jahre 2013 (nach IMS Health 2014)

Rang	Präparat	Wirkstoff	Absatz 2013 in Tsd.	Missbrauchs-/ Abhängigkeits- potenzial
1	Medikinet	Methylphenidat	1.173,9	++
2	Ritalin	Methylphenidat	365,5	++
3	Concerta	Methylphenidat	292,4	++
4	Strattera	Atomoxetin	164,7	++
5	Equasym	Methylphenidat	136,5	++
6	Methylpheni TAD	Methylphenidat	113,0	++
7	Methylphenidat Hexal	Methylphenidat	53,9	++
8	Elvanse	Lisdexamfetamin- dimesilat	28,6	++
9	Vigil	Modafinil	28,1	++
10	Methylphenidat 1A Pharma	Methylphenidat	26,6	++
Gesamtabsatz Psychostimulanzien			2.410,6	

Tabelle 2: Die 15 meistverkauften SSRI-Antidepressiva nach Packungsmengen im Jahre 2013 (nach IMS Health 2014)

Rang	Präparat	Wirkstoff	Absatz 2013 in Tsd.	Missbrauchs-/ Abhängigkeits- potenzial
1	Citalopram 1A Pharma	Citalopram	1.063,9	+
2	Citalopram Dura	Citalopram	1.044,9	+
3	Citalopram AL	Citalopram	976,9	+
4	Cipralex	Citalopram	385,6	+
5	Fluoxetin 1A Pharma	Fluoxetin	313,8	+
6	Paroxetin 1A Pharma	Paroxetin	197,6	+
7	Fluoxetin Hexal	Fluoxetin	194,2	+
8	Sertralin Aurobindo	Sertralin	164,4	+
9	Citalopram ratiopharm	Citalopram	157,0	+
10	Sertralin Stada	Sertralin	151,4	+
11	Sertalin Basics	Sertralin	130,3	+
12	Paroxetin neuraxpharm	Paroxetin	121,7	+
13	Citalopram neuraxpharm	Citalopram	106,4	+
14	Paroxetin beta	Paroxetin	96,3	+
15	Citalopram Heumann	Citalopram	91,5	+
Gesamtabsatz Psychostimulanzien			7.032,9	

ein Gefühl“ die Geschichte einer Ritalin-Userin nachgezeichnet, die schon nach wenigen Minuten der Einnahme spürte: Sie war hellwach, sie konnte wahnsinnig schnell lesen, ihr Akku war wieder voll. Nach zwei Jahren musste die Userin bereits 18 Tabletten am Tag nehmen, damit sie die Wirkung überhaupt noch spürte. Sie war abhängig geworden, hatte sich verändert, war leicht reizbar, ihr gesunder Menschenverstand war verloren gegangen, sie kam in eine Entzugsklinik, sie war aufs Abstellgleis geraten. Solche „Karrieren“ werden wir in Zukunft häufiger sehen, die Pharmaindustrie hat längst erkannt, dass die gesunden Menschen mit dem Wunsch, den anderen kognitiv überlegen zu sein, die kommende Zielgruppe sind -die Machbarkeit und die Verfügbarkeit wird das Angebot bestimmen.

Daher die folgenden Forderungen:

Es ist dringend erforderlich,

- die Informationen über die Probleme und Folgen eines Missbrauchs von Arzneimitteln zu verstärken, die im Rahmen des „Dopings“ Arbeitsplatz eingesetzt werden – Psychostimulanzien führen zur Abhängigkeit, die Einnahme von bestimmten Antidepressiva zu Absatzproblemen, man fühlt sich ohne diese Mittel unsicher und wenig belastbar.
- An diesen Aufklärungskampagnen müssen sich Ärzt_innen, Apotheker_innen und öffentliche Einrichtungen, die für die Sucht- und Missbrauchsprävention allgemein und am Arbeitsplatz verantwortlich sind (z. B. die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Krankenkassen, Gewerkschaften, Arbeitgeber_innenorganisation usw.) mit mehr Engagement und Motivation als bisher beteiligen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen hat sich bereits früh zu dieser Problematik in einem Memorandum geäußert (Glaeske et al. 2011). Und es muss endlich juristisch geprüft werden, wie der Arzneimittelschmuggel über das Internet gestoppt werden kann. Die Verfügbarkeit aller einschlägig bekannten Arzneimittel wie Ritalin und andere Mittel mit Methylphenidat wie Medikinet, Concerta und Equasym samt der Methylphenidat-haltigen Generika, wie dem Wachmacher Vigil (Modafinil) oder wie Antidepressiva vom Typ Citalopram oder Fluoxetin ohne Rezept bei dubiosen Händler_innen im Internet ist eine große Gefahr für alle, die meinen, solche stark wirkenden und mit erheblichen unerwünschten Wirkungen belasteten Arzneimitteln ohne ärztliche Begleitung einnehmen zu wollen. Hinzu kommt das Risiko, für gefälschte Mittel mit problematischen Wirkstoffen viel Geld bezahlen zu müssen. Im Sinne des Verbraucher- und Patientenschutzes sollte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung diese Problematik endlich ernst nehmen!

Die gesamte Entwicklung erinnert fatal an Aldous Huxleys Roman „Schöne neue Welt“ (1953), in dem allen Bürger_innen das Soma, ein anpassungsorientiertes Psychopharmakon „ganz ohne Nebenwirkungen“, zur Verfügung gestellt wird. In einer Szene sinkt eine der Hauptpersonen des Romans, Siegfried, auf einem Stuhl schluchzend zusammen. Dann besann er sich eines „besseren“ (sic) und schluckte eine Tablette Soma, um diese Traurigkeit zu überwinden. Man hat den Eindruck, dass wir in dieser „Schönen neuen Welt“ bereits angekommen sind.

Literatur

- Chevalier, A. / Kaluza, G. (2015): Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz: Indirekte Unternehmenssteuerung, selbstgefährdendes Verhalten und die Folgen für die Gesundheit, in: Gesundheitsmonitor Newsletter 1. Bertelsmann Stiftung/Barmer GEK.
- Galert, T. / Bublitz, C. / Heuser, I. / Merkel, R. / Repantis, D. / Schöne-Seifert, B. / Talbot, D. (2009): Das optimierte Gehirn, in: Gehirn und Geist 11, 40-49.
- Glaeske, G. / Merchlewicz, M. / Schepker, R. / Soellner, R. / Böning, J. / Gaßmann, R. (2011): Hirndoping - die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V, online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/2011-06-20_Positionspapier_Hirndoping.pdf; letzter Zugriff: 20.3.2015.
- Huxley, A. (1953): Schöne Neue Welt. Fischer, Frankfurt a. M.
- Institut für medizinische Statistik - IMS (2014): Der Pharmazeutische Markt Deutschland, Frankfurt a. M.
- Rebscher, H. / Hildebrandt, S. / Marschall, J. / Nolting, H.D. / Sydow, H. (Hrsg) (2015): DAK Gesundheitsreport 2015 - Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Doping am Arbeitsplatz. Medhochzwei-Verlag, Heidelberg.
- TK-Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2008): Gesundheitsreport 2008 – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 18, Hamburg.
- Unicum (2008): Viagra fürs Gehirn – Was bringt die Dröhnung zum Dauerlernen, 26,6.

2.6 | Streckmittel, Verunreinigungen und „Drug-Checking“ – vom Reinheitsgebot für Bier lernen

Gerrit Kamphausen

Zusammenfassung

Das Drogenverbot bewirkt, dass auf dem Schwarzmarkt stärkere Drogen bevorzugt und diese gleichzeitig gestreckt werden. Bedingt durch die Unkenntnis des genauen Wirkstoffgehalts der Droge und die Nebenwirkungen der Streckmittel ergeben sich daraus große Risiken für die Verbraucher_innen, wie es für einzelne Drogen genau beschrieben wird. Die Einführung von „Drug-Checking“ könnte die Risiken vermindern. Daher werden bereits bestehende Ansätze in anderen Ländern exemplarisch vorgestellt und es wird auf andere erfolgreiche Maßnahmen des Verbraucherschutzes verwiesen (z. B. auf das Reinheitsgebot für Bier).

Die Vorteile verbraucher_innenschutzrechtlicher Gesetzgebung im Bereich der Drogenpolitik sind lange bekannt und nicht von der Hand zu weisen. Ein Beispiel findet sich im „Pure Food and Clean Drugs Act“ (USA 1906), mit welchem den Scheinmedikamenten der damals zahlreichen Quacksalber der Markt genommen wurde. Das bekannteste Beispiel ist sicherlich das deutsche Reinheitsgebot für Bier, welches seine Ursprünge bereits im 12. Jahrhundert hat und mit welchem der Bierpanscherei entgegengewirkt wurde.

Für Konsument_innen illegaler Drogen gibt es – politisch gewollt, aber nicht zu rechtfertigen – keinen Verbraucher_innenschutz. Stattdessen gilt für Drogenschwarzmärkte eine doppelte soziale Gesetzmäßigkeit. Erstens werden die Drogen stärker (z. B. Schnaps statt Bier während der Alkoholprohibition in den USA), dies wird auch als „Iron Law of Prohibition“ (Cowan 1986) bezeichnet. Zweitens werden diese stärkeren Substanzen anschließend häufig mit Streckmitteln verunreinigt. Das macht sie zwar wieder schwächer, aber insgesamt wird die Qualität der Schwarzmarktware dadurch deutlich gemindert und die Schädlichkeit für die Gesundheit des Einzelnen, rückwirkend auch für jene der Gesellschaft, massiv gesteigert. Problematisch sind dabei insbesondere zwei konkrete Folgen der unkontrollierten Produktion. Erstens schwankt der Reinheitsgehalt stark. Das liegt daran, dass bereits bei der Herstellung kein optimaler, sondern ein stets unterschiedlicher Reinheitsgehalt erreicht wird, weil es sich um illegale, versteckt betriebene Labore handelt. Hinzu kommt der unbekannt Anteil der Beimengungen gemessen am Gesamtgewicht. Daher ist den Konsument_innen die jeweilige genaue Einzeldosis nicht bekannt, was zu Überdosierungen führen kann. Zweitens kann die Art der Beimengung problematisch sein. Die Streckmittel sind pharmakologisch relativ schädlich, wobei ihre jeweilige Schädlich-

keit von verschiedenen Faktoren abhängt. Dazu gehören unter anderem die Art der Droge, die Art des Streckmittels und etwaige Wechselwirkungen zwischen beiden oder weiteren Substanzen. Des Weiteren bestimmen die Eigenschaften des individuellen Konsums darüber, wie sich die Streckmittel auswirken, hierzu zählen z. B. die durchschnittlich konsumierte Menge, die Konsumfrequenz und die Konsumform. Allerdings gibt es für jede Droge einige wenige, spezifische Arten von Streckmitteln, die hochgiftig oder sogar potenziell tödlich sind, und deren Vermeidung überaus wichtig ist.

Wie wirkt sich also diese Gesetzmäßigkeit des illegalen Marktes konkret aus? Einige Beispiele schädlicher Beimengungen und Verunreinigungen:

Opiate / Opioide

Die fehlende Kenntnis über den genauen Reinheitsgehalt kann insbesondere bei Opiatkonsum zu Überdosierungen mit Todesfolge führen. Ebenfalls problematisch in diesem Zusammenhang sind Beimengungen anderer Opiate. Diese können bereits als Synthesenebenprodukte des Morphins und Heroin entstehen bzw. erhalten bleiben, werden aber auch nachträglich beigemischt. Gesondert zu nennen ist dabei Fentanyl, welches um ein Vielfaches stärker als Heroin ist, sodass sich mit kleinen Mengen Fentanyl große Mengen Heroin strecken oder ganz ersetzen lassen. Dies führt zu Überdosierungen und gegebenenfalls zu Todesfällen, wenn die Vermischung bzw. Verdünnung unsachgemäß durchgeführt wurde. Bei intravenösem Konsum können auch eigentlich unbedenkliche Streckmittel zu besonderen Schäden führen, z. B. durch Ablagerungen in den Venen. Eine weitere Besonderheit bei Heroin aus Afghanistan besteht darin, dass dieses in seltenen Fällen mit Milzbrand (Anthrax) belastet ist. Die Bakterien siedeln vermutlich auf Tierhäuten, in welchen das Heroin gelagert bzw. geschmuggelt wird, und können letztlich die Konsument_innen infizieren (Spiegel Online 2012).

Kokain

Kokain wird gestreckt, seit es nur noch auf dem Schwarzmarkt erhältlich ist. In Deutschland ist dies seit der Zeit der Weimarer Republik der Fall. Da überrascht es nicht, dass die verschiedenen Arten der Streckmittel das gesamte Spektrum von „pharmakologisch unbedenklich“ bis „potenziell tödlich“ abdecken. Gängig waren oder sind alle weißen Pulver aus der normalen Hausküche, z. B. Milchzucker, Kartoffelstärke oder Puderzucker. Auch pharmakologisch relevante Substanzen, wie z. B. Lokalanästhetika und Amphetamine, wurden und werden gern verwendet, hierbei geht es für die Auswirkungen auf den Endkonsum sowohl um Fragen der Reinheit als auch der Schädlichkeit. In der jüngeren Vergangenheit ist ein neues spezifisches Streckmittel aufgetaucht. Seit einigen Jahren wird bereits bei der Herstellung des Kokains ein hauptsächlich in der Tiermedizin eingesetztes Wurmmittel beigemischt. Die Substanz heißt Levamisol und verstärkt bzw. verlängert die Wirkung von Kokain. Bei regelmäßigem Konsum wird das Blutbild des Menschen maßgeblich verändert: Die weißen Blutkörperchen sterben ab und werden im schlimmsten Fall auch nicht mehr neu gebildet. Wenn diese Krankheit nicht behandelt wird, kann sie tödlich enden (checkit! 2015).

Ecstasy

Die meisten Ecstasy-Tabletten sind sauber, teils aber hoch dosiert und teils auch stark schwankend im MDMA-Anteil. Insgesamt ist die Lage bei Pillen am unübersichtlichsten, da hier weniger gestreckt als falsch deklariert wird. Auf diese Weise werden verschiedene Amphetamine, Cathonine, Piperazine, Phenetylamine und sonstige Research Chemicals als Ecstasy verkauft, mit teils erheblichen Risiken für die Konsument_innen. Einige besonders bedenkliche Funde aus den letzten Jahren (alle Beispiele aus Eve & Rave 2015):

- eine Pille enthielt ein Herbizid namens Mecoprop (MCP, dieses wurde evtl. mit dem Piperazin m-CPP verwechselt), außerdem enthielt dieselbe Pille GHB, Koffein und Amphetamin;
- mit erschreckender Regelmäßigkeit taucht das hochgiftige, potenziell tödliche Amphetamin PMMA in Ecstasy-Tabletten auf, was immer wieder zu Todesfällen führt, zuletzt sind zum Jahreswechsel 2014/15 mehrere Personen an PMMA gestorben;
- ebenfalls problematisch sind Pillen, von denen bei gleichem Aussehen manche gut und andere schlecht sind; im letzten Jahr waren davon z. B. Pillen betroffen, die das Logo eines großen deutschen Herstellers von Speiseeis tragen: einmal zeigt das Testergebnis eine hohe Menge des erwünschten MDMA, dann wieder Amphetamin, Koffein, Methamphetamin, 4-Fluoramphetamin, 2C-H und 2C-B zusammen in einer Pille gleichen Aussehens.

Diese Beispiele zeigen, dass Drogenkonsument_innen bisher nicht auf Verbraucher_innenschutz durch Produktsicherheit zählen können. Die drogenpolitische Minimalforderung kann nur jene nach der Einführung von Testmöglichkeiten für die Drogen der Endverbraucher_innen sein, also das sogenannte „Drug-Checking“ zu ermöglichen. Unter diesen Begriff fällt nicht nur der Labortest selbst, sondern auch die qualifizierte Verbreitung der Ergebnisse, z. B. über das Internet. Zusätzlich bietet „Drug-Checking“ einen Ansatzpunkt für Sozialarbeiter_innen, um mit den Konsument_innen in Kontakt zu treten und über die Laboranalyse und Vermittlung der Testergebnisse hinaus helfend tätig zu werden (Schmolke/Harrach 2014).

In den Niederlanden, in der Schweiz, in Österreich und, mit Einschränkungen, sogar in den USA gibt es bereits die Möglichkeit, Drogen auf ihre tatsächlichen Inhaltsstoffe und Reinheitsgehalte testen zu lassen. Die rechtliche und praktische Umsetzung ist jeweils verschieden, andererseits ist die Vernetzung dieser bestehenden Ansätze über das Internet recht ausgeprägt. Und wenn man ganz genau hinschaut, dann finden sich sogar in Deutschland erste Ansätze dazu, Drogen auf ihre Inhaltsstoffe zu testen – nämlich bezüglich sogenannter „Räuchermischungen“ und „Badesalze“.

Die einzelnen nationalen Umsetzungen des „Drug-Checking“ etwas genauer:

Niederlande

In den Niederlanden ist „Drug-Checking“ am längsten etabliert. Aufbauend auf ersten Tests, die bereits Ende der 1980er Jahre stattfanden, wurde 1992 das „Drug Information and Monitoring System“ (DIMS) geschaffen. 16 Partner_innen mit insgesamt

22 Teststellen testen Pillen aus den ganzen Niederlanden. Vor besonders schädlichen Tabletten wird gesondert gewarnt (Niesink 2000). Neu integriert in dieses etablierte System wurde ein „Meldepunkt“ für neue psychoaktive Substanzen (Trimbos Institut/DIMS 2015).

Schweiz

In der Schweiz wird das „Drug-Checking“ z. B. seit 2001 von *saferparty.ch*, einer städtischen Hilfseinrichtung aus Zürich, angeboten. Auch der Szene-Verein *Eve & Rave* veröffentlicht diese Ergebnisse und bietet zusätzlich ein Internetforum für die Diskussion. Für hochdosierte und falsch deklarierte Pillen werden Warnungen veröffentlicht, ebenso bei Funden ungewöhnlicher oder neuer Substanzen. Nicht veröffentlicht werden Ergebnisse sauberer und gleichzeitig passend dosierter Pillen, um den Konsument_innen keine Kaufanreize zu bieten (*saferparty.ch* 2015).

Österreich

In Österreich werden bereits seit 1997 ebenfalls Testergebnisse veröffentlicht. Ein Unterschied gegenüber den Testreihen der anderen Länder besteht darin, dass auch die Ergebnisse getesteter Speed- und Kokainproben veröffentlicht werden. Dabei wird z. B. deutlich, dass das Levamisol-Problem bei Kokain tatsächlich ausgeprägt ist (*checkit!* 2015).

USA

Selbst in den drogenpolitisch eher reaktionär geprägten USA ist „Drug-Checking“ möglich. In zumindest ein Labor können seit 2001 Drogen eingesandt und kostenpflichtig getestet werden. Die Ergebnisse werden dann im Internet veröffentlicht. An der aktuellen Liste kann man z. B. sehen, dass Methylon (bk-MDMA) häufig als MDMA verkauft wird (*ecstasydata.org* 2015). Zusätzlich können Konsument_innen „Pill-Reports“ verfassen und nachlesen (*pillreports.net* 2015).

Alle diese Testreihen sind gut dokumentiert, über das Internet zumindest informell miteinander verbunden und werden auch trotz möglicher Sprachbarrieren international gelesen. Wie jedes Netzwerk basiert auch dieses auf der Eingabe, Verarbeitung und Verbreitung von Informationen und Wissen. Daher wäre es wichtig, möglichst viele im Umlauf befindliche Drogen – insbesondere Ecstasy-Pillen – zu testen und die Ergebnisse zu veröffentlichen, um ein möglichst flächendeckendes Bild der (fehlenden) Qualität zu erhalten.

Drug-Checking in Deutschland

In Deutschland warnt bisher die Polizei auf lokaler Ebene nach besonders gefährlichen Funden, z. B. wenn überdurchschnittlich starkes Heroin in Umlauf ist oder wenn besonders giftige Ecstasy-Pillen gefunden wurden. Dazu muss es aber immer zuerst zu Funden und Beschlagnahmungen, vielleicht sogar zu Unglücksfällen kommen. Dass es auch anders geht, zeigt das Projekt „*legal-high-inhaltsstoffe.de*“. Hier werden sogenannte „Räuchermischungen“ und „Badesalze“ auf ihre Inhaltsstoffe getestet, die Ergebnisse veröffentlicht und in Internetforen zur Diskussion gestellt. Damit soll der grundsätzlichen und gefährlichen Unkenntnis der Inhaltsstoffe solcher Produkte entgegengewirkt werden (Tögel-Lins/Morgenstern 2015).

Dieselbe Logik der Prävention und Schadensminimierung gilt eigentlich auch für Pillen und Pulver, welche als „traditionelle“ Drogen verkauft werden. Anstatt die Parallelen zu sehen, sperrt sich die Bundesregierung gegen die Einführung von „Drug-Checking“. Damit entsteht eine aus gesundheitspolitischer Sicht nicht zu rechtfertigende Versorgungslücke, sowohl für die deutschen Verbraucher_innen als auch bei der globalen Veröffentlichung der Testergebnisse im Internet. Diese Lücke zu schließen, ist nicht nur inhaltlich begründbar, sondern auch ohne Gesetzesänderung nach geltendem Recht umsetzbar. Gerade die gesellschaftliche und kulturelle Wertschätzung des Reinheitsgebots für Bier sollte die drogenpolitische Forderung nach „Drug-Checking“ verständlich machen.

Literatur

- Cowan, R. (1986): How the Narcs created Crack: A War against Ourselves, in: National Review 38 (23), 26-34.
- checkit! (2015): Aktuelle Warnungen und besondere Ergebnisse März 2015, online verfügbar unter: http://www.checkyourdrugs.at/media/checkit_Warnungen_0315.pdf; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Trimbos / DIMS (2015): DIMS, online verfügbar unter: <http://www.trimbos.nl/projecten-en-onderzoek/dims>; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Eve & Rave (2015): Aktuelle Warnungen, online verfügbar unter: <http://www.eve-rave.ch/Forum/viewtopic.php?f=50&t=19072>; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Ecstasydata.org (2015): <http://www.ecstasydata.org/>; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Niesink, R. (2000): Drug checking in The Netherlands: The Drugs Information and Monitoring System, online verfügbar unter: <http://www.drugtext.org/pdf/Dance/party-drugs-clubbing/drug-checking-in-the-netherlands-the-drugs-information-and-monitoring-system.pdf>, letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Pillreports.net (2015): <http://pillreports.net/>; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Saferparty.ch (2015): Drug-Checking, online verfügbar unter: <http://www.saferparty.ch/warnungen.html>; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Schmolke, R./Harrach, T. (2014): Drug-Checking, in: Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2014, 67-68.
- Spiegel-Online (2012): Bayern: Drogensüchtiger an Milzbrand gestorben, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/anthrax-sporen-heroin-suechtiger-in-bayern-an-milzbrand-gestorben-a-840445.html>; letzter Zugriff: 09.04.2015.
- Tögel-Lins, K./Morgenstern, C. (2015): Neue psychoaktive Substanzen und Userforen, in: Happel, H.-V./Schneider, R./Stöver, H. (Hrsg.): Smart gegen Sucht. Chancen und Grenzen der neuen Medien in der Arbeit mit Abhängigen, Frankfurt a. M., 46-53.

2.7 | „Kommunale Drogenpolitik“: Was können Städte und Gemeinden tun?

Roland Baur

Zusammenfassung

Bei dem Begriff „Drogenpolitik“ denkt man im Allgemeinen meist an die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) und der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtmVV). Konkret erlebt werden die Auswirkungen aber direkt in den Städten und Gemeinden. Anhand von Spielsucht, exzessivem Alkoholkonsum, intravenösem Konsum illegaler Drogen werden die Möglichkeiten einer kommunalen Drogenpolitik beschrieben. Bau-, Gewerbe-, Ordnungs-, Konzessionsrecht sind dabei die stärksten Mittel für eine effiziente Gestaltung. Notwendige Voraussetzung ist dabei stets der politische Wille in Ratsgremien und Kommunalverwaltungen. Diese zeigt das Beispiel Stuttgart bei der Einführung der Regelversorgung in der Substitution mit Diamorphin.

Eine einheitliche kommunale Drogenpolitik kann es systembedingt nicht geben – in einem föderalen Bundesstaat noch weniger. Die kommunale Selbstverwaltung ist zwar ein hohes demokratisches Gut, aber nicht einmal die Kommunalverfassungen sind bundeseinheitlich geregelt. Somit müssen im politischen Entscheidungsprozess innerhalb der Kommunen Bundes- und Landesgesetze und ggf. einzelne Verordnungen beachtet werden; dies gilt gleichermaßen für die gewählten Ratsgremien (Bürgerschaft, Gemeinderat u. a.) wie für die Kommunalexekutive (Stadtverwaltung, Magistrat u. a.).

Diese Feststellung ist deshalb so wichtig, weil sie eindrucksvoll den folgenden Gegensatz verdeutlicht: Einerseits sind nirgendwo die direkten Auswirkungen von Sucht oder zumindest problematischem Konsum – einerlei ob von legalen oder illegalisierten Substanzen – so sicht- und spürbar wie in den Städten und Gemeinden, auf der andern Seite ist eben gerade deren Einfluss auf Begrenzung und/oder Regelung sehr eingeschränkt.

Diese Auswirkungen und mögliche Lösungsansätze sollen nun an drei Beispielen betrachtet werden. Sie decken stoffliche und nicht-stoffgebundene Sucht, den legalen und den illegalisierten Bereich ab.

Spielsucht

Auswirkungen

Wenn man die potenzielle Spielsucht, die durch staatliche Spielcasinos und Lotterien und andere Glücksspiele verursacht wird, außer Betracht lässt, so wird – gerade im

Straßenbild der Städte – augenfällig, in welchem Ausmaß sich das Automatenspiel verbreitet hat. Ob in Groß-, Mittel- oder Kleinstädten, ob in Citylagen oder in Vororten: Es gibt Straßenzüge und Quartiere, wo, bedingt durch den Strukturwandel, nahezu jedes freiwerdende Ladenlokal in ein sogenanntes „Casino“ umgewandelt wird, wobei es sich so gut wie nie um ein Casino im klassischen Wortsinn handelt, sondern dieses ausschließlich dem Aufstellen von Geldspielautomaten dient.

Zwar haben die Bundesländer mit einem geänderten Staatsvertrag versucht, Angebote durch diese Spielhallen zu beschränken, indem die Sperrzeiten ausgeweitet und Mehrfachkonzessionen für die Betreibenden verboten wurden – sehr wirksam waren diese Beschränkungen aber nicht.

Es wurde in anderem Zusammenhang darauf hingewiesen und detailliert beschrieben, wie wirksamer Spieler_innenschutz aussehen könnte (Kalke 2014). Durch die Tatsache, dass der Großteil der Einnahmen direkt den Bundesländern zufließt, und durch Reglementierungen auch die von diesen konzessionierten Spielbanken betroffen wären, werden die nötigen Maßnahmen für einen effektiven Jugend- und Spieler_innenschutz nicht ergriffen.

Lösungen

Gerade in diesem Bereich kann die kommunale Politik eingreifen. Denn die Gemeinden haben im Rahmen des Baurechts, des Gewerberechts, bei Denkmal- und Brandschutz, mit Gaststättenverordnungen vielfältige Möglichkeiten, geplante und beantragte Nutzungsänderungen zu verhindern – vorausgesetzt der politische Wille ist hierzu vorhanden. Konkret heißt dies: Immer wenn in einem bestimmten Stadtquartier eine neue (Automaten-)Spielhalle sich einzurichten versucht, sollten die kommunalen Ämter und Behörden koordiniert prüfen, inwieweit eine Neueröffnung verhindert werden kann.

Und auch bei bereits bestehenden Einrichtungen lassen sich durch ordnungspolizeiliche Maßnahmen zumindest Regulative finden, damit keine Erweiterung und Intensivierung des Spielbetriebs stattfindet.

Alkoholsucht

Auswirkungen

Bei der Betrachtung der Auswirkungen soll hier „nur“ der Aspekt behandelt werden, der mit den Begriffen „Trinken im öffentlichen Raum“ und „Komasaufen“ beschrieben wird. Diese Phänomene sind nicht zwangsläufig durch eine stoffliche Alkoholsucht bedingt. Inwieweit Gruppendruck zu Komasaufen führt und freie Willensentscheidung verhindert, soll an dieser Stelle nicht thematisiert werden.

Jedenfalls sind die unmittelbaren Auswirkungen für jeden sichtbar, der an einem beliebigen Morgen, noch mehr an den Wochenenden, durch die Straßen geht, und zwar nicht nur in der Nähe der „Partymeilen“, Bahnhöfe und anderen stark frequentierten öffentlichen Plätzen. Zersplittertes Glas, weggeworfene Flaschen, Müll in verschiedenen Formen zeugen eindeutig davon, dass keineswegs nur bei Veranstaltungen,

in Restaurants, Diskotheken und anderen „locations“ ein exzessiver Alkoholkonsum stattfindet, sondern eben auch im öffentlichen Raum, zudem in Bahnen und Bussen des öffentlichen Personen(nah)verkehrs.

Dabei sind die negativen optischen Beeinträchtigungen nicht das Einzige. Viel stärker wirkt sich der starke und problematische Alkoholkonsum indirekt auf die Kriminalstatistik aus. Unbestritten ist in Fachkreisen, dass exzessiver Alkoholenuss die Aggressivität erhöht, dies noch verstärkt wenn dieser in der Gruppe stattfindet. So zeigen alle Erhebungen der letzten Jahre eine deutliche Zunahme von Gewaltdelikten. Die Korrelation zwischen allen Formen der Körperverletzung, der Sachbeschädigungen und (leichterer) Ordnungswidrigkeiten und dem vermehrten Umsatz alkoholhaltiger Getränke ist offensichtlich.

Lösungen

Abgesehen von allgemein-präventiven Angeboten, welche Kommunen meist in Kooperation mit Träger_innen der Suchthilfe und anderen Facheinrichtungen vorhalten, unterstützen und (ko-)finanzieren, ist es schwierig den Konsum von alkoholischen Getränken zu reduzieren, da diese quasi überall erhältlich sind. Und wenn Supermärkte und Gaststätten geschlossen haben, dann gibt es immer noch Tankstellen, Bahnhöfe u. a. Den Verkauf dort (und anderswo) einzuschränken oder wenigstens zeitlich zu begrenzen, fällt nicht in die Kompetenz der Kommunalpolitik. Auf diese Problematik wurde auch in Beiträgen zu einer Konferenz über „Kommunale Alkoholprävention“ hingewiesen, welche die Hessische Landesstelle für Suchtfragen Ende 2014 veranstaltete.

Was dagegen Kommunen unmittelbar tun können, ist im Rahmen des Ordnungsrechts vor allem den Alkoholkonsum im öffentlichen Raum zu kontrollieren. Fraglich ist, inwieweit dies von der Gesellschaft gewünscht und dann auch durchgesetzt wird. Mehrere statistische Erhebungen von Betreiber_innen des Öffentlichen Personennahverkehrs zeigen, dass zumindest eine Mehrzahl der Fahrgäste wünscht, dass in Bahnen und Busse kein Alkohol getrunken wird. Hier hätten die Gemeinden, die meist Betreiberinnen des ÖPNV sind, durchaus Einflussmöglichkeiten. Interessen der Tourismusämter/-vereine stehen dem allerdings meist entgegen, da aus deren Sicht oft der Verlust von „Weltläufigkeit“ befürchtet wird.

Illegale Drogen

Auswirkungen

Bei den sichtbaren Auswirkungen des Konsums illegalisierter Drogen ist an erster Stelle die sog. „offene Szene-Bildung“ zu nennen. Es soll an dieser Stelle der Fokus insbesondere auf die Konsument_innen von Opioiden gerichtet werden. Allerdings ist diese Erscheinung auch vor oder in der Nähe stark frequentierter Vergabestellen von Substitutionsmitteln jeglicher Art zu beobachten. Gerade an diesen Stellen findet meist auch ein Handel – man könnte aber auch sagen: ein Austausch – von anderen und/oder zusätzlichen Rauschmitteln statt. Durch zu geringe oder mit inadäquaten

Mitteln durchgeführte Substitution ist dieses Verhalten nachvollziehbar. Außerdem findet auf den „offenen Szenen“ ein von der eigentlichen Sucht völlig unabhängiges Kommunikationsverhalten statt, was einem allgemeinen Menschenbedürfnis entspricht. Orte, wo diese Kommunikation stattdessen stattfinden könnte, also beispielsweise Angebote in Form niedrigschwelliger Kontaktcafés, gibt es nach wie vor in den meisten Kommunen zu wenige. Dort wo es sie gibt, reglementiert dann oft ein allgemeines Rauchverbot den Zugang, was völlig realitätsfremd erscheint.

Allerdings findet an diesen Stellen nicht nur der Erwerb von zusätzlichen Substanzen statt, sondern häufig werden diese dort (oder in der Nähe) gleich konsumiert. Aus gesundheitlicher Sicht ist hierbei der intravenöse Konsum (i. v.-Konsum) am problematischsten. Dass trotz aller Bemühungen der einschlägig bekannten Organisationen (auch von JES) in den letzten Jahren, sicherere Konsumformen zu propagieren, nach wie vor der i. v.-Konsum sehr stark verbreitet ist, zeigen die Zahlen der über Streetworker_innen, in Kontaktstellen und aus Automaten abgegebenen Einwegspritzen. Und leider findet dieser Konsum notgedrungen überwiegend direkt in der Öffentlichkeit oder halböffentlich auf Toiletten statt, denn Drogenkonsumräume sind in Deutschland noch immer Mangelware, obwohl vor etwa 20 Jahren in Hamburg und Frankfurt a. M. die ersten Konsumräume eröffnet wurden.

Lösungen

Um zu verhindern, dass die benutzten Spritzen nicht Kinder und Jugendliche gefährden, reicht es nicht aus, diese soweit wie möglich einzusammeln; dies wird niemals vollständig gelingen. Der beste Weg wäre, wenn der Konsum in dafür eingerichteten Räumen stattfände. Abgesehen von der längst durch alle Erhebungen belegten größeren Überlebenschance der Drogengebraucher_innen selbst bei Eintritt eines Notfalls (z. B. Überdosierung etc.), wäre die flächendeckende Einrichtung spezieller Konsumräume ein direkter effektiver Beitrag zum Kinder- und Jugendschutz.

Zwar bedürfen die Städte und Kommunen für die Einrichtung solcher geschützter Drogenkonsumräume einer Erlaubnis der jeweiligen zuständigen Landesbehörde und leider haben bis heute erst 6 der 16 Bundesländer eine solche Erlaubnis erteilt. In einigen Fällen ist es die jeweilige Landesregierung, welche eine Erlaubnis verweigert. Die Städte München und Nürnberg wären zur Einrichtung von Konsumräumen bereit, wenn die bayerische Landesregierung dies erlauben würde. In der Praxis ist allerdings auch festzustellen, dass Kommunen die Einrichtung ablehnen mit der nicht zutreffenden Begründung, es läge keine Genehmigung vor oder es sei kein/e geeignete/r Betreiber_in zu finden. In Stuttgart ist diese Argumentation möglicherweise aber auch der Sorge geschuldet, mit einem Konsumraum unerwünschte Benutzer_innen anzuziehen, z. B. solche, die in dem Konsumraum Substitutionsmittel intravenös anwenden wollen. Faktisch bedeutet dies jedoch ein Abschieben von Verantwortung der Kommunen für ihre Bürger_innen, zumal auch die intravenöse Anwendung von Substitutionsmitteln eine risikoreiche Konsumform ist, bei welcher die schadensminimierenden Aspekte eines Konsumraums hilfreich sein können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten

Städte und Kommunen müssen zuallererst ihre ureigene Verantwortung für die öffentliche Gesundheit und den Schutz und die Lebensqualität ihrer Bürger_innen anerkennen. Nicht nur Bund und Länder sind für die Sicherheit und Ordnung zuständig, sondern gleichermaßen Städte, Gemeinden und andere kommunale Gebietskörperschaften, und zwar sowohl die Verwaltungen als auch die gewählten Selbstverwaltungsorgane.

Daraus folgt, dass auch und gerade in der Drogenpolitik Kommunen gezielt intervenieren können und dies dann auch tun sollten. Denn vor Ort lässt sich viel zielgenauer aktuell auf die jeweiligen spezifischen Bedingungen und Bedürfnisse reagieren.

Eine Angebotsverringerung von Suchtmitteln können Kommunen im Prinzip nur – wie oben gezeigt – im Rahmen des Bau- und Ordnungsrechts bei Spielstätten für Glückspiel erzielen. Dagegen muss gemeinsames Ziel und anerkannter Standard eine Schadensminimierung (sog. Harm Reduction) beim Konsum legaler und illegaler potenzieller Suchtmittel sein.

Selbstverständlich sollte es ein integrativer Ansatz werden, der die untaugliche, meist auch unwirksame Unterteilung nach den Suchtmitteltypen und der Art des Konsums überwindet. Eine über die Gemeindegrenzen hinausgehende interkommunale und/oder regionale Zusammenarbeit ist unbedingt nötig, da es evident scheint, dass besonders in Ballungsräumen die Mobilität auch der Drogen gebrauchenden Menschen und Abhängigen groß ist.

Vier Grundpfeiler der kommunalen Drogenpolitik müssten sein: Primärprävention, Therapie und Resozialisierung, Schadensminimierung, Reduzierung des Angebots an Suchtmitteln.

Positiv festzustellen ist: In einer in der Fachwelt vielbeachteten Konferenz zu „New Horizons of Drug Policy in Central European Metropolis“ (vom 25.-26.09.2014) haben in der tschechischen Hauptstadt mehrere Städte in einer „Prager Deklaration“ exakt diese Eckpunkte konstatiert und als Forderungen aufgestellt – negativ ist leider: Es waren viel zu wenige Städte bereit, an der Konferenz in Prag teilzunehmen.

Zum Schluss sei noch ein Beispiel angeführt

Als die Bundesregierung die rechtlichen Voraussetzungen schuf, damit in einer langjährigen Studie der Nachweis erbracht werden konnte (er ist mittlerweile längst erbracht!), dass in zahlreichen Fällen das am besten geeignete Substitutionsmittel für Opiatabhängige bzw. für Menschen mit einem problematischen Opioidkonsum das „Diamorphin“ (genauer: Diacetylmorphinhydrochlorid, vulgo „Heroin“) ist, da beteiligte sich die Landeshauptstadt Stuttgart nicht an dem Modellprojekt – allein deshalb, weil mehrheitlich der politische Wille in den Ratsgremien fehlte. Als sich mit den Jahren einerseits die Mehrheitsverhältnisse änderten, sich andererseits auch auf Seiten der bis dato ablehnenden Fraktionen die Einsicht wandelte, war es möglich, in einer koordinierten Aktion zwischen Kommune, freien Träger_innen und einem engagierten Mediziner in relativ kurzer Zeit eine allgemeine Diamorphinvergabestelle zu etablieren. Am 21. Juli 2014 konnte diese offiziell eingeweiht werden und ihren Betrieb auf-

nehmen. Eine Evaluation der Ergebnisse sollte spätestens nach einem Jahr Regelbetrieb demnächst erfolgen. Im Wesentlichen kann man aber heute schon sagen: Die Einrichtung ist ein Erfolg, der bei anderen Zugangsvoraussetzungen, auf deren Änderung die Kommune keinen Einfluss hat, und bei engerer regionaler Kooperation, zu der die Stadt Stuttgart zumindest beitragen kann, noch größer sein könnte.

Literatur

Kalke, J. (2014): Glücksspielpolitik: Entschärft die Automaten, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, 37-39.

2.8 | Recht auf Straße für alle Bahnhofsviertelnutzer_innen – zur Debatte über Drogen in Frankfurt am Main

Jenny Künkel, Sandra Schindlauer, Josse Straub

Zusammenfassung

Der Beitrag analysiert Debatten über und Repression von Drogenkonsum/-handel in Frankfurt. Die Stadt vermarktet ihre Drogenpolitik als Hilfe-orientiert, trotz zunehmender ordnungspolitischer Elemente. Der Beitrag diskutiert Versuche der Verdrängung wahrgenommener Devianz aus der Innenstadt als Teil neoliberaler Stadtentwicklung. Diese zeigt sich im Bahnhofsviertel als Gentrifizierung und bedroht auch in anderen Städten die Räume für Drogenkonsum, Sexarbeit oder Wohnen im öffentlichen Raum.

Städte mit *hardliner*-Regierungen wie New York mit seiner *zero tolerance*-Politik oder Hamburg unter der Schillpartei sind bekannt für die Verdrängung wahrgenommener Devianz zwecks Schaffung von Räumen für Unternehmen, Mittelschichten oder Tourismus. Doch auch in Städten mit sozialliberaler Tradition, die sichtbare Abweichung von hegemonialen Normen in der Innenstadt lange tolerierten, bedrohen stadtpolitisch beförderte Gentrifizierungsprozesse die Räume Marginalisierter – z.B. das Rotlichtviertel Amsterdams, die Orte der Drogenszene in Zürich oder die *skid row* in Los Angeles. In Frankfurt, einer Stadt mit angespanntem Immobilienmarkt, artikulationsstarkem Gewerbe und einer zunehmend neoliberalisierten Stadtpolitik zeigen sich solche Prozesse paradigmatisch. Der Beitrag diskutiert aktuelle Debatten um „Devianz“ im Bahnhofsviertel als Teil neoliberaler Stadtentwicklung.

Anfang des Jahres ging der Gewerbeverein „Treffpunkt Bahnhofsviertel“ in Frankfurt am Main bei Landes- und Lokalpolitik sowie Presse mit einer Sonderausgabe ihres Magazins „Atlas“ über Gewerbebeeinbußen im Frankfurter Bahnhofsviertel haussieren.¹⁸ Vorbereitet wurde dies durch eine vom Verein initiierte BILD-Zeitungsreihe über das „Elend im Bahnhofsviertel“, die neben gezielt reißerischen Beschreibungen von Drogenhandel, Prostitution und Bettelerei bereits erste politische Stellungnahmen abdruckte. Dies entfachte (erneute) Diskussionen über Drogenhandel und Drogenkonsum_innen im Bahnhofsviertel. Der für das Viertel zuständige Ortsbeirat 1 verabschiedete einen Antrag der GRÜNEN, in dem der Magistrat aufgefordert wird, den

¹⁸ Der Beitrag ist eine überarbeitete und gekürzte Version der Stellungnahme des Arbeitskreises „Kritische Geographie Frankfurt“ zur dadurch ausgelösten Debatte um Drogen im Bahnhofsviertel in Frankfurt am Main vom 29.1.2015.

Drogenhandel in der Taunusstraße verstärkt zu bekämpfen (Die GRÜNEN Frankfurt 2015). Parallel dazu beantragte der SPD-Politiker Gregor Amann im Magistrat die Umsetzung von 16 ordnungspolitischen Forderungen des Gewerbevereins (Amann 2014). Gefordert wird u. a., Drogenhandel und organisierte Bettelerei zu bekämpfen sowie ein lokales Waffen- und Alkoholverbot einzuführen; letzteres wird bereits vom Ordnungsamt überprüft (Manus 2015). Begründungen dafür trägt der Verein in abwertendem Duktus vor: Das Bahnhofsviertel gilt ihm als „Krankenzimmer“ Frankfurts, denn „verwahrloste, unansehnliche, illegale Prostituierte [würden] in der Elbestraße herumlungern und ähnliches Klientel anziehen“ und am Kaisersack müssten Frankfurt-Besucher_innen durch einen „Pulk von betrunkenen Menschen hindurch“, während andere Orte von „straff organisierten Bettlerbanden belagert“ würden oder „gewaltbereite Kriminelle die Macht übernommen“ hätten.¹⁹ Laut Presseberichten hinterfragte in der darauf folgenden lokalpolitischen Debatte lediglich die Partei der FDP im Ortsbeirat, ob die „Zustände“ im Bahnhofsviertel denn tatsächlich schlimmer geworden seien und sprach sich für nicht-repressive Lösungen aus: vor allem für die Legalisierung von Drogen.

Die Debatte ist nicht neu. Insbesondere seit das Bahnhofsviertel gentrifiziert wird, fordern kleine Gruppen artikulationsstarker Anwohner_innen und/oder Gewerbetreibender regelmäßig eine Beseitigung von (illegalisiertem) Drogenkonsum und -handel sowie von Straßenprostitution und (nicht-yuppieeskem) Alkoholkonsum. Diese Nutzungen sollen aus dem Viertel oder zumindest aus dem Blickfeld der Protestierenden verschwinden. In der letzten großen Debatte im Sommer 2012 machte eine Petition von Anwohner_innen unter dem Motto „Nicht in unserem Namen“ deutlich, dass die Saubermänner und -frauen keinesfalls die Interessen des ganzen Viertels vertreten (Mittwochsgruppe Bhfsviertel 2012). Eine Verschlechterung der Lebensqualität im Viertel sahen die Petitionsverfasser_innen nicht durch die Drogenszene verursacht, sondern durch Versicherheitlichung und Gentrifizierung. Dass sich dennoch heute fast das gesamte Parteienspektrum die *law&order*-Forderungen des Gewerbevereins zu eigen macht, ohne dabei die sozialen Belange der Straßenszenen zu berücksichtigen, ist ein Armutszeugnis. Die gegenwärtigen Konflikte sind Ausdruck einer repressiven Politik gegenüber der Drogenszene, die unter den Bedingungen der stadtentwicklungspolitisch geförderten Gentrifizierung verschärft wird. Durch Repression werden die Konflikte nicht gelöst, sondern verlagert. Darüber hinaus verschlechtert sich dadurch bereits jetzt die Lebensqualität von Konsument_innen illegalisierter Drogen deutlich. Beides sei im Folgenden ausgeführt.

Wer Repression und Verdrängung fordert, verwechselt Lösung und Ursache

„Die Balance zwischen Repression und Hilfsangeboten, auf der der Frankfurter Weg aufbaut, muss wiederhergestellt werden“ (Jaeger 2015), betonte der SPD-Politiker Amann und meint damit, dass es an Repression mangle. Der Gewerbeverein fordert gar, alle dealenden Menschen zu verjagen:

¹⁹ Alle Zitate entstammen dem Hauptartikel des Atlas-Sonderhefts (Mahler 2014).

„Für uns sind die Substitutionseinrichtungen und der „Frankfurter Weg“ Errungenschaften, die wir zu hundert Prozent unterstützen. Gleichzeitig werden wir keine Ruhe mehr geben, bis die Dealer von unseren Straßen verschwunden sind“ (von Bethmann et al. 2014: 7).

Dass ein Mangel an Repression als Problemursache und eine Ausweitung repressiver Maßnahmen als Lösung gelten, verkennt zweierlei: Erstens sind die repressiven Elemente des Frankfurter Wegs der Drogenpolitik aus- und nicht abgebaut worden, v. a. seit Polizei und Soziale Arbeit im Rahmen des Programms „Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention und Prävention“ (OSSIP) Szenebildung verhindern sollen (Vogt 2009, Bernard 2013, Künkel 2013). Zweitens ist die zunehmende Repression, Ursache und nicht Lösung gegenwärtiger Probleme.

Zwar machen sich vereinzelt die Folgen zunehmender Prekarisierung, des Abbaus sozialer Leistungen sowie von Ausschlüssen von Migrant_innen im Viertel bemerkbar, z. B. in Form von phasenweise leicht erhöhter Straßenprostitution. Doch diesen Phänomenen wird bereits regelmäßig mit Repression begegnet (z. B. Verdrängung des Straßenstrichs in eine wenig Sicherheit bietende, abgelegene Toleranzzone). Zudem förderte die Stadt Frankfurt im letzten Jahrzehnt mit über 20 Millionen Euro die Wohnnutzung und Wohnumfeldaufwertung im Viertel. Stadtumbau und Ordnungspolitik beförderten Gentrifizierungsprozesse, die auch sozialräumliche Nischen vernichteten (z. B. Brachen oder relativ preiswerten Wohnraum). Konsum und Handel illegalisierter Drogen sowie andere, als deviant gelabelte Straßennutzungen wurden analog zur sukzessiven Aufwertung verschiedener Straßenzüge in den letzten Jahren in immer kleineren Bereichen des Viertels konzentriert. Konflikte sind die Folge. Der Gewerbeverein und einzelne Vertreter_innen der Sozialen Arbeit beklagen sich über eine gestiegene Aggressivität auf den Straßen des Viertels – insbesondere durch Konkurrenzen zwischen Drogenhandelsgruppierungen. Doch diese Entwicklung wird durch Repression mitverursacht. Denn in Gewerben, in denen nicht der Staat die Durchsetzung von Regeln und Verträgen absichert, verlaufen Restrukturierungen nicht selten unter Einsatz nicht-staatlicher, auch physischer Gewalt. Im Bahnhofsviertel führt selbst die Polizei die Konflikte der letzten Jahre auf die räumliche Konzentration der Konsument_innen und die Verhaftung einer Händlergruppe, die relativ reine Drogen günstig anbot, zurück.

Die im Bahnhofsviertel vorgefundenen Strukturen, d. h. nicht zuletzt die z. T. prekäre gesundheitliche Situation von Drogenkonsument_innen und Revierkämpfe, sind v. a. ein Ergebnis des Drogenverbots, entsprechender informeller Märkte und gesundheitsschädigender Drogenbeimischungen. Anstatt Wege der Legalisierung von Drogen zu suchen sowie auch Drogenkonsument_innen, Sexarbeiter_innen oder Bettler_innen ein Recht auf den öffentlichen Raum zuzugestehen und Zugang zu privatem Raum jenseits des Drogenkonsumvorgangs und der Notübernachtung zu schaffen, setzen die gegenwärtige politische Praxis und die Forderungen des Gewerbevereins die Politik der Verdrängung fort. So sehen etwa Planungen zur Umgestaltung öffentlicher Räume dezidiert vor, diese Räume für Drogenhandel und andere als störend wahrgenommene Nutzungen unbrauchbar zu machen (Gottwals 2014). Mietsteigerungen im Bahnhofsviertel sind bereits so weit fortgeschritten, dass wohnungspolitische Maß-

nahmen zur Bereitstellung preiswerten Wohnraums jenseits der geplanten Milieuschutzsatzung dringend nötig sind.

Wer die Straße als reinen Freizeit- und Konsumort betrachtet, verkennt die soziale Realität

Wie deutlich wurde, geht es den Wortführer_innen des Gewerbevereins nicht nur darum, den Drogenhandel zu bekämpfen. Ihre Forderungen gleichen einem Rundumschlag, der sich gegen alle richtet, deren öffentliche Präsenz sich negativ auf den Ruf Frankfurts bei den bürgerlichen Schichten auswirken könnte. Zu behaupten, dass sich die im Atlas-Magazin gedruckten Äußerungen gegen niemanden Bestimmten richten (von Bethmann et al. 2014: 8), ist grotesk.

In dem Maß wie die Gentrifizierung des Bahnhofsviertels voranschreitet, wächst eine Interessengemeinschaft, die daran interessiert ist, das Bahnhofsviertel von allen imageschädigenden Personengruppen zu „befreien“. Daran, dass mit Bau und Sanierung von Luxuswohnraum zunehmend auch die Eigentümer_innen von Immobilien zu einer verdrängenden Kraft werden, lässt auch der Gewerbeverein keinen Zweifel, wenn er moniert:

„Es gibt die Sperrgebietsverordnung, in der festgelegt ist, dass Prostituierte auf der Straße keine Kunden anwerben dürfen. Genau aber das passiert in der Elbestraße unmittelbar an dem Haus, das derzeit die höchsten Kaufpreise pro Quadratmeter Wohnraum erzielt hat, das Haus Kaiserstraße 58“ (ohne Autor_in 2014: 23).

Mit der Ausweitung der gentrifizierten Bereiche schrumpft der Raum für all die Personengruppen, die nicht in das gewünschte Image des yuppieesken Bahnhofsviertels passen. Für diese Personengruppen sind die Straßen des Bahnhofsviertels Konsumort (Drogenkonsument_innen), Arbeitsplatz (Sexarbeiter_innen) und/oder Wohnort (Obdachlose). Mangels privater Rückzugsräume und/oder angemessener Alternativen sind sie auf die verschiedenen Ressourcen, die der öffentliche Raum bietet, in besonderem Maße angewiesen. Mit den Bemühungen zur Attraktivierung des Bahnhofsviertels, wird dieser Freiraum zunehmend eingeschränkt. Die Folgen für gesellschaftlich marginalisierte Gruppen sind fatal.

Ebenso wie finanzkräftige Akteur_innen ihren Lebensstil als unvereinbar mit dem gesellschaftlich marginalisierter Gruppen empfinden, sind auch die Lebensstile der Marginalisierten nicht notwendigerweise miteinander kompatibel. Die Konzentration einer Vielzahl verschiedener (marginalisierter) Interessengruppen führt nicht nur zu einer erhöhten Sichtbarkeit sozialer Probleme, sondern auch zu einem steigenden Konfliktpotenzial. In Anbetracht der aktuellen Entwicklungen ist es wahrscheinlich, dass Polizei- und Ordnungskräfte diesen Konflikten mittels eines noch härteren Durchgreifens begegnen. Mit anderen Worten ergreifen Stadt- und Landespolitik, unter dem Druck des Gewerbevereins und anderer finanzkräftiger Anrainer_innen, Maßnahmen, welche die Aufenthaltsräume gesellschaftlich marginalisierter Gruppen zunächst dras-

tisch verkleinern und daraufhin versuchen, entstehende Konflikte mit noch repressiveren Maßnahmen zu lösen.

Betrachtet man vor diesem Hintergrund die Forderungen des Gewerbevereins, zeigt sich folgendes Bild: Nach der Münchener Straße und dem hinteren Ende der Kaiserstraße sollen nun auch Taunusstraße und Kaisersack zu bereinigten Korridoren werden, durch die Frankfurtbesucher_innen geleitet werden können, ohne dass sie die sozialen Probleme der Stadt sehen müssen. Gleichzeitig weitet sich die Gentrifizierung im Süden des Viertels weiter aus. Im Zusammenspiel mit repressiver Ordnungspolitik wird so marginalisierten Gruppen die Möglichkeit genommen, den öffentlichen Raum und andere Ressourcen des Viertels gleichberechtigt mit anderen Nutzer_innen zu beanspruchen.

Sitzen kann man dann nur noch in den sich in den öffentlichen Raum ausbreitenden Cafés. Kostenlose Aufenthaltsorte und Schlafplätze werden durch abgeschrägte Kanten an Hauswänden eingeschränkt. Während der City-Rewe die Abgabe von Pfandflaschen auf 20 Stück pro Tag und Person beschränkt hat, hat sich mit der Schließung des letzten Lebensmitteldiscounters im Viertel die lokale Versorgungslage mit günstigen Lebens- und Genussmitteln erheblich verschlechtert.

Der Gewerbeverein wird nun entgegnet, dass auch die marginalisierten Personen, die auf diese Infrastrukturen besonders angewiesen sind, durchaus eine Daseinsberechtigung haben und dass ihnen geholfen werden muss. Allerdings nur zu ihren Bedingungen. Diese Bedingungen gehen häufig nicht nur an der Lebenswelt der Betroffenen vorbei (oder sind gänzlich mit ihr unvereinbar), sondern sie verschärfen die Prekarität ihrer Lebenslage.

Die Stimmungsmache privilegierter Personenkreise gegen gesellschaftlich ausgegrenzte Gruppen ist nicht hinnehmbar. Drogenkonsument_innen, Sexarbeiter_innen, Bettler_innen und non-konforme Alkoholkonsument_innen sind Teil des Bahnhofsviertels und haben ein Recht auf die Nutzung von Straßen und Plätzen wie jede_r andere auch!

Der Arbeitskreis „Kritische Geographie Frankfurt“ fordert deshalb:

- Recht auf Straße – auch und gerade für Konsument_innen verschiedener Drogen, Sexarbeiter_innen und Bettler_innen!
- Recht auf Wohnraum, soziale Mieten und bezahlbare Einkaufsmöglichkeiten im Bahnhofsviertel und anderswo – auch und gerade für gesellschaftlich marginalisierte Gruppen!
- Soziale Umverteilung und Absicherung statt sozialer, polizeilicher und (video-)technischer Kontrolle und Sicherheitswahn!
- Abbau gesellschaftlicher Diskriminierungen und Zugang zu Systemen der sozialen Sicherung auch für Migrant_innen z. B. aus Osteuropa!
- Liberalisierung des Drogenrechts, nicht nur in Frankfurt, sondern auch auf Bundesebene!

Literatur

- Amann, G. (2014): Unhaltbare Zustände im Bahnhofsviertel - wann handelt der Magistrat endlich?. Stadtverordnetenversammlung Frankfurt, Antrag vom 10.12.2014, Nr. 1087, online verfügbar unter: http://www.stvv.frankfurt.de/PARLISLINK/DDW?W=DOK_NAME=%27NR_1087_2014%27; letzter Zugriff: 27.1.15.
- Bethmann, C. von / Hahn, B. / Mahler, O. / Neuber, D. (2014): Vorwort. In: Mahler, O. (Hg.): Atlas Magazin, Sonderausgabe 2014, 7.
- Bernard, C. (2013): Frauen in Drogenszenen. Drogenkonsum, Alltagswelt und Kontrollpolitik in Deutschland und den USA am Beispiel Frankfurt am Main und New York City, Wiesbaden.
- Die GRÜNEN Frankfurt (2015): Unser Antrag: Drogenhandel und weitere illegale Handlungen in der Taunusstraße, online verfügbar unter: http://www.grueneffmobr1.de/startseite/volltextstartseite/article/unser_antrag_drogenhandel_und_weitere_illegale_handlungen_in_der_taurusstrasse; letzter Zugriff: 27.1.15.
- Manus, C. (2015): Stadt prüft Alkoholverbot am Kaisersack. In: Frankfurter Rundschau vom 12.01.2015, online verfügbar unter: <http://www.fr-online.de/frankfurt/frankfurt-bahnhofsviertel-stadt-prueft-alkoholverbot-amkaisersack,1472798,29548128.html>; letzter Zugriff: 27.1.15.
- Jaeger, M. (2015): „Die Dealer aus dem Viertel jagen“. In: Frankfurter Rundschau 22.1.2015, online verfügbar unter: <http://www.fr-online.de/frankfurt/bahnhofsviertel—dealer-aus-bahnhofsviertel-jagen-,1472798,29634800.html>; letzter Zugriff: 27.1.15.
- Gottwals, G. (2014): Im Bahnhofsviertel soll der Karlsplatz neu entstehen. In: Frankfurter Neue Presse vom 4.4.2014, online verfügbar unter: <http://www.fnp.de/lokales/frankfurt/Im-Bahnhofsviertel-soll-der-Karlsplatzneu-entstehen;art675,365657>; letzter Zugriff: 27.1.15.
- Künkel, J. (2013): Wahrnehmungen, Strategien und Praktiken der Polizei in Gentrifizierungsprozessen: am Beispiel der Prostitution in Frankfurt a. M., in: Kriminologisches Journal 45: 3, 180-195.
- Mahler, O. (2014): Wir vertreiben unsere Gäste., in: ders. (Hrsg.): Atlas Magazin, Sonderausgabe 2014, 9-10.
- Mittwochsgruppe Bhfsviertel (2012): Nicht in unserem Namen - Frankfurt Bhfsviertel, online verfügbar unter: <https://www.openpetition.de/petition/online/nicht-in-unserem-namen-frankfurt-bhfsviertel>; letzter Zugriff: 27.1.15.
- Vogt, I. (2009): Drug Problems, Community Reactions and Policy Changes in Frankfurt/Main, in: Drugs: Education, Prevention, and Policy 16:6, 512-526.
- Ohne Autor_in (2014): Die illegale Straßenprostitution, in: Mahler, O. (Hrsg.): Atlas Magazin, Sonderausgabe 2014, 23.

2.9 | Global Drug Law Reform – An Overview

Steve Rolles

Summary

This article explores the key trends in drug law reform around the world; how criminalisation and prohibition enshrined in the ‘war on drugs’ have given way to new alternative approaches rooted in public health and human rights principles. It covers three key themes; the historic emergence of harm reduction, the trend towards decriminalisation of people who use drugs, and the more recent emergence of the first real models for regulation of cannabis and other drugs for non-medical uses.

Harm Reduction

Harm reduction interventions have been gaining ground across the world for more than three decades. This general positive trend is continuing. Chronic shortages in funding for the necessary service provision remain a problem however (International Harm Reduction Association 2015) and there has been some backwards movement in certain jurisdictions where harm reduction remains politically controversial. Harm reduction approaches are now strongly advocated by the three key UN agencies; the World Health Organisation, the UN Office on Drugs and Crime and UNAIDS (World Health Organization 2009). According to Harm Reduction International:

“Of the 158 countries reporting injecting drug use 91 of these include harm reduction in national policy, while needle and syringe exchange programmes (NSP) and opioid substitution therapy (OST) are available in 90 and 80 countries or territories respectively. Two countries have recently introduced OST programmes (since 2012), Burkina Faso and Turkey, and five countries or territories globally have newly introduced NSPs since 2012.” (International Harm Reduction Association 2014)

More controversially than NSP and OST, drug consumption venues (sometimes called supervised injection rooms or facilities) have also been gaining ground. In such venues legally or illegally obtained drugs can be consumed (the focus predominantly on injected use) in a safe, hygienic space under medical supervision. There are currently 88 such venues in 8 countries; Australia, Canada, Switzerland, Spain, Norway, Netherlands, Germany and Denmark – with a recent announcement that France will join this growing list (Buchanan 2015).

Whilst yet to be overtly endorsed by the UN agencies, the growing evidence base is slowly pushing the concept towards more mainstream acceptability, the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) have noted:

“Available evidence does not support the main concerns raised about this kind of intervention and points to generally positive impacts in terms of increasing drug users’ access to health and social care, and reducing public drug use and associated nuisance.” (EMCDDA 2010)

Decriminalisation

A highly significant parallel -and in many ways interconnected- trend to harm reduction, and one that similarly shows no sign of abating, has been the general movement away from more punitive user-level enforcement, and the adoption of either reduced penalties for possession for personal use of cannabis (and in many cases - all drugs), or decriminalisation of such offences. ‘Decriminalisation’ is not a strictly defined legal term, but its common usage in drug policy refers to the removal of criminal sanctions for possession of small quantities of currently illegal drugs for personal use, with optional use of civil or administrative sanctions. Under this definition of ‘decriminalisation’, possession of drugs remains unlawful and a punishable offence (albeit not one that results in a criminal record).

This ongoing decriminalisation trend has been driven in part by the squeeze on enforcement costs during a time of economic challenges and global austerity, and in part by great political commitments to personal freedoms and a growing acceptance that criminalisation fuels risk behaviours but does not seem to deter use. Equally important has been the growing evidence and public debate around the devastating consequences for individuals associated with the criminal justice approaches and the impacts of a criminal record. These notably include stigmatisation and undermining of life chances (regarding employment, housing, personal finance, and travel), the greatest burden of which invariably falling on the most marginalised and vulnerable in society; minority ethnic groups, young people, people with drug problems and people from socially deprived communities.

It is estimated that around 25–30 countries have now implemented some form of decriminalisation. Mostly in Europe, Latin America and, to a lesser extent, Eurasia, as well as some parts of the USA (cannabis only) and Australia. The precise number of countries implementing such an approach depends on which definition is used, with additional problems in quantifying more localised or informal de facto decriminalisation policies, as well as challenges of incomplete country data.

Given the wide variation in models around the world, there are relatively few general conclusions that can be made about the impacts of decriminalisation beyond the observation that it does not lead to the explosion in use that many have feared. More detailed studies of higher profile and longer running experiments, notably Portugal, show that changes in the law can help create an ‘enabling environment’ which, when paired with appropriate health and social investment can lead to improved public health (for example reducing HIV transmissions and drug deaths, and increasing

access to services), and reduce the burden on overstretched criminal justice systems (Murkin 2014). The recent endorsement of decriminalisation by the World Health Organisation (Murkin 2014) was another indication of how far the approach has penetrated the international policy discourse.

Regulation

There has also been a more recent and in many respects more politically radical departure from the historic policy norms of the ‘war on drugs’ in the form of *de jure* legalisation of cannabis for non-medical use, in multiple jurisdictions. Whilst the harm reduction and decriminalisation trends represent intellectual changes to some core tenets of the punitive ‘war on drugs’ orthodoxy, regulation is much more direct challenge to the letter and spirit of the prohibitionist laws that form the backbone of the international drug control infrastructure.

The Netherlands has famously had a *de facto* system of legal cannabis sales via the tolerated and licensed ‘coffee shop’ system that goes back to 1976. The overwhelming success of the approach in public health and criminal justice terms has helped create an important precedent for the more recent reforms elsewhere that have involved more far reaching legislative change. In recent years a series of misunderstandings and misreporting of actual and proposed changes to Dutch cannabis policy since 2011 have led some opponents of cannabis reform around the world to suggest the country is retreating from its longstanding and pragmatic cannabis policy. This is a very misleading view of the complex dynamics playing out in the Netherlands. In reality, most of the more regressive measures have either not been implemented, have been subsequently abandoned, or have had only marginal impacts (Rolles 2014). Additionally, there is growing public support for wider, progressive reform, including a system of legal cannabis regulation similar to that adopted in Uruguay, and efforts are underway by numerous municipalities to establish such models of production and supply.

The USA, despite being the spiritual home of the global ‘war on drugs’ as its lead architect and cheer leader, has now become the somewhat unlikely, and reluctant, global champion of cannabis policy and law reform. Despite longstanding bi-partisan federal hostility to drug law reforms, more than 20 states have now decriminalised possession of cannabis, and a similar number have some form of access to cannabis for medical uses. The states of Washington and Colorado have gone much further, in November 2012 becoming the first jurisdictions in the world to fully legalise non-medical cannabis for licensed and regulated production and sale. The moves followed majority votes in state level ballot initiatives (that run in parallel with the presidential elections) that are legally binding on the State Government – the cannabis ballot notably getting more votes than the president. In November 2014, three more ballot initiatives saw Alaska, Oregon, and Washington DC join Washington and Colorado in legalising cannabis (the DC initiative only allows home growing and non-profit sharing).

Evidently sensing the shifting political sands, the Obama administration has deliberately and progressively distanced itself from the more hawkish drug war rhetoric of the past, including abandoning the phrase ‘*war on drugs*’, in an effort to reframe

responses in the language of public health. This evolution in language and engagement can be clearly traced through the administration. In 2009, the Obama appointed US ‘Drug Czar’, Gil Kerlikowski stated that „*Legalization is not in my vocabulary and it’s not in the president’s*”. But this was soon to change, partly due to the debate in Latin America and various high level reports that were continuing to shift public opinion, but most obviously when state level cannabis legalisation started to look like becoming a reality. Soon the Obama presidency was showing an increasing, if somewhat reluctant, openness to at least acknowledge and debate alternatives. In 2011 Obama stated that legalisation is a ‘*perfectly legitimate topic for debate*’ (Szalavitz 2011) but was pushed much further by the state level cannabis legalisation ballot wins in Colorado and Washington in 2012. Asked repeatedly about the legalisation issue, Kerlikowski in early 2013 conceded that far from not being in his vocabulary, it was now ‘*clear that we’re in the midst of a serious national conversation about marijuana*’. Soon after, in an interview for the New Yorker in 2014 Obama shifted position again, stating that:

“We should not be locking up kids or individual users for long stretches of jail time when some of the folks who are writing those laws have probably done the same thing. It’s important for [the legalization of cannabis in Colorado and Washington] to go forward because it’s important for society not to have a situation in which a large portion of people have at one time or another broken the law and only a select few get punished.” (Remnick 2014)

In 2013 Uruguay became the first state level Government to pass legislation to legalise and regulate cannabis for non-medical uses, putting them unambiguously in conflict with the overtly prohibitionist UN drug conventions (although, Uruguay argue, allowing them to better achieve wider UN health, human rights, security and development commitments). Unlike the moves in the US that were driven by popular vote against the wishes of the incumbent governments, the Uruguayan policy was implemented by the President on principle, despite a majority of the public still opposing the idea. The Uruguayan model involves a significantly greater level of government market regulation than the more commercial models in the US states of Washington and Colorado – something much closer to a state monopoly. Under the control of a newly established regulatory body, only production of specified herbal cannabis products (of varying potency) by state licensed growers is permitted. The state remains the sole buyer from these producers making it available for sale only via licensed pharmacies, to registered adult Uruguayan residents – at prices set by the new regulatory body. There is a ban on all forms of branding, marketing and advertising in line with similar regulation outlined in the UN Framework Convention on Tobacco Control (World Health Organization 2003).

Spain has been another pioneer of regulated cannabis markets through the recent spread of cannabis social clubs (CSCs) established by users and activists – now thought to number more than 600 across the country. CSC’s are private, non-profit organisations in which cannabis is collectively grown and distributed to registered members. They currently exist in a legal grey area – nominally exploiting decriminalisation laws (and so theoretically avoiding stepping outside the letter of the UN drug conventions)

to pool personal allowances with a single grower who then supplies club members in a controlled environment. With no profit motive to increase cannabis consumption or initiate new users, the clubs offer a more cautious, public health-centred alternative to large-scale retail cannabis markets dominated by commercial enterprises (Murkin 2014). The growth of the CSC model in Spain demonstrates that cannabis legalisation does not have to mean commercialisation. As CSCs show, it is entirely possible to restrict the availability and promotion of cannabis while at the same time making the drug legally available to adult users. Some of the regional Spanish Governments, notably Catalonia and the Basque Country are making efforts to formalise the CSC within a legal legislative framework. Other countries are also experimenting with the CSC model pioneered in Spain, including Belgium and the Netherlands.

There are a range of other national and sub-national jurisdictions where cannabis regulation is being actively debated or developed. The Guatemalan Government mooted such a move in 2014, whilst the Jamaican Government in 2015 passed a law decriminalising possession and establishing legal production for medical and ‘religious’ uses. At the local level there are active local and municipal government initiatives in the Netherlands (see above), Denmark, and Switzerland amongst many others.

There have been a number of other less heralded but in many ways equally significant moves in the development of drug regulation models.

In August 2013 New Zealand (NZ) passed the ‘Psychoactive Substances Act’²⁰. The legislation that has broad cross party support and licenses certain Novel Psychoactive Substances (or NPS – generally defined as drugs currently not scheduled under the UN drug conventions, and sometimes unhelpfully referred to as ‘legal highs’) to be legally produced and sold within a strict regulation framework. This new legislation grew out of earlier attempts to deal with NPS in NZ, where so-called ‘party pills’ (containing the stimulant drug Benzylpiperazine or ‘BZP’), had been sold with only a voluntary code amongst vendors, and became increasingly popular during the last decade. Initial attempts to introduce a regulated market model for BZP through an amendment to the NZ Misuse of Drugs Act floundered (although they did represent the first attempt to regulate a synthetic stimulant for non-medical use anywhere in the world) and BZP was prohibited in 2008.

As has been the common experience in many other countries where NPS have established markets – bans have tended only to lead to the emergence of other newer substances onto the market, often with minor molecular variations to avoid existing prohibitions (United Nations Office on Drugs and Crime 2013). The BZP ban was followed by attempts to address the growing NPS challenge by imposing emergency restrictions on emerging NPS under existing legislation.

The new Psychoactive Substances provides a regulatory framework for the production and sale of NPS, but significantly putting the onus for reviewing and establishing product risks onto the producers, in the same way pharmaceutical companies must apply for a licence to market a drug only after extensive testing. As the NZ Government has explained²¹:

²⁰ See <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2013/0053/latest/DLM5042921.html>.

²¹ See <http://www.scoop.co.nz/stories/PA1210/S00181/dunne-legal-highs-regime-costs-and-penalties-announced.htm>.

“We are doing this because the current situation is untenable. Current legislation is ineffective in dealing with the rapid growth in synthetic psychoactive substances which can be tweaked to be one step ahead of controls. Products are being sold without any controls over their ingredients, without testing requirements, or controls over where they can be sold. The government must prove a risk of harm before controlling a substance. The new regime will require a supplier or manufacturer to apply to a regulator for a safety assessment before any product can be sold.”

Key elements of the regulatory sales model include; a minimum purchase age of 18, no advertising except at point of sale, restrictions on which outlets can sell products, and strict labelling and packaging requirements. The New Zealand Government are keen to make clear they do not view this as ‘legalizing drugs’, rather that:

‘The regime will provide stronger controls over psychoactive substances. At the moment, these products are unregulated, with no control over ingredients, place of sale, or who they can be sold to.’

The law is currently in limbo due to problems with developing the risk assessment infrastructure; no NPS have yet passed through the process, and existing NPS have been removed from sale. Despite these teething problems the NZ model represents the first significant exploration of regulation for non-medical use of drugs other than cannabis (other than alcohol and tobacco of course), potentially including stimulants. A very different scenario has recently played out in Bolivia, facing sanction from the UN International Narcotic Control Board – that has historically been the guardian of a dogmatic prohibitionist reading of the UN drug treaties. Bolivia’s story involves denunciation of and re-accession to the key 1961 treaty with a reservation focusing on the ‘traditional use’ of coca leaf - as a way of effectively allowing for the legalisation and regulation the traditional coca trade, prohibited by the treaties. It provides an interesting parallel perspective to the historic developments regarding cannabis, and the roll of the US. Both contemporary international law and Bolivia’s constitution had clearly produced a conflict with the provision in question on the issue of indigenous people’s rights and free prior and informed consent. The traditional use of coca for cultural and medicinal purposes in the Andean region is obviously well known and well established among indigenous groups. The 1961 UN Single Convention on Narcotic Drugs provided a 25-year grace period for coca chewing to continue, which has now long expired. Yet this decision, effectively criminalising an entire indigenous cultural/ethnic grouping, was based on treaty negotiations that entirely excluded the affected indigenous population.

Yet despite Bolivia’s obvious historical injustice, and strong legal and moral case for it to be revisited, the US set itself against any change. Before commencing the denunciation/re-accession with reservation process Bolivia had attempted to amend the relevant treaty articles to have traditional use of coca leaf removed through the established mechanisms. The US not only objected to the amendment, in doing so effectively derailing it, but it set about building a coalition of countries to support the objection. This objection was not overtly rejecting the Bolivian case to respect their indige-

nous cultural heritage, but rather on the basis of protecting the ‘integrity of the treaties’. The US further rallied this ‘integrity group’ to reject the re-accession and reservation, but failed to get the requisite number of state backers to succeed on this occasion – allowing Bolivia to proceed with what can be seen as the first ‘hard defection’ from the treaty system in its more than 50 year life span. The cannabis issue may catch the headlines but it was Bolivia that broke the mould.

The most recent development in US engagement with international drug law reform is, however, the most striking of all. In September 2014, a statement was delivered to the UN Press corp in New York by Ambassador William Brownfield, US Assistant Secretary of State for the Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs. Expanding on similar but more ambiguous comments made at other UN forums previously, Brownfield outlined a position that has now been labelled the ‘Brownfield Doctrine’ by some commentators, laying out “*what we call our four pillars as to how we believe the international community should proceed on drug policy*”:

“First, respect the integrity of the existing UN Drug Control Conventions. Second, accept flexible interpretation of those conventions. The first of them was drafted and enacted in 1961. Things have changed since 1961. We must have enough flexibility to allow us to incorporate those changes into our policies. Third, to tolerate different national drug policies, to accept the fact that some countries will have very strict drug approaches; other countries will legalize entire categories of drugs. All these countries must work together in the international community. We must have some tolerance for those differing policies. And our fourth pillar is agreement and consensus that whatever our approach and policy may be on legalization, decriminalization, de-penalization, we all agree to combat and resist the criminal organizations – not those who buy, consume, but those who market and traffic the product for economic gain. Respect the conventions; flexible interpretation; tolerance for national polices; criminal organizations – that is our mantra.” (Brownfield 2014)

Unsurprisingly, the part that caught the attention was the suggestion that the US, for so long deploying the full force of its economic and diplomatic power to act as the bully of global prohibition, was now willing to tolerate other countries that wished to legalise not just cannabis, but in fact “*entire categories of drugs*”. That they sought flexibility for their own domestic reforms that they were resolutely unwilling to extend to Bolivia has not escaped the notice of drug policy analysts. Whilst by no means the end of this story the Brownfield statement certainly marks a watershed moment in the evolution of the international drug control framework and the relationship of the US with reform dynamics in the wider world. For the reform movement it is clearly welcome that the US are talking about the problems with the treaties and showing willingness to accept the reality of experiments with regulation models that challenge the prohibitionist international framework. But it is also evident that this latest move has been driven by political necessity rather than reforming zeal – and some caution is needed in interpreting its implications.

The drug policy and law reform phenomenon continues to gain momentum – spurred by a series of groundbreaking high-level reports, notably including the work of the Global Commission on Drugs, and Organisation of American States. Ideologically entrenched approaches based on punishment and harsh enforcement are increasingly being seen as expensive, ineffective and often counterproductive. At the same time, there is a new openness to more pragmatic evidence-based approaches based on respect for human rights and basic public health principles. It is vitally important the EU governments - that have historically led the world on such principled issues in other areas of policy - continue to promote health, rights and evidence-based innovation in the field of drug policy. The harm reduction and decriminalisation trends have had hugely positive impacts – and also created the space for the first real exploration of regulation models and in the longer term – an end to the failed war on drugs.

Literatur

- Buchanan, E. (2015): Living With Drugs - France approves safe injection rooms for users, in: International Business Times, online verfügbar unter: <http://www.ibtimes.co.uk/war-drugs-france-approves-shooting-galleries-addicts-1495442>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- EMCDDA (2010): Harm Reduction Monograph, online verfügbar unter: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- International Harm Reduction Association (2014): The Global State Of Harm Reduction 2014, online verfügbar unter: <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- International Harm Reduction Association (2015): 10 by 20, online verfügbar unter: <http://www.ihra.net/10by20>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Kerlikowski, G. (2013): Addressing the Legalization of Marijuana, online verfügbar unter: <https://petitions.whitehouse.gov/response/addressing-legalization-marijuana>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Murkin, G. (2014): Cannabis social clubs in Spain - legalisation without commercialisation, in: Transform Drug Policy Foundation, online verfügbar unter: <http://www.tdpf.org.uk/blog/cannabis-social-clubs-spain-legalisation-without-commercialisation>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Murkin, G. (2014): Drug decriminalisation in Portugal - setting the record straight, in: Transform Drug Policy Foundation, online verfügbar unter: <http://www.tdpf.org.uk/blog/drug-decriminalisation-portugal-setting-record-straight>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Murkin, G. (2014): The World Health Organization calls for the decriminalisation of drug use, in: Transform Drug Policy Foundation, online verfügbar unter: <http://www.tdpf.org.uk/blog/world-health-organization-calls-decriminalisation-drug-use>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Remnick, D. (2014): Going the distance - On and off the road with Barack Obama, in: The New Yorker, online verfügbar unter: http://www.newyorker.com/reporting/2014/01/27/140127fa_fact_remnick; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Rolles, S. (2014): Cannabis policy in the Netherlands - moving forwards not backwards, in: Transform Drug Policy Foundation, online verfügbar unter: <http://www.tdpf.org.uk/blog/cannabis-policy-netherlands-moving-forwards-not-backwards>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- Szalavitz, M. (2011): Drug Legalization Is a ‘Legitimate Topic for Debate,’ Obama Says, in: TIME, online verfügbar unter: <http://healthland.time.com/2011/01/28/president-obama-calls-drug-legalization-legitimate-topic-for-debate/>; letzter Zugriff: 20.04.2015.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2013): The Challenge of New Psychoactive Substances, online verfügbar unter: http://www.unodc.org/documents/scientific/NPS_2013_SMART.pdf; letzter Zugriff: 20.04.2015.

World Health Organization (2003): WHO Framework Convention on Tobacco Control, online verfügbar unter: http://www.who.int/fctc/text_download/en/; letzter Zugriff: 20.04.2015.

World Health Organization (2009): WHO, UNODC, UNAIDS - Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, online verfügbar unter: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf; letzter Zugriff: 20.04.2015.

2.10 | Was ist nochmal der „War on Drugs“? Und kann man da einfach auch mal nicht mitmachen?

Gerrit Kamphausen

Zusammenfassung

Der „War on Drugs“ ist eine globale Angelegenheit. Die Bundesregierung behauptet dennoch, nicht daran beteiligt zu sein. Mit Blick auf Gesetzesverschärfungen, internationale Drogenverträge, die deutsche Beteiligung an Aktionen in Afghanistan und einer laxen Kontrolle von Wafentlieferungen nach Mexiko kann diese Behauptung als falsch bezeichnet werden. Statt den Kopf in den Sand zu stecken, sollte sich die Bundesregierung konkret für eine Beendigung des „War on Drugs“ einsetzen.

Auf eine kleine Anfrage der Fraktion der Linken, in welcher auch nach der Meinung der Bundesregierung zum „War on Drugs“ gefragt wurde, antwortet diese bereits in der Vorbemerkung:

„Die Drogenpolitik der Bundesregierung beruht auf einem starken gesundheitspolitischen Ansatz. Hierdurch unterscheidet sie sich maßgeblich von Staaten, in denen das Drogenproblem vor allem mit polizeilichen oder militärischen Mitteln bekämpft wird. Deshalb findet weder in der Europäischen Union (EU) noch in oder durch Deutschland der von den Fragestellern im Zusammenhang mit dem o. g. Antrag zitierte ‚Krieg gegen Drogen‘ statt“ (Deutscher Bundestag 2014).

Schon der erste Satz ist Makulatur. Zwar ist der medizinische Ansatz in Deutschland ausgeprägter als in vielen anderen Ländern, aber der Repression wird auch hier immer noch deutlich mehr Platz in der Drogenpolitik eingeräumt. Im zweiten und dritten Satz wird behauptet, dass Deutschland und die EU mit dem „War on Drugs“ nichts zu tun hätten. Auch die Bundesdrogenbeauftragte sekundiert gleich doppelt:

„Der Begriff ‚Krieg gegen Drogen‘ ist in Deutschland fehl am Platz“ (Mortler 2015).

„In unserem Land gibt es keinen Krieg und es gibt vor allem auch keinen Krieg gegen Drogen“ (Bayerischer Rundfunk 2015).²²

Aber was ist der „War on Drugs“ eigentlich? Und ist der Begriff mit Blick auf Deutschland wirklich fehl am Platz?

Im Jahr 1971 erklärte der damalige US-Präsident Richard Nixon in einer Fernsehansprache an die Nation die Drogen an sich zum „public enemy number one“. Das war

²² Im Interview des Bayerischen Rundfunks wurde von einem Jugendreporter gefragt, ob denn Deutschland nicht etwas gegen die negativen Folgen des „War on Drugs“ tun könne. Vor dem Hintergrund der im Folgenden aufgezeigten Verknüpfungen kann die Antwort der Bundesdrogenbeauftragten bestenfalls als naiv angesehen werden.

der Startschuss zum „War on Drugs“, auch wenn Nixon diese Formulierung gar nicht selbst verwendete. Die Erklärung stand in guter (oder doch eher schlechter?) Tradition der amerikanischen Drogenpolitik und ihrer „reefer madness“. Ziel war zunächst, den Drogenhandel und Konsum mit polizei- und strafrechtlichen Mitteln weiter einzuschränken oder gar auszumerzen. Der „War on Drugs“ war also zunächst einmal eine innenpolitische Metapher mit starker moralischer Konnotation. Warum dies genau zu jenem Zeitpunkt für angebracht gehalten wurde, kann nicht definitiv gesagt werden. Vielleicht war es die Ablehnung der Sub- und Gegenkultur Ende der sechziger Jahre, vielleicht war es eine Reaktion auf Berichte über den Drogenkonsum amerikanischer Soldat_innen in Vietnam, vielleicht war es schlicht eine Ablenkung von gesellschaftlichen und politischen Problemen, für welche die Regierung keine Lösungen fand oder finden wollte. Wahrscheinlich war es von allem etwas.

Jedenfalls wurden dann populistische, rückwirkend eindeutig als unbrauchbar oder kontraproduktiv identifizierbare Gesetzesänderungen durchgesetzt, die bis heute nachwirken: Mindeststrafen (also nicht Höchststrafen, wie sonst in demokratischen Rechtsstaaten üblich, „mandatory minimum sentences“), überfüllte Gefängnisse („pipelines to prison“, „prison industries“), verstärkte Einsätze von Spezialeinheiten („no-knock warrants“) sowie eine ständig fortschreitende Militarisierung der Polizei. Dies alles wohlgermerkt zum deutlichen Nachteil gesellschaftlicher Minderheiten („racial profiling“, „sentencing disparities“) und ohne jeglichen objektiven Erfolg bei der Reduzierung des Drogenhandels und -konsums. Diese Entwicklung zieht sich seit Jahrzehnten hin und erst in jüngster Zeit verbessert sich die Situation etwas, z.B. mit Blick auf eine geänderte gesellschaftliche Bewertung von Cannabis, aber auch hinsichtlich der ansatzweisen Reduzierung der genannten „sentencing disparities“ und einer sich ändernden Beschlagnahmungspraxis von Privateigentum (Drug Policy Alliance 2014).

Eine weitere Folge des „War on Drugs“ in den USA war allerdings, dass es zu einer ganzen Reihe quantitativer Ausweitungen und qualitativer Eskalationen kam, von denen praktisch die gesamte Welt betroffen war und ist. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der „Transplantation der Kontrolle“ (Scheerer 1982)²³ und der „Amerikanisierung der Drogenpolitik“ (Böllinger 1994). Das gilt auch für die Bundesrepublik. Zu den deutschen Gesetzesverschärfungen, die dem Geist des „War on Drugs“ entsprechen und heute noch gültig sind, gehören die Novelle des Betäubungsmittelgesetzes Anfang der 1980er Jahre sowie (teilweise) das „Gesetz zur Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels und anderer Erscheinungsformen der organisierten Kriminalität“ (OrgKG, 1992). Keine dieser Maßnahmen kann in der Rückschau als Erfolg gewertet werden. Die Konsumierendenzahlen sinken oder steigen je nach Droge unabhängig vom Verbot. Langfristig sind die Preise gesunken, ebenso wie der Reinheitsgehalt bei manchen Drogen deutlich gestiegen ist. Ganz nebenbei sind im Laufe der Jahre auch noch viele neue Drogen aufgetaucht: Crack, Ecstasy, neue Marijuana-Züchtungen und schließlich aktuell Crystal Meth und die sogenannten Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS), wobei Letztere in die Hunderten gehen.

²³ Dabei ist eigentlich die ursprüngliche Transplantation der Kontrolle nach den ersten Drogenkonferenzen Anfang des 20. Jahrhunderts gemeint, doch auch die Übertragung der Logik des „War on Drugs“ in den 1970er und 1980er Jahren funktioniert nach demselben Schema.

Die globale Kumulation solcher nationalen Gesetzesverschärfungen in vielen Ländern findet sich in den Drogenverträgen der Vereinten Nationen (UN) von 1971, 1988 und 1995. Letzterer ist ein seerechtliches Abkommen, welches den Einsatz staatlicher Marineschiffe gegen Drogenschmuggel auf hoher See legitimiert, also eine Militarisierung der Drogenbekämpfung auf globaler Ebene außerhalb nationalstaatlicher Territorien festschreibt. Dieses Abkommen wurde im Rahmen der marinen Anti-Terroreinsätze im Indischen Ozean bereits mindestens zwei Mal angewendet, je einmal von Großbritannien (Der Spiegel 2008) und den USA (Der Spiegel 2003). Auch die deutsche Marine, die an diesem Einsatz bis 2010 teilgenommen hat, ist vertraglich verpflichtet, Polizeiarbeit außerhalb des deutschen Hoheitsgebiets zu übernehmen, falls auf einem Schiff Drogen entdeckt werden oder auch nur der Verdacht besteht, es könnten Drogen geschmuggelt werden.

Aber damit nicht genug, denn in die Erzeuger- und Transitländer wurde und wird bis heute echter Krieg exportiert, mit allem Leid, welches ein Krieg mit sich bringt. Die massenhaften Entlaubungsaktionen aus der Luft („crop eradication“), bei denen ganze Landstriche verpestet werden, sind dabei nur das geringste Übel. Maßgeblich durchgeführt bzw. finanziell gefördert durch die USA wurden militärische Einsätze u. a. in Panama, Kolumbien und Mexiko. Dazu kommen jene Einsätze, die süd- und mittelamerikanische Länder aus eigener Initiative ergriffen haben, z. B. die militärisch geprägten, aus menschenrechtlicher Sicht fragwürdigen Polizeieinsätze in den Favelas Brasiliens. Die sogenannte „Mérida Initiative“ in Mexiko ist die Grundlage des dortigen „Drogenkrieges“, der seit 2006 mindestens 40.000 Tote und eine unbekannte Anzahl Vermisster hervorgebracht und den mexikanischen Staat an den Rand des Scheiterns („failed state“) gebracht hat.

Die Bundesregierung ist tunlichst bemüht, jegliche Verwicklung in den „War on Drugs“ abzustreiten. Sie zieht sich dafür auf inhaltlich stark beschränkte Sichtweisen zurück. Aufgrund dieser Einschränkung wird dann behauptet, man habe damit schließlich nichts zu tun. Doch selbst das ist nicht richtig: Es gibt polizeiliche Kooperationen mit Mexiko, ebenso wie es eindeutig illegale Lieferungen von deutschen Waffen in die am stärksten vom mexikanischen Drogenkrieg betroffenen Regionen gab (während diese Gebiete eigentlich konkret von Waffenlieferungen ausgeschlossen sind). In diesem Zusammenhang kam es schon zu Protesten mexikanischer Bürger_innen vor der deutschen Botschaft (Der Spiegel 2014).

Eine weitere Eskalation im „War on Drugs“ steht in engem Zusammenhang mit dem „War on Terror“ und dem militärischen Eingreifen in Afghanistan. Auch hier hat die Bundesregierung ihren Teil beigetragen, indem Sie die Metadaten der Kommunikation zwischen Verdächtigen an die USA weitergeben hat. Erst vor kurzem wurde öffentlich, dass die von der Bundeswehr vorgeschlagenen Zielpersonen eben nicht nur zur Festnahme ausgeschrieben, sondern zum Abschuss freigegeben wurden – die Bundesregierung hatte auch in diesem Zusammenhang die Öffentlichkeit falsch informiert (Der Spiegel 2015). Ob unter diesen Zielpersonen auch Drogenhändler_innen waren, kann hier nicht geklärt werden, möglich ist es allerdings.

Die internationale Komponente der Drogenpolitik der Bundesregierung trägt aktiv dazu bei, die Lebenssituation der Menschen in Anbau- und Transitländern zu verschlechtern. Gleichzeitig tut die Bundesregierung so, als sei Drogenpolitik eine rein nationale Angelegenheit einzelner Länder, nach dem Motto: „Da haben wir nichts mit

zu tun und bei uns gibt es das sowieso nicht.“ Dabei wäre die einzig richtige Politik, aktiv etwas gegen die menschenrechtlichen Missstände des „War on Drugs“ zu unternehmen. Dazu würde z. B. auch gehören, die USA aufzufordern, weniger aggressiv vorzugehen und die Inhalte der UN-Drogenverträge kritisch auf Zusammenhänge mit Militarisierung, Todesstrafe und sonstigen Menschenrechtsverletzungen zu prüfen und gegebenenfalls auf Änderungen hinzuwirken. Die eingangs genannten Aussagen der Bundesregierung bezüglich der eigenen Nicht-Teilnahme am „War on Drugs“ sind im besten Fall Schutzbehauptungen gegenüber Forderungen nach einer sachlichen, wissenschaftlich begründeten Drogenpolitik und im schlimmsten Fall der beschämende Versuch einer Verschleierung der Verbindungen des „War on Drugs“ mit dem „War on Terror“ in Afghanistan – möglicher außergerichtlicher Exekutionen inklusive. Dazu kommt die über dreißigjährige Teilnahme an jenen Bereichen des „War on Drugs“, die noch auf den oben genannten legislativen Maßnahmen beruhen.

Es hätte viele Vorteile für die deutsche und die globale Drogenpolitik, und es wäre ehrlicher und menschlicher, beim Kampf gegen die Drogen einfach mal *nicht* mitzumachen.

Literatur

- Bayerischer Rundfunk (2015): Interview mit Drogenbeauftragter Marlene Mortler, online verfügbar unter: <http://www.br.de/puls/die-frage-kiffen-legalisierung-interview-marlene-mortler-100.html>; letzter Zugriff: 24.03.2015.
- Böllinger, L. (Hrsg.) (1994): De-Americanizing Drug Policy. The Search for Alternatives for Failed Repression, Frankfurt a. M.
- Der Spiegel (2003): Fang im Golf. US-Marine geht Haschischfrachter der Qaida ins Netz, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/panorama/fang-im-golf-us-marine-geht-haschischfrachter-der-qaida-ins-netz-a-279341.html>; letzter Zugriff: 22.03.2015.
- Der Spiegel (2008): Terrorfinanzierung. Royal Navy beschlagnahmt tonnenweise Drogen vor iranischer Küste, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/politik/ausland/terrorfinanzierung-royal-navy-beschlagnahmt-tonnenweise-drogen-vor-iranischer-kueste-a-565579.html>; letzter Zugriff: 22.03.2015.
- Der Spiegel (2014): Demonstration. Mexikaner protestieren gegen Waffenlieferungen aus Deutschland, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/panorama/mexiko-protest-gegen-heckler-koch-vor-deutscher-botschaft-a-1010330.html>; letzter Zugriff: 22.03.2015.
- Der Spiegel (2015): Afghanistan. Von der Bundeswehr gesuchte Taliban wurden offenbar von Nato-Partnern getötet, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/politik/ausland/afghanistan-nato-partner-toeten-zielpersonen-der-bundeswehr-a-1022207.html>; letzter Zugriff: 22.03.2015.
- Deutscher Bundestag (2014): Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Jan Korte, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts (Drucksache 18/2711), Berlin.
- Drug Policy Alliance (2014): A Brief History of the Drug War, online verfügbar unter: <http://www.drugpolicy.org/new-solutions-drug-policy/brief-history-drug-war>; letzter Zugriff: 24.03.2015.
- Mortler, M. (2015): Jahresbericht 2014 des UN-Suchtstoffkontrollrats vorgestellt. Deutschland auf vorbildlichem Kurs, online verfügbar unter: <http://marlenemortler.de/jahresbericht-2014-des-un-suchtstoffkontrollrats-vorgestellt-deutschland-auf-vorbildlichem-kurs>; letzter Zugriff: 24.03.2015.
- Scheerer, S. (1982): Die Genese der Betäubungsmittelgesetze in Deutschland und den Niederlanden, Göttingen.

Das Betäubungsmittelgesetz
gehört auf den Prüfstand

3

3.1 | Warum das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) aus suchtmedizinischer Sicht auf den Prüfstand gehört

*Zur Diskussion gestellt vom Vorstand der DGS –
Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin*

Zusammenfassung

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bedarf aus suchtmedizinischer Sicht einer Überprüfung, weil es Entwicklungen in der Suchtmedizin nicht aufgenommen hat – so u. a. die Aufgabe des absoluten Abstinenzprinzips, die stärkere Gewichtung von schadensmindernden Maßnahmen und der Vorrang einer public-health-Politik gegenüber der Strafverfolgung. Damit stellt sich das BtMG als hinderlich für eine moderne Suchtpolitik dar und erschwert eine konsumierendenorientierte Prävention, Schadensbegrenzung und Therapie.

Ein Gesetz aus einer anderen Zeit

Als 1971 das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verabschiedet wurde, waren Gesetzgeber und Expert_innen der Meinung, mit dem Strafrecht könne man der aufkommenden „Drogenwelle“ Herr werden. Diese Annahme stellte sich als Irrtum heraus: Im folgenden Jahrzehnt verhinderte eben dieses BtMG eine rasche und pragmatische Antwort auf die rasante Ausbreitung des AIDS-Virus unter den Heroinabhängigen, weil Substitution verboten und das Prinzip der Schadensminderung in Deutschland offiziell nicht anerkannt war.

Zu dieser Zeit grenzte auch die Psychiatrie Suchtkranke und insbesondere Drogenabhängige weitgehend aus, selbst noch in der ersten Phase der Psychiatriereform; erst mit den Empfehlungen der Expert_innenkommission im Jahre 1988 wurde diese Entwicklung als fatal erkannt. Unter Bezugnahme auf die internationalen Erfahrungen mit der Substitutionsbehandlung, mit harm-reduction-orientierten Ansätzen und mit den Erfahrungen der AIDS-Hilfe wurden Kurskorrekturen gefordert und schrittweise umgesetzt (u. a. Aufbau des Suchtausschusses der BDK, Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung, Behandlungsangebote für psychiatrisch komorbide Drogenabhängige, chronisch mehrfach abhängige Patient_innen und aufsuchende Hilfen).

Bereits während der Debatte um das BtMG Anfang der 1970er Jahre gab es Stimmen, die eine rein strafrechtliche Würdigung des Drogenproblems für wenig hilfreich hielten. Diese Befürchtungen bewahrheiteten sich: 1982 wurde deshalb der Abschnitt über „Therapie statt Strafe“ nachträglich in das Gesetz eingefügt. Eine Regelung aller-

dings, die Richter_innen entscheiden lässt, ob der Aufenthalt in einer Therapieeinrichtung hilfreicher erscheint als der in einer Haftanstalt.

Auch die weiteren Änderungen und Anpassungen, 2014 aufgelistet von der Bundesregierung in der Bundestagsdrucksache 18/2937 (im Folgenden *kursiv* zitiert), sind der Entwicklung immer hinterhergelaufen und haben nur punktuell Abhilfe geschaffen, einige der Regelungen werden von Landesregierungen sogar boykottiert:

- *Die Einrichtung von Drogenkonsumräumen (§ 10a BtMG)*: Die bayerische Landesregierung verweigert beispielsweise der Stadt Nürnberg einen Konsumraum und nimmt die vergleichsweise hohe Zahl an Drogentoten dort in Kauf.
- *Die ärztliche Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige mit der Möglichkeit zu einer psychosozialen Betreuung (§ 13 BtMG i. V. m. § 5 BtMVV)*: Die seit Jahren bekannte unsichere Rechtslage für Substitutionsärztinnen und -ärzte führt geradezu in eine Unterversorgung, denn diese stehen weiterhin mit einem Bein im Gefängnis.
- *Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung für Schwerstabhängige (BtMVV, §5, (9a-d))*: Nach Abschluss der wissenschaftlichen Untersuchung und Überführung der Behandlung mit Diamorphin (Heroin) in die Regelversorgung wurden gerade zwei neue Ambulanzen eröffnet, weil für die Patient_innen viel zu scharfe Zulassungsbedingungen gelten und weil die gesetzlichen Auflagen mit den daraus entstehenden Kosten selbst bereitwillige Kommunen und potenzielle Träger_innen vor der Einrichtung von Ambulanzen und Schwerpunktpraxen zurückschrecken lassen.
- *Die ausdrückliche Möglichkeit der Vergabe von Einmalspritzen und öffentlichen Informationen hierüber (§ 29 Absatz 1 Satz 2 BtMG)*: Diese Regelung sollte auch für Haftanstalten gelten, wo die höchsten Risiken für die Übertragung von HIV und Hepatitis bestehen.
- *Das Prinzip der Hilfe statt Strafe (Absehen von der Verfolgung, § 31a BtMG)*: seit 1994 haben Bund und Länder es nicht geschafft, den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen, einheitliche Obergrenzen des Besitzes von Cannabis festzulegen, bis zu denen Verfahren eingestellt werden können.
- *Verschiedene Frühinterventionsmodelle (§§ 31a und 37 BtMG)*: Zu nennen ist insbesondere das Frühinterventionsmodell FreD, das zu Drogenberatung anstelle von Strafe verhelfen soll. Jedoch sind viele Voraussetzungen misslich:
 1. Das Modell gilt nur bei geringen Cannabismengen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein_e Konsument_in mit 6 Gramm Cannabis der Beratung bedarf, die/der mit 9 oder 11 Gramm erwischte Konsument_in aber demnach Strafe statt Beratung oder Behandlung zu erwarten hat.
 2. Was eine geringe Cannabismenge bedeutet, wird in den Bundesländern unterschiedlich definiert.
 3. Das Modell heißt FreD, weil es nur für erst auffällige Drogenkonsument_innen gilt (Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten). Jedoch benötigen vor allem Wiederholungs- und Dauerkonsument_innen eine Beratung oder Behandlung.
 4. Es gibt Bundesländer, in denen FreD häufig, wenig oder gar nicht angewandt wird.
Und der § 37 BtMG wird überhaupt selten angewandt.

- *Das Prinzip der Therapie statt Strafe (Zurückstellen der Strafvollstreckung für betäubungsmittelabhängige Straftäter, §§ 35 ff. BtMG):* Die Zahl der „35er-Urteile“ nimmt seit Jahren kontinuierlich ab, weil mit Zulassung der Substitutionsbehandlung die Beschaffungskriminalität rapide abgenommen hat. Stattdessen steigen die Verurteilungen nach §64 StGB, d. h. Unterbringungen in einer geschlossenen psychiatrisch-drogentherapeutischen Einrichtung – mit der Begleiterscheinung, dass nur in wenigen geschlossenen forensischen Abteilungen Substitutionsbehandlungen angeboten werden.

Das generalpräventive Ziel des BtMG, den Missbrauch von Betäubungsmitteln sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, ist verfehlt worden. Seit 1971 haben der BtM-Konsum und die BtM-Abhängigkeit in damals unvorstellbarer Weise zugenommen und besonders in der Gruppe der Heroinabhängigen zu dramatischen Gesundheitsrisiken geführt. Das BtMG hat nicht nur sein Ziel verfehlt, sondern verhindert weiterhin sogar schadensbegrenzende Maßnahmen.

Das BtMG war von Anfang an eine Fehlkonstruktion und auch die Anpassungen seit 1971 haben es nur punktuell verbessert: Keine der seitdem aufgetretenen „Drogenwellen“ ist durch das Gesetz ernsthaft beeinflusst worden. Strafandrohungen haben zu verschiedenen Zeiten Konsument_innen nicht in nennenswertem Umfang davor zurückschrecken lassen, Cannabis, Ecstasy, Heroin, Kokain/Crack und aktuell Methamphetamin (Crystal) zu nehmen. Das BtMG in seiner jetzigen Fassung trifft in allererster Linie die Konsument_innen und bereitet den Boden für ein brutales, milliardenschweres, kriminelles Geschäft mit internationalen Verflechtungen, teilweise auch zu terroristischen Gruppierungen.

Strafandrohungen haben aber nicht nur in der Gruppe der Heroinabhängigen Schaden angerichtet. Das repressive Element steht generell in der Drogenpolitik zu sehr im Vordergrund und überschattet die Aspekte der Prävention, Schadensminderung („harm reduction“) und Therapie, die eine moderne Drogenpolitik maßgeblich ausmachen sollten. Ein Großteil der Ressourcen im Umgang mit der Sucht wird durch Kosten bei Polizei, Justiz und letztlich im Strafvollzug verbraucht.

Diese Gewichtung steht den Zielen einer modernen public-health-Politik entgegen und drängt Konsument_innen, die sich schlimmstenfalls nur selbst schädigen, in die Illegalität, was sie für Vorbeugung, Schadensbegrenzung und Therapie schlecht erreichbar macht.

Fast die Hälfte der deutschen Strafrechtsprofessor_innen und der langjährige Kommentator des BtMG sprechen sich für eine Überprüfung des Gesetzes aus und auch aus den Reihen der Polizei werden seit langem Zweifel an der Sinnhaftigkeit der bestehenden Regelungen geäußert.

Das bestehende Betäubungsmittelrecht hat die Entwicklungen in der Suchtmedizin und -therapie nicht oder nicht ausreichend aufgenommen und stellt sich als hinderlich und problemverschärfend dar.

Es ist deshalb auch aus suchtmmedizinischer Sicht dringend geboten, das BtMG gründlich zu überprüfen.

1. Schadensminderung ernst nehmen

Seit Inkrafttreten des BtMG 1971 wurde die Drogenpolitik um das Prinzip der Schadensminderung erweitert: Bis in die 1990er Jahre galt der Leitsatz, Süchtige so weit fallen zu lassen, bis ihr „Leidensdruck“ sie zur Umkehr bekehrt. Selbst die Abgabe von Spritzen und Nadeln an Heroinabhängige galt lange als strafbewehrte Förderung des Rauschgiftkonsums.

Schadensminderung wird von der WHO für den Umgang mit legalen wie illegalen Substanzen empfohlen: Plastikbecher statt Bierflaschen in Fußballstadien sind ein Beispiel dafür, Grenzwerte bei Tabakprodukten ein anderes, Regeln zum Höchsteinsatz an Spielautomaten ein drittes. Der Gesetzgeber in Deutschland verweigert jedoch bei illegalen Substanzen überfällige Schritte mit dem Hinweis, dass dies nach dem BtMG nicht erlaubt sei: drug-checking beispielsweise oder auch Pilotprojekte zur kontrollierten Abgabe von Cannabis.

2. Das Abstinenzdogma ist gefallen

Von einer weiteren „ewigen Wahrheit“ hat sich die Suchtmedizin bereits vor über 20 Jahren verabschiedet: Die dauerhafte Abstinenz von Suchtmitteln als einzig relevantes und alle anderen Belange nachordnendes Behandlungsziel ist einer wesentlich differenzierteren und realitätsorientierten Zielhierarchie gewichen. In der Folge haben sich individualisierte Therapien wie „kontrolliertes Trinken“ und Substitutionsbehandlung etabliert. In dieser Zielhierarchie steht die stabile Abstinenz heute nach der Sicherung des möglichst gesunden Überlebens, der Reduzierung des Konsums und der Verlängerung abstinenter Perioden nicht mehr an erster Stelle.

Das Abstinenzdogma war die suchtmmedizinisch-wissenschaftliche Grundlage für die kompromisslose Ausrichtung des Gesetzes – deshalb ist der Gesetzgeber gut beraten, das BtMG zu überprüfen.

3. Das BtMG erschwert Prävention, Schadensminderung und Therapie

Drogenkonsument_innen sind vor dem Gesetz immer Kriminelle, weil zwar der Konsum straffrei ist, hingegen Erwerb und Besitz verboten sind. Dieses Stigma erschwert ihnen den Zugang zum Drogenhilfesystem.

Lebensrettende Behandlungen wiederum erreichen Drogenkonsument_innen häufig zu spät: Ihr illegaler Status verhindert bei Überdosierungen/Vergiftungen nicht selten, dass Mitkonsument_innen umgehend medizinische Hilfe anfordern, da sie polizeiliche Ermittlungen fürchten.

Die Schweiz, die Niederlande und auch Portugal haben nachgewiesen, dass mit einer Entkriminalisierung Begleit- und Folgekrankheiten zurückgehen und insgesamt der Konsum nicht zunimmt.

4. Bei Neuen Psychoaktiven Substanzen kennt das BtMG nur Verbote

„Neue Psychoaktive Substanzen“ mit unbekannter Wirkung stellen Notfallmedizin und Drogenhilfe vor neue Probleme. Es ist richtig, diese Substanzen in die Verbotslis-

ten des BtMG aufzunehmen. Zusätzlich muss „drug-checking“ gesetzlich abgesichert werden, um extrem gefährliche Stoffe frühzeitig erkennen zu können. Drogen straffrei auf ihre Zusammensetzung überprüfen lassen zu können, hat sich in Österreich, in der Schweiz und in den Niederlanden bewährt und den Konsum letztlich nicht gefördert.

5. Das BtMG erzeugt vermeidbare Kosten

Die Strafverfolgung von Konsument_innen illegaler Substanzen bindet personelle und finanzielle Ressourcen bei Polizei und Justiz selbst bei der Einstellung von Verfahren, da jeder einzelne Fall erst einmal durchermittelt werden muss.

Auch aus medizinischer Sicht bewirkt das BtMG vermeidbare Kosten: beispielsweise durch drogenassoziierte Begleitkrankheiten wie AIDS und Hepatitis oder auch durch Vergiftungen und Überdosierungen.

6. Sonderfall Cannabis als Medizin

Das BtMG hat die Erforschung medizinischer Eigenschaften des Hanfs mehrere Jahrzehnte lang behindert. Das Spektrum der Indikationen wird aber aktuell immer interessanter. Ein wachsender Kreis von Menschen, die nicht zu den herkömmlichen hedonistischen Cannabiskonsument_innen zählen, erlebt diese Substanz als hilfreich, beispielsweise bei der Linderung von Schmerzen. Das BtMG trägt dieser Entwicklung nicht in gebotenerem Umfang Rechnung und erklärt potenzielle Patient_innen zu Kriminellen.

7. Der §29 im BtMG macht aus Ärztinnen und Ärzten Dealer

Aus suchtmmedizinischer Sicht muss im BtMG der Paragraph 29 geändert werden. Dieser droht substituierenden Ärztinnen und Ärzten, sie bei Mitgabe von Medikamenten wie Dealer_innen zu verfolgen. Darüber hinaus gehört die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) aus medizinischen, rechtlichen und drogenpolitischen Gründen gründlich reformiert, da die aktuelle Version die Substitutionsbehandlung behindert und Ärztinnen und Ärzte davon abhält, Opioidabhängige zu behandeln.

3.2 | Vernunft statt Ideologie – Das grüne Cannabiskontrollgesetz

Cem Özdemir

Zusammenfassung

Cannabis gehört neben Tabak und Alkohol zu den mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen. Eine gesellschaftliche Realität, vor der die schwarz-rote Bundesregierung mit ihrer sturen ideologiegeleiteten Verbotspolitik die Augen verschließt. Doch die derzeitige Rechtslage erweist sich als desaströs, die Cannabis-Prohibition ist auf ganzer Linie gescheitert. Mit dem Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes zeigen die Grünen detailliert auf, wie eine zielorientierte, verhältnismäßige und verantwortungsvolle Cannabis-Politik aussehen sollte.

Etwa ein Viertel der erwachsenen Deutschen hat schon einmal Cannabis probiert. Mehr oder weniger regelmäßig konsumieren es geschätzt 2,5 Millionen Menschen in Deutschland. Neben Tabak und Alkohol gehört Cannabis zu den mit Abstand am häufigsten konsumierten Drogen – eine gesellschaftliche Realität, vor der die schwarz-rote Bundesregierung mit ihrer sturen ideologiegeleiteten Verbotspolitik leider die Augen verschließt. Nichtsdestotrotz hat die mediale und politische Debatte um die Cannabis-Prohibition ordentlich Fahrt aufgenommen. Aus gutem Grund.

Denn die Cannabis-Verbotspolitik ignoriert wissenschaftlich fundierte Risikobewertungen und orientiert sich nicht an den tatsächlichen Gefahren von Cannabiskonsum. Die schwarz-rote Bundesregierung scheint weiter in einer Ideologie gefangen zu sein, die in Deutschland eine lange Tradition hat. Sie handelt auf der einen Seite vom guten Genussmittel Alkohol und auf der anderen Seite von der bösen Droge Cannabis. Das wird der Realität genauso wenig gerecht wie eine Verharmlosung von Cannabis, vor der wir uns ebenso hüten sollten.

Klar ist: Cannabis ist und bleibt eine Droge, die, wenn sie nicht verantwortungsvoll gebraucht wird, zu gesundheitlichen Problemen führen kann. Insbesondere bei Jugendlichen hat der Konsum wie bei Alkohol und Nikotin einen sehr negativen Einfluss auf das noch in der Entwicklung befindliche Gehirn. Diesen Fakten muss eine moderne Cannabispolitik wirkungsvoll Rechnung tragen.

Alles in allem hat Cannabis aber ein geringeres gesundheitliches Risiko im Vergleich zur legalen Droge Alkohol. 74.000 Tote durch Alkohol stehen null Toten aufgrund von Cannabiskonsum gegenüber. Als weitere Stichpunkte seien beispielsweise die Suchtpotenziale, die Risiken von Organschäden oder Aggressivität im Rausch genannt. Die Vehemenz der Dämonisierung von Cannabis ist keinesfalls angemessen.

Die Cannabis-Verbotspolitik kriminalisiert die Konsumierenden und hat teils erhebliche Folgen für die Betroffenen, darunter die Kosten durch die Strafverfolgung, gesellschaftliche Stigmatisierung oder gar der Verlust des Arbeitsplatzes. Rechtsstaatlich

bedenklich ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Praxis, die verwaltungsrechtliche Fahrerlaubnis-Verordnung als eine Art Ersatz-Strafrecht zu missbrauchen. So sind nicht selten Gelegenheitskonsumierende, die nie berauscht hinterm Steuer gesessen haben, einem Fahrerlaubniszug hilflos ausgeliefert.

Die andere Seite der Medaille der Cannabis-Kriminalisierung ist die zumeist völlig sinnfreie Strafverfolgung. Denn die Mehrheit der Strafverfahren wird eingestellt, verschlingt aber dennoch enorme Personal- und Sachmittel bei Polizei und Staatsanwaltschaften. Weit über 100.000 Cannabisdelikte nach § 29 BtMG pro Jahr, über 2,5 Mio. in den letzten 20 Jahren schlagen zu Buche (BKA 1994-2013). Wir reden hier selbst bei konservativen Schätzungen von jährlichen Kosten in Milliardenhöhe. Geld, das besser in Suchtprävention sowie einen tatsächlich wirksamen Jugendschutz investiert wäre. Polizist_innen und Staatsanwält_innen haben Wichtigeres zu tun, als für den Papierkorb zu arbeiten.

Die Cannabis-Verbotspolitik ist nicht dazu geeignet, die zu ihrer Rechtfertigung ausgerufenen Ziele zu erreichen. Im Gegenteil, die Prohibition verhindert geradezu ein wirksames Vorgehen gegen problematischen Konsum. Am deutlichsten wird das beim Jugendschutz. Dieser wird von den Totalverbotsbefürworter_innen gern als Totschlagargument angeführt. De facto wird er allerdings schlichtweg dem Schwarzmarkt überlassen. Ein Verbot garantiert keineswegs einen funktionierenden Jugendschutz. Deutsche und europäische Studien weisen nach, dass die Prohibition Minderjährige in keiner Weise vom Konsum abhält (ESPAD 2013). In der alltäglichen Lebenswirklichkeit ist Cannabis nahezu problemlos für Konsumierende jedweden Alters zu bekommen. Nicht selten haben die illegalen Verkäufer_innen auch gleich noch härtere Drogen im Angebot. Da kann einem als Vater zweier Kinder nur angst und bange werden. Denjenigen, die den Jugendschutz mit einem Verbot als erledigt betrachten, möchte man zurufen, doch bitte endlich die Augen zu öffnen. Ziel einer vernunftgeleiteten Drogenpolitik muss auch der Schutz vor gravierenden Schädigungen und die Reduzierung von gesundheitlichen Risiken sein. Auch hier ist der Effekt einer nur auf Verbot ausgelegten Cannabispolitik gleich Null. Gesundheitsschädliche Beimischungen im illegal gehandelten Cannabis erhöhen das Risikoprofil der Droge erheblich.

Zu einer Verminderung der Konsumierendenzahl vermag die Prohibition ebenfalls nicht beizutragen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen klar, dass die Gesetzgebung bzw. die Härte der Sanktionen keinen Einfluss auf die Konsumierendenzahl sowie auf die allgemeinen gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Cannabis hat (Reuband 2009). So liegt die Zahl der Konsumierenden in den Niederlanden mit ihrem liberaleren Umgang mit Cannabis zwar höher als in Deutschland. In Frankreich mit seinen harten Strafen ist sie jedoch nochmals deutlich höher (ESPAD 2013).

Schließlich ist auch die Bekämpfung der organisierten Kriminalität eine Aufgabe guter Drogenpolitik. Die derzeitige Cannabispolitik ist jedoch vielmehr ein Konjunkturprogramm für den Schwarzmarkt.

Es ist die herrschende Meinung eines großen Teils der Rechts- und Suchtexpert_innen, dass die Cannabis-Verbotspolitik gescheitert ist. So haben sich mehr als 120 Strafrechtsprofessor_innen in einer Resolution an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages gewandt. Die Unterzeichnenden wollen auf die „schädlichen Nebenwirkungen und Folgen der Kriminalisierung bestimmter Drogen“ aufmerksam machen und sehen „die dringende Notwendigkeit, die Geeignetheit, Erforderlichkeit

und normative Angemessenheit des Betäubungsmittelstrafrechts zu überprüfen“ (Schildower Kreis 2013). Die zentrale These des Netzwerkes Schildower Kreis: „Die strafrechtliche Drogenprohibition ist gescheitert, sozialschädlich und unökonomisch.“ (ebd.).

Auch aus den Polizeigewerkschaften kommt deutliche Kritik am sturen Festhalten an der Cannabis-Verbotspolitik. So etwa von André Schulz, dem Vorsitzenden des Bundes Deutscher Kriminalbeamter (BDK, siehe Beitrag in diesem Band): „Das Ziel sollte sein, den Konsum in Deutschland zu entkriminalisieren. Wir müssen uns mit der Problematik beschäftigen, neu denken und prüfen, ob unsere Drogenpolitik gescheitert ist. Noch nie gab es so viele Drogenkonsumenten wie heute und das trotz eines kompletten Drogen-Verbotes.“ (Berliner Kurier 2014)

Kerstin Jüngling, Geschäftsführerin der Fachstelle für Suchtprävention in Berlin, kommt mit ihrer Expertise aus der Praxis zur folgenden Einschätzung: „Cannabis ist keine ungefährliche oder harmlose Substanz. Daraus folgt die Notwendigkeit strenger Kontrolle und Überwachung des Handels und Umgangs mit Cannabis. Im Zentrum jeder guten Cannabispolitik steht daher neben dem Schutz der Gesundheit, insbesondere junger Menschen, die Frage nach einer nachvollziehbaren, auf Verhältnismäßigkeit basierenden Regulierung.“ (Jüngling 2014).

International fordert die Global Commission on Drug Policy, der unter anderem Kofi Annan und Javier Solana angehören, ein Umdenken in der Drogenpolitik und eine Abkehr von repressiven Ideologien. Mit den Niederlanden und nun unter anderem auch Portugal, Uruguay und mehreren US-Bundesstaaten liegen inzwischen eine Vielzahl an – ganz überwiegend positiven – Erfahrungen mit einer Regulierung von Cannabis vor. So widerlegen wissenschaftliche Studien im US-Bundesstaat Colorado beispielsweise die These, eine Abkehr vom Totalverbot erhöhe die Konsumierendenzahl signifikant – wie sogar die deutsche Bundesregierung zugeben musste (Deutscher Bundestag 2014).

Da die Cannabis-Verbotspolitik gescheitert ist, wird es höchste Zeit, daran etwas zu ändern. Harald Terpe, der Gesundheits- und Suchtexperte der Grünen Bundestagsfraktion, hat dazu einen ausführlichen Gesetzentwurf erarbeitet. Das grüne Cannabiskontrollgesetz zeigt bis ins Detail, wie eine Entkriminalisierung und strenge Regulierung von Cannabis möglich wären.

Wir wollen Erwachsenen den Erwerb und Besitz von maximal 30 Gramm Cannabis oder drei Hanfpflanzen zum Eigenbedarf erlauben. Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sind Erwerb und Besitz vollständig untersagt, die illegale Abgabe an sie wird empfindlich bestraft. Der Verkauf darf ausschließlich in speziellen Cannabisfachgeschäften erfolgen. Diese unterliegen strengen Auflagen: Der Zutritt ist zu kontrollieren, Minderjährige dürfen das Geschäft nicht betreten, am Eingang wird zu diesem Zweck eine Ausweiskontrolle vorgeschrieben. Ebenso sind Cannabisfachgeschäfte in der Nähe von Schulen und anderen Jugendeinrichtungen nicht gestattet. Allgemein gilt ein Werbeverbot. An die Betreiber_innen der Geschäfte werden hohe Zuverlässigkeitsvoraussetzungen gestellt, das Personal muss Schulungen zu Suchtprävention und gesundheitlichen Gefahren durchlaufen sowie sich regelmäßig fortbilden.

Der gesamte Wirtschaftsverkehr für Cannabis bedarf der staatlichen Genehmigung und wird streng gesetzlich reguliert und kontrolliert – vom Anbau über die Verarbeitung, den Transport, den Großhandel bis hin zum Cannabisfachgeschäft. In unserem

Gesetzentwurf vorgesehen sind strenge personelle und organisatorische Vorgaben sowie ferner scharfe Dokumentations- und Meldepflichten sowie Sicherheitsauflagen. Eine Besteuerung soll so angelegt sein, dass Schwarzmarktpreise knapp unterboten werden, aber dennoch kein preislicher Anreiz zu höherem Konsum gegeben wird.

Besonders wichtig ist uns die Reduzierung von Risiken des Cannabiskonsums. Zu diesem Zweck unterliegt bereits der Anbau klaren Vorschriften etwa zum Einsatz von Pflanzenschutzmitteln. Der Verkauf von Cannabis mit Beimischungen ist verboten. Verpflichtend wird eine Packungsbeilage zu jedem Produkt mit Hinweisen zu Wirkung, Dosierung, Wechselwirkungen und Notfallmaßnahmen. Ähnlich wie auf Zigarettenspackungen müssen außen Warnhinweise angebracht werden. Im Cannabisfachgeschäft ist das Personal darüber hinaus verpflichtet, Kund_innen über Risiken und Suchtgefahren aufzuklären sowie gegebenenfalls auf Beratungs- und Therapieangebote hinzuweisen.

Weiteren dringenden Regelungsbedarf sieht unser Cannabiskontrollgesetz bei der Straßenverkehrsordnung vor. Hier muss in Bezug auf Cannabis endlich ein verbindlicher Grenzwert definiert werden, ab welcher Wirkstoffkonzentration im Blut die Fahreignung zu verneinen ist und Strafen zu verhängen sind. Wir plädieren hier für einen Wert von 5,0 Nanogramm Wirkstoff pro Milliliter im Blutserum. Unter diesem Wert schließt die Wissenschaft eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit aus.²⁴

Unseren Vorschlag eines Cannabiskontrollgesetzes verstehen wir als Diskussionsgrundlage für dringend notwendige Änderungen. Er ist ein Plädoyer, die gesellschaftliche Realität eines weit verbreiteten Cannabis-Konsums endlich anzuerkennen. Die Haltung zur Kriminalisierung von Cannabis ist auch eine Frage des Gesellschaftsverständnisses und individueller Freiheit. Sollte ein Erwachsener nicht selbst entscheiden dürfen, ob er Drogen wie Zigaretten, Alkohol oder eben Cannabis mit ihren spezifischen Risikoprofilen konsumiert? Solange Dritte nicht geschädigt werden oder ernsthafte gesellschaftliche Folgen zu befürchten sind, sollte sich der Gesetzgeber in Zurückhaltung üben. Das grüne Cannabisgesetz weist einen Weg, wie individuelle Freiheit und notwendige Regulierung in eine ausgewogene Balance gebracht werden können. Es ist zu hoffen, dass CDU/CSU und SPD sich mit diesem Vorschlag für ein Gesetz ernsthaft und sachlich auseinandersetzen – mit Sachargumenten statt Ideologie.

Literatur

- Berliner Kurier (2014): Lasst die Leute doch einfach kiffen!, online verfügbar unter: <http://www.berliner-kurier.de/politik---wirtschaft/kribo-chef-lass-t-die-leute-doch-einfach-kiffen-,7169228,28782474.html>; letzter Zugriff: 31.03.2015.
- Bundeskriminalamt – BKA (1994-2013): Polizeiliche Kriminalstatistiken 1994-2013, online verfügbar unter: http://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true; letzter Zugriff: 30.03.2015.
- Deutscher Bundestag (2014): Plenarprotokoll 18/72, S. 6864, online verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP18/639/63922.html>; letzter Zugriff: 31.03.2015.

²⁴ Der ausführliche Gesetzentwurf: <http://www.gruene-bundestag.de/themen/drogen>.

- Jüngling, K. (2014): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN „Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen“ (BT-Drucksache 18/1613), online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/blob/338484/36daec360a7253d0454272a4cccb86f7/18_14_0067-3_kerstin-juengling-data.pdf ; letzter Zugriff: 31.03.2015.
- Reuband, K.-H. (2009): Entwicklungen des Drogenkonsums in Deutschland und die begrenzte Wirksamkeit der Kriminalpolitik, in: Soziale Probleme 20:1/2, 182-206.
- Schildower Kreis (2013): Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, online verfügbar unter: <http://www.schildowerkreis.de/themen> ; letzter Zugriff: 31.03.2015.
- The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD (2013): A supplement to The 2011 ESPAD Report, online verfügbar unter: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/FULL%20REPORT%20-%20Supplement%20to%20The%202011%20ESPAD%20Report%20-%20WEB.pdf; letzter Zugriff: 31.03.2015.

3.3 | Drogenpolitik neu denken!

André Schulz

Zusammenfassung

Der „War on Drugs“ ist verloren. Die aufwändige und ressourcenintensive Arbeit der Polizei ist weder besonders effektiv noch zielführend. Das Hauptziel polizeilicher Arbeit ist es, den Einstieg in ein drogen- und suchtgeprägtes Leben zu verhindern. Eine generalpräventive Wirkung der Drogenprohibition konnte bisher nicht belegt werden, dafür schafft sie zahlreiche Probleme. Das Strafrecht ist nicht das geeignete Instrument bei Drogenkonsum. Es bedarf einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit den zahlreichen offenen Fragen und einer breiten gesellschaftlichen Diskussion zum Thema Umgang mit Drogen.

Die Diskussion, ob unsere Drogenpolitik noch angemessen bzw. zielführend ist, wird schon seit einiger Zeit geführt. Eine wesentliche Rolle für die erneute Anfachung der Diskussion spielte sicherlich auch die Resolution „Notwendigkeit der Überprüfung der Wirksamkeit des Betäubungsmittelgesetzes“ der rund 120 Strafrechtsprofessor_innen, die man aus Sicht der Polizei nicht in allen Punkten der Begründung inhaltlich teilen muss, die aber durchaus aus verschiedenen Gründen beachtlich ist. Auch der bemerkenswerte Appell von Kofi Annan an die Vereinten Nationen, der am 9. September 2014 eine liberalere Drogenpolitik forderte, sorgte für Aufmerksamkeit in der Debatte: Im Sinne der Menschlichkeit müsse die Gesundheit und nicht die Strafverfolgung im Vordergrund stehen. Dazu passt, dass auch die US-amerikanische Regierung jüngst den „War on Drugs“ als verloren bezeichnet hat. Den amerikanischen Sicherheitsbehörden gelingen zwar immer wieder spektakuläre Festnahmen von Drogenbossen, doch die entstandenen Hierarchie-Löcher schließen sich sehr schnell wieder praktisch ganz von selbst. Allein in Mexiko sind in den letzten sieben Jahren über 70.000 Menschen im Drogenkrieg gestorben, über 30.000 Menschen werden vermisst.

Betrachtet man die ressourcenintensive Arbeit der Polizei im Bereich der Drogenbekämpfung generell, kommt man recht schnell zu der Frage, ob der engagierte Einsatz wirklich zielführend ist. Spricht man innerhalb der Kripo von der Bekämpfung der Organisierten Kriminalität (OK), meint man damit de facto zum überwiegenden Teil den Kampf gegen Drogen. Für andere OK-Phänomene - und es gibt zahlreiche - bleiben oftmals nur noch wenige Ressourcen übrig. Über 70% aller Drogendelikte sind laut polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) Konsumierendendelikte. Trotz der in fast allen Bereichen gestiegenen Sicherstellungsmengen sind die Drogenpreise stabil oder sinken sogar und noch nie haben weltweit so viele Menschen Drogen konsumiert wie

heute²⁵. Alles Anzeichen für eine große Drogenverfügbarkeit auf dem Markt. Die Polizei muss sich also selbstkritisch hinterfragen, ob sie wirklich erfolgreich und zielführend arbeitet bzw. arbeiten kann.

Der Staat hat im Rahmen des im Grundgesetz festgeschriebenen Sozialstaatsprinzips bezogen auf die Daseinsvorsorge eine Fürsorgepflicht gegenüber der Bevölkerung und dazu gehört u.a. auch die Gesundheitsvorsorge. Das Grundgesetz garantiert in Art. 2 aber auch jedem Menschen die freie Entfaltung der Persönlichkeit. Diese stellt sogar für viele Vertreter_innen einer humanistischen Weltanschauung das wertvollste Gut und das höchste Ziel menschlichen Lebens dar. Zu einem selbstbestimmten Leben gehört aber auch die Freiheit jeder mündigen Bürgerin und jedes mündigen Bürgers, selbst darüber zu entscheiden, ob sie oder er berauschende Mittel nimmt oder nicht. Ein „Recht auf Rausch“ wurde vom Bundesverfassungsgericht im sog. „Cannabis-Beschluss“ 1994 zwar verneint, aber diese Entscheidung hilft im Kampf gegen den Drogenmissbrauch nicht wirklich weiter. Unsere Verbote wirken nachweislich nur zu einem sehr geringen Teil abschreckend auf potenzielle Konsument_innen. Eine generalpräventive Wirkung der Drogenprohibition konnte jedenfalls bisher wissenschaftlich nicht belegt werden und muss daher in Frage gestellt werden. Eine universelle Lösung für alle mit Drogen verbundenen Probleme existiert nicht. Bei der Diskussion um die Abkehr von der Drogenprohibition geht es den Befürworter_innen nicht um eine generelle Freigabe, sondern um eine Entkriminalisierung von Konsument_innen und um einen regulierten Markt mit einem wirksamen Jugend- und Verbraucherschutz. In Deutschland sterben jährlich ca. 74.000 Menschen durch Alkoholmissbrauch, ca. 140.000 durch die Folgen des Tabakrauchens²⁶. Dem stehen im Jahr 2013 1.002 Drogentote entgegen, deren Anzahl erstmalig seit 1988 wieder leicht angestiegen ist²⁷. Die Fragestellung, ob wir nur aufgrund einer restriktiven Drogenpolitik so wenige Drogentote zu verzeichnen haben oder ob die Gründe doch vielschichtiger sind, ist in Expertenkreisen umstritten. Die eingeschlagenen Wege in Kalifornien, Colorado, Washington, Uruguay und Portugal sind zwar mutige Feldversuche, diese müssen aber erst noch valide Erkenntnisse liefern.

Im aktuellen BtMG sind Eckpunkte und Tatbestände zu finden, welche die besondere Situation der Konsumierenden berücksichtigen. Diese Regelungen bedürfen jedoch einer kritischen Betrachtung: Positiv ist die Norm § 31 a BtMG im deutschen Rechtssystem zu bewerten. Sie erlaubt es den Staatsanwaltschaften, sensibel mit den Konsumierendenfällen umzugehen. Leider fehlt bei der Anwendung des § 31 a BtMG nach wie vor eine bundesweit einheitliche Handhabung. Im Umgang mit Konsument_innen, insbesondere von harten Drogen, ist es wichtig zu wissen, dass die Abhängigkeit eine das ganze Individuum erfassende Erkrankung ist, welche die Betroffenen in allen

²⁵ Nach Auswertung von verschiedenen Studien im Jahr 2012, u.a. von der University of New South Wales in Sydney und der University of Queensland, vom King's College in London, von der University of Melbourne und der University of Maryland, wurde die Zahl der Konsumenten illegaler Drogen weltweit auf mindestens 200 Millionen Menschen geschätzt. In der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen ist somit jeder 20. betroffen, in den hochentwickelten Industrieländern ist die Missbrauchsquote am höchsten.

²⁶ Aktuelle Zahlen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

²⁷ Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Präsidenten des Bundeskriminalamtes vom 17.04.2014 zur Rauschgiftlage 2013.

somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen beeinträchtigt. Diese Schädigung hat als äußerlich sichtbares schwerstes Symptom das süchtige Verhalten, bei den stoffgebundenen Süchten den Suchtmittelgebrauch. Einzelne Suchtformen beinhalten einen potenziell tödlichen Verlauf. Speziell die Opiatsucht mit dem Konsum des (Straßen-)Heroin ist eine Erkrankung, die die Lebenserwartung deutlich mindert. Die Abhängigkeit stellt für die betroffene Person eine chronische Krankheit/Behinderung dar. Die Abstinenz bedeutet grundsätzlich keine Heilung. Daraus folgt, dass der Rückfall kein Versagen der Therapie darstellt, sondern ein Symptom der immer noch aktuellen Erkrankung ist. Die Sucht bzw. der intensive Gebrauch von Rauschmitteln hat (fast) immer eine Geschichte und diese fängt nicht mit dem ersten Konsum an und hört mit Erreichen der Abstinenz nicht auf. Oftmals zeigt sich eine psychische Störung (Elsner 2006). Diese liegt in vielen Fällen der Abhängigkeitserkrankung zugrunde und ist nicht deren Folge. Hierbei wird der Gebrauch des Suchtmittels als Therapie gegen die psychischen Krankheitsbilder eingesetzt. Nach diesem theoretischen Blickwinkel erscheint ein Blick auf die Statistik zur Strafverfolgung des Statistischen Bundesamtes (o.J.) im Bereich „Abgeurteilte und Verurteilte nach demographischen Merkmalen sowie Art der Straftat, angewandtem Strafrecht und Art der Entscheidung“ sinnvoll. Diese Zahlen können mit den jährlichen Daten der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) abgeglichen werden. In beiden Statistiken tauchen durch die Strafverfolgungsbehörden und Gerichte getroffene Maßnahmen wegen des unerlaubten Besitzes von harten Drogen wie Heroin auf. Demnach werden mit den Mitteln der Repression insbesondere im Bereich der Opiatabhängigkeit Individuen verfolgt, die nach dem theoretischen Befund überwiegend psychisch erkrankt sind. Von diesen Personen kann man eine von der Repression geforderte Abstinenz nicht erwarten. Insbesondere kann die Abstinenz dann nicht erwartet werden, wenn die Begleitmaßnahmen nicht eingeleitet werden. Zu den erforderlichen Begleitmaßnahmen gehört z.B. eine belastbare Infrastruktur im Bereich der Substitution mit einhergehender psychosozialer Betreuung. Von der Substitution verspricht man sich grundsätzlich, außer einer Entkriminalisierung der Opiatabhängigen, die Vermeidung von Infektionen sowie eine Reduktion der Risiken einer Opiatüberdosierung. Hinzu kommen ein Beenden der Verelendung der Betroffenen sowie ggf. der Erhalt einer Arbeitsfähigkeit, in jedem Fall die Wahrung der Chance zur menschenwürdigen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Insgesamt dient eine solche Behandlung nach wie vor der Reintegration von Abhängigen. Eine Unterfinanzierung von Beratungsstellen im Bereich der psychosozialen Betreuung geht mit der Problemstellung einher, dass die Maßnahmen mit den Richtlinien der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr in Einklang stehen. In diesem Zusammenhang fallen den Praktiker_innen neben weiteren Punkten strukturelle Probleme bei Abstinenzkontrolluntersuchungen auf. Des Weiteren ergeben sich aufgrund der Gesetzeslage Schwierigkeiten in Bezug auf niedrigschwellige Angebote. Einerseits ist die Polizei an das Legalitätsprinzip gebunden und darf rund um eine Drogenhilfeeinrichtung keinen rechtsfreien Raum entstehen lassen, andererseits behindern/verhindern beständige Ermittlungen vor der Drogenberatung den Besuch von Menschen, die illegale Drogen konsumieren, Hilfe suchen und um ihre Anonymität bemüht sind. In der täglichen Praxis müssen die Netzwerkpartner_innen ihr gemeinsames Handeln immer wieder mühsam abstimmen, was nicht zur Handlungssicherheit für Konsument_innen, Mitarbeiter_innen, Strafverfolgungs- und Ord-

nungsbehörden führt. Die Polizei leistet im gesamtgesellschaftlichen Netzwerk ihren Anteil im Bereich der Prävention und Repression. Hier bringt die Polizei ihre berufsspezifische Sachkenntnis ein, insbesondere im Hinblick auf stoffkundliche, kriminologische und kriminalistische Aspekte. Das Ziel polizeilicher Arbeit insbesondere mit jugendlichen Konsument_innen ist, den Einstieg in ein drogen- und suchtgeprägtes Leben mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu verhindern. Selbstkritisch müssen wir hier auch feststellen, dass es bundesweit insbesondere bei der Ausbildung von Kriminalbeamten_innen und bei der Bearbeitung von Jugendkriminalität keine Standards gibt und so von einem einheitlichen Niveau bundesweit nicht zwangsläufig ausgegangen werden kann. So besteht z.B. nur in wenigen Bundesländern die Möglichkeit, Kolleginnen und Kollegen in einem explizit kriminalpolizeilichen Studiengang auf ihre Aufgaben frühzeitig vorzubereiten. Die Arbeit der Polizei ist gesetzlich durch den Strafverfolgungszwang fixiert. Die Polizei handelt aber nicht nur bei pönalisiertem Konsum psychotroper Substanzen, sondern interveniert auch aufgrund ihres gesetzlichen Auftrags im Bereich der Gefahrenabwehr z.B. beim gesundheitsschädlichen Konsum von Alkohol, psychoaktiven Medikamenten und weiteren psychoaktiven Stoffen in Form von Mitteilungen an Jugendämter, Fahrerlaubnisbehörden etc.

Die Rolle der Polizei bei der Bearbeitung von Rauschgiftdelikten ist gesellschaftlich überwiegend anerkannt: Die Polizei wird beispielsweise von Eltern, weiteren Familienmitgliedern von Suchtkranken sowie Bezugspersonen außerhalb der Familie kontaktiert. Diese befinden sich in dem Dilemma der sogenannten Co-Abhängigkeit. Sie suchen bei der Polizei Rat, sind aber teilweise auch von dem Motiv geleitet, durch die Mittel der Strafverfolgung vermeintlich Verantwortliche für das Leid in ihren Familien zur Rechenschaft zu ziehen. Neben diesen Rollenerwartungen muss man zeitgleich konstatieren, dass bei einem Anteil von über 70 % an Konsumierendendelikten und einer unökonomischen Bearbeitung Ermittlungsressourcen für die Bekämpfung des Handels mit und des Anbaus von BtM unnötig gebunden werden. Diese Zahlen der mit repressiven Maßnahmen überzogenen Konsumierenden stehen der Feststellung, dass die Strafverfolgung nur ultima ratio sein darf, gegenüber. Sie können aber auch Ursache einer Herausbildung von Stereotypen²⁸, einer selektiven Kontrollpraxis oder rechtlichen Rahmenbedingungen sein²⁹. Die Bearbeitung von „Konsumentendelikten“ erfolgt in den Polizeibehörden in der Bundesrepublik in unterschiedlicher Intensität. Es gibt regional unterschiedliche Absprachen mit den zuständigen Staatsanwaltschaften, die mittlerweile einer vereinfachten Bearbeitung von BtM-Konsumentenvorgängen zugestimmt haben. Hier geht es z.B. um die Vernichtung von Kleinstmengen an Cannabis bei der Polizei (Asservatenaufkommen) und Verzicht oder Vereinfachung bei der Gewährung des rechtlichen Gehörs bei definierten Sachverhalten. Der Erfolg des evaluierten und erfolgreichen Angebotes FreD (Frühintervention bei erst auffälligen Drogenkonsumenten) hängt von der Option ab, zum bestmöglichen Zeitpunkt Kontakt zu den jungen Menschen aufzunehmen. Das gilt übrigens auch für Jugendliche, die nach dem Konsum von Alkohol auffällig werden. Der Polizei und Justiz bleibt hier die Vermittlerrolle. Durch ihre Tätigkeit kann gewährleistet werden, dass die Beratungsstellen Zugriff auf die Jugendlichen erhalten. Die nachhaltige Präventionsarbeit

²⁸ Kontrollpraxis: Mischung aus Stereotypen und realen Alltagserfahrungen, siehe auch Strasser (2004).

²⁹ BGH-Rechtsprechung zur Feststellung der Gewerbsmäßigkeit des Handeltreibens.

wird jedoch bei den Beratungsstellen von Fachpersonal geleistet. Es ist hier anzumerken, dass nach einer Vermittlung das Angebot der Suchtberatung oder Präventionsfachstelle von den Betroffenen vermehrt angenommen wird, wenn es mit Vorteilen verbunden ist, wie eine Einstellung des Ermittlungsverfahrens nach erfolgreicher Teilnahme. Ein entsprechendes Druckmittel scheint hier offensichtlich notwendig zu sein, die Konsument_innen in diese Beratungsnetzwerke zu überführen. Unter diesem Gesichtspunkt gehen wir auf die immer wieder in Argumentationen aufgegriffene Stigmatisierung von Konsument_innen durch die restriktive Strafverfolgungspraxis ein. Es darf an dieser Stelle nicht vergessen werden, dass einige Interventionsmaßnahmen von Strafverfolgungsbehörden (Sicherstellungen und Durchsuchungen) zuerst den Sinn verfolgen, den Zugriff Dritter auf gefährliche Gegenstände zu verhindern. Es kann niemand in Abrede stellen, dass der Konsum z.B. auf dem Schulgelände oder Kinderspielplätzen eines derartigen Einschreitens bedarf. Diese Sichtweise ist auch in anderen Rechtsvorschriften verankert, wie z.B. im Waffen- und Sprengstoffrecht. Der Umgang mit diesen Gegenständen durch unzureichend überprüfte und ungeeignete Personen ist hier Anknüpfungspunkt. Dennoch erscheint es nachvollziehbar, dass z.B. die Speicherung von personenbezogenen Daten in Informationssystemen und weitere Ereignisse in diesem Kontext belastend für die Konsument_innen wirken und kriminelle Karrieren erst entstehen lassen.

Abschließend muss ein Blick auf die derzeitige Wirkung der Strafverfolgungsbemühungen in Bezug auf die Angebotsreduzierung geworfen werden. Nimmt man die Zahlen aus dem Reitox-Report 2013 (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013) als Grundlage, kann man Prävalenz-Schätzungen zu substanzbezogenen Störungen nach DSM-IV auf die deutsche Allgemeinbevölkerung des Altersbereichs 18 bis 64 Jahre hochrechnen. Demnach zeigen hochgerechnet etwa 283.000 Erwachsene einen Missbrauch und 319.000 Erwachsene eine Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Konsum der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine. Nach kriminalistischer Erfahrung basiert die Behauptung, dass jede_r dieser Konsument_innen am Tag mindestens 1 g der genannten Substanzen konsumiert, auf einer ausreichenden tatsachenbasierten Grundlage. Hochgerechnet bedeutet dies, dass nur von dieser Gruppe pro Jahr ca. 219.000.000 g (=219 Tonnen) Drogen konsumiert werden. Alleine diese Zahl steht den im BKA-Lagebild jährlich dargestellten Sicherstellungsmengen der aufgeführten Substanzen in einem deutlichen Missverhältnis gegenüber³⁰. Die Zahlen des Dunkelfeldes liegen bei weitem höher als die des Hellfeldes und können mit Schätzungen anhand anderer Werte zumindest in den Ansätzen umrissen werden. Die tägliche Konsummenge von 1g ist dabei niedrig geschätzt. Einige Expert_innen gehen von einer täglichen Konsummenge von 3 bis 4 g aus, was das Missverhältnis noch deutlicher machen würde.

³⁰ Sicherstellungsmengen in Deutschland in 2013: 1.314 kg Kokain, 270 kg Heroin, 1.340 kg Amphetamin/Meth-amphetamin.

Fazit

Die Folgen des Konsums psychotroper Substanzen dürfen nicht verharmlost werden. Auch wenn das Strafrecht die abhängigkeitsverminderte Steuerungsfähigkeit von komorbiden suchtkranken Konsument_innen durchaus kennt und entsprechend berücksichtigt, bleibt die Frage, ob neben der Repression nicht andere Instrumente geeigneter erscheinen, diese Personengruppe mit einer engmaschigen Begleitung in die Fürsorgesysteme einzugliedern und entsprechende Begleitfolgen zu minimieren. Die durch rechtliche Regelungen ermöglichten Maßnahmen auf dem Gebiet der Harm Reduction bedürfen nach unserer Ansicht ebenso einer Evaluierung. Vermeintliche fehlende finanzielle Haushaltsmittel der öffentlichen Hand dürfen hier nicht zu einem Qualitätsverlust führen. Durch entsprechende Nachhaltigkeit in diesem Bereich kann direkter Einfluss auf Mortalitätsraten genommen werden. Aus Sicht des BDK bedarf es auch der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Frage, welche signifikante Rolle die Polizei/Justiz im Bereich der Suchtprävention tatsächlich innehat. Wesentliche gesellschaftlich relevante Fragen im Bereich der Drogenpolitik sind bis heute unbeantwortet, so z.B.: Ist eine staatlich kontrollierte Drogenfreigabe sinnvoll und auch moralisch vertretbar? Wie können dann ein wirksamer Kinder- und Jugendschutz sowie funktionierende Hilfeangebote aussehen? Lässt sich durch eine Legalisierung die Beschaffungskriminalität eindämmen und so z.B. auch die Wohnungseinbruchszahlen reduzieren, so wie es von wissenschaftlicher Seite behauptet wird? Fragen, auf die wir bisher nicht die Antworten kennen. Auch deshalb kann der BDK die Forderung der Einrichtung einer Enquete-Kommission des Bundestages nur unterstützen. Ein „weiter wie bisher“ scheint zumindest nicht der zielführende Weg zu sein. Da eher schon der Ansatz „das eine tun ohne das andere zu lassen“. Der Bundestag muss die facettenreiche Diskussion, zu der auch der gesellschaftliche Umgang mit Alkohol und Tabak gehört, nun aufgreifen und im Sinne der Gesellschaft führen.

Literatur

- Elsner, H. (2006): Die abgeschobene Minderheit - Zur real existierenden Substitutionsbehandlung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2006 Heft 2.
- Pfeiffer-Gerschel, T. et al. (2013): Bericht 2013 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Cannabis/Downloads/REITOX_report_2013_Germany_dt.pdf; letzter Zugriff: 26.03.2015.
- Strasser, H. (2004): Das da draußen ist ein Zoo, und wir sind die Dompteure: Polizisten im Konflikt mit ethnischen Minderheiten und sozialen Randgruppen – Teilnehmende Beobachtung des Alltags von operativen Kräften, online verfügbar unter: <https://www.uni-due.de/imperia/md/content/soziologie/strasser/dfg-abschlussbericht-kurz-final-2.pdf>; letzter Zugriff: 26.03.2015.
- Statistisches Bundesamt (o.J.): Statistik zu Strafverfolgung, online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Rechtspflege/StrafverfolgungVollzug/Strafverfolgung210-0300127004.pdf;jsessionid=66EF2F4BE9ED0109E6AB7485EA12FB95.cae4?__blob=publicationFile, letzter Zugriff: unbekannt.

3.4 | Zur Sinnlosigkeit der strafrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes

Hubert Wimber

Zusammenfassung

Auf der Grundlage einer Auswertung der Polizeilichen Kriminalstatistik und der Strafverfolgungsstatistik lässt sich belegen, dass die mit dem Drogenstrafrecht verfolgten Ziele einer Generalprävention und einer Schadensminderung für den Schutzzweck der Volksgesundheit deutlich verfehlt werden. Damit stellt sich die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit der Strafnormen im Betäubungsmittelrecht. Die Maßgaben des Bundesverfassungsgerichts verpflichten den Bundesgesetzgeber, sich mit dem aktuell vorhanden Expert_innenwissen auf der Grundlage empirischer Forschung auseinanderzusetzen.

Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) als Tätigkeitsnachweis der Polizei weist bundesweit 253.525 Straftaten der Rauschgiftkriminalität im Jahr 2013 auf. Diese Zahl liegt um rund 7 % über dem entsprechenden Wert des Jahres 2012 (BKA 2013). Der Anstieg ist ganz wesentlich auf den der konsumnahen Delikte³¹ zurückzuführen, deren Zahl in 2013 gegenüber dem Vorjahr um 9% auf 189.783 Straftaten angestiegen ist. Demgegenüber ist die Zahl der Handelsdelikte³² im gleichen Zeitraum um etwa 2% auf 46.834 Straftaten zurückgegangen.

Betrachtet man, um mögliche statistische Zufälligkeiten auszuschließen, die in der Erhebungsmethode der PKS liegen, statt dem jeweiligen Vorjahresvergleich die Durchschnittswerte der letzten 10 Jahre, zeigt sich folgende Entwicklung:

- die Zahl der Rauschgiftdelikte insgesamt lag 2013 um 1,5% über dem Durchschnittswert der Jahre 2004 – 2013,
- der Anstieg der allgemeinen Delikte nach § 29 BtMG lag um 6,4% über dem entsprechenden Durchschnittswert,
- die registrierten Handels- und Schmuggeldelikte sind um 18,3% und die Fälle der „Einfuhr nicht geringer Mengen“ um 30,8% gegenüber dem Durchschnitt der letzten 10 Jahre zurückgegangen.

³¹ Der Begriff „konsumnahe Delikte“ umfasst die allgemeinen Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Diese betreffen die Delikte nach § 29 BtMG, die den Erwerb, den Besitz und die Abgabe von BtM sowie vergleichbare Delikte umfassen

³² Als Handelsdelikte werden die Straftaten des illegalen Handels und Schmuggels von Rauschgiften nach § 29 BtMG sowie die Delikte der illegalen Einfuhr von BtM nach § 31 Abs. 1 Nr. 4 BtMG bezeichnet

Die Zahl der Cannabisdelikte steigt weiterhin kontinuierlich an und hat im Jahr 2013 mit 145.013 Straftaten und damit mit einem Anteil von 57,2% an allen Straftaten der Rauschgiftkriminalität den höchsten Wert der letzten 5 Jahre erreicht. Auch hier beruht der Anstieg auf einer deutlichen Zunahme der konsumnahen Delikte, während die Handelsdelikte leicht rückläufig waren.

Auch wenn die aggregierten Fallzahlen auf Bundesebene für das Jahr 2014 zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht vorliegen, lässt sich durch einen Blick auf die im Jahr 2014 im Bundesland Nordrhein-Westfalen polizeilich erfassten Fälle der Rauschgiftkriminalität feststellen, dass sich die oben skizzierten Trends offensichtlich weiter fortgesetzt haben. Mit 60.674 Delikten insgesamt ergibt sich der höchste Wert seit 2005, die allgemeinen Verkehrs- und Besitzdelikte stiegen um 6,0% auf 43.604 Fälle und die konsumnahen Delikte mit Cannabis haben mit 27.548 Fällen den deutlich höchsten jemals registrierten Wert erzielt (LKA NRW 2014). Oder, um es noch einmal auf einen kurzen Nenner zu bringen, in Nordrhein-Westfalen waren im Jahr 2014 in 45,4% aller bei der Polizei registrierten Strafverfahren auf der Grundlage des BtMGs Cannabiskonsument_innen die Beschuldigten.

Hinter diesen nüchternen Zahlen der polizeilichen Aufgabenerledigung verbirgt sich ein erheblicher Personaleinsatz und Ressourcenaufwand. Hinzugerechnet werden muss der Aufwand in der Justiz, also für Staatsanwaltschaften, Gerichte und den Strafvollzug. Die Strafverfolgungsstatistik registriert für das Jahr 2013 50.057 Verurteilungen wegen Rauschgiftkriminalität, davon 43.567 wegen allgemeiner Verstöße gegen § 29 Abs. 1 BtMG und (lediglich) 3128 Verurteilungen wegen der Einfuhr von nicht geringen Mengen und anderer gewerbsmäßig begangener Straftaten gegen das BtMG (SBA, 2015). Etwa 10% der Verfahren, das heißt im langjährigen Mittel ca. 6000, enden mit einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von mehr als einem Jahr.

Die Ausgaben der öffentlichen Hand wurden in einer Studie der Universität Essen-Duisburg durch Auszählung der Ausgabenpositionen öffentlicher Haushalte für das Jahr 2007 ermittelt (Mostardt et al. 2010). Nach den Ergebnissen dieser Studie gab der Staat für den Bereich Strafverfolgung und Strafvollzug im Untersuchungsjahr 3,4 – 4,4 Milliarden Euro aus, das heißt, ca. 65 – 70% der für den Bereich illegaler Drogen ermittelten Staatsausgaben gehen in den Bereich der Repression. Die Bereiche Gesundheitswesen und soziale Sicherung, also Maßnahmen der Beratung, Therapie, Rehabilitation und weitere ärztliche Maßnahmen führen zu Staatsausgaben in Höhe von 1,8 – 1,9 Milliarden Euro. Ist dieses Verhältnis zwischen Repressions- und Gesundheitskosten allein schon bemerkenswert, so ist hier ergänzend hinzuzufügen, dass dieses Missverhältnis auch zu einer chronischen Unterfinanzierung vieler Einrichtungen der Drogenhilfe führt.

Nach dieser Kurzbeschreibung des staatlichen Aufwandes im Bereich der Drogenpolitik ergibt sich die Frage, welcher Logik eine Politik folgt, die ausweislich der zuvor genannten Zahlen in erster Linie auf Maßnahmen der Repression setzt. Welche konkreten, im günstigen Fall auch empirisch überprüfbaren Ergebnisse sollen damit erreicht werden?

Fasst man die Argumente der Prohibitionsbefürworter_innen zusammen, sollen mit der Strafbewehrung aller Verkehrsformen im Umgang mit den in den Anhängen zum BtMG aufgeführten Substanzen mit Ausnahme des eigentlichen Konsumvorgangs vornehmlich zwei Ziele verfolgt werden, nämlich das der Generalprävention und das der

Schadensminderung. Generalpräventiv meint, dass das Verbot bewirken soll, dass dadurch weniger Menschen Drogen konsumieren, oder aber dass diejenigen, die Drogen konsumieren, durch das Verbot weniger konsumieren.³³ Zum Ziel der Schadensminderung ist anzumerken, dass die Strafbarkeitsnormen des BtMG einen für das deutsche Strafrecht eher untypischen Schutzzweck verfolgen. Schutzzweck ist hier nicht die Rechtssphäre Dritter, etwa in ihrem Recht auf körperliche Unversehrtheit und Integrität oder das Recht auf Eigentum. Ebenso wenig geht es hier um die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Staates oder der Verfassungsorgane. Lorenz Böllinger bezeichnet in diesem Zusammenhang die Strafnormen des BtMG zutreffend als „opferlose Kontrolldelikte“. Schutzzweck ist hier das Rechtsgut der sogenannten „Volksgesundheit“, nämlich der Schutz der Gesundheit vor den Gefahren des Drogenkonsums durch eine durch die Strafandrohung bewirkte Reduzierung von Angebot und Nachfrage. Selbst wenn man diese Ziele der Verbotspolitik als legitim betrachtet, ist aus rechtsstaatlichen Gründen außerdem noch die Frage zu beantworten, ob die Anwendung des Strafrechts als schärfste staatliche Reaktion auf menschliches Verhalten dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügt. Konkretisiert bedeutet dies, dass die Strafbarkeit zur Erreichung der vorgenannten Ziele geeignet und erforderlich sein muss und daneben verhältnismäßig im engeren Sinn durch die Wahrung einer Proportionalität zwischen Mittel und Zweck.

Die folgenden Überlegungen beziehen sich aus praktischen Gründen auf Cannabis, zum einen weil Cannabis die bei weitem am häufigsten konsumierte illegale Droge ist und zum anderen weil die aktuelle Diskussion zur Entkriminalisierung des Drogenmarktes in Deutschland und weltweit vor allem Cannabis zum Gegenstand hat (vgl. CannKG, 2015). Gleichwohl gelten die nachfolgenden Bemerkungen grundsätzlich auch für den Umgang mit den übrigen Substanzen, die dem Betäubungsmittelstrafrecht unterliegen, wenn auch hier aufgrund des Schädlichkeitspotentials im Einzelfall differenziert werden muss.

Der Gebrauch psychoaktiv wirkender Substanzen gehört offensichtlich zu den Grundkonstanten menschlichen Verhaltens. Selbst in totalitär regierten Staaten ist es trotz zum Teil drakonischer Strafen nicht gelungen den Drogenkonsum zu eliminieren oder spürbar einzuschränken. In den EU-Staaten, der Türkei und Norwegen konsumieren nach den Prävalenzschätzungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) in Lissabon ca. 5% der erwachsenen Bevölkerung regelmäßig Cannabis. Dies bedeutet in absoluten Zahlen für Deutschland eine Personenzahl von ca. 600.000. Die Gründe, sich für den Konsum von Drogen mit ihren euphorisierenden oder sedierenden Wirkungen zu entscheiden, sind vielfältig. Insbesondere bei Jugendlichen und Heranwachsenden spielt das Gruppenverhalten, also ein bestimmter Lifestyle, zu dem Drogenkonsum gehört, eine ausschlaggebende Rolle. Ebenso können auch individuelle Lebenslagen wie eine subjektiv empfundene Überforderung in Schule, Studium oder Beruf sowie eine genetische Disposition die Entscheidung für den Drogenkonsum beeinflussen.

Für die Annahme, dass auch die Strafbarkeit einen Einfluss auf die Konsumentenscheidung in dem Sinn hat, dass sie durch das Risiko der Straffälligkeit potentielle Konsu-

³³ Ebenso Raphael Gaßmann, Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. bei der Anhörung „Legalisierung von Cannabis durch Einführung von Cannabis- Clubs“ (Bundestag 2012a).

ment_innen vom Konsum abhält, gibt es keinen wissenschaftlichen Befund. Der in einigen Ländern in den letzten 15 Jahren eingeführte erleichterte Zugang zu bisher illegalen Drogen durch Duldungs- oder (Teil-) Entkriminalisierungsmaßnahmen wie beispielsweise in den Niederlanden, in Spanien, Portugal, Belgien oder Tschechien zeigt vielmehr, dass keine Steigerung des Cannabiskonsums eingetreten ist. Die Länderlisten im dem vom EMCDDA jährlich herausgegebenen Europäischen Drogenbericht zeigen bei der Häufigkeit des Drogenkonsums ein uneinheitliches Bild, aber eben keine Beeinflussung der Drogenprävalenzen durch ein unterschiedliches Strafbarkeitsrisiko. Im Europäischen Drogenbericht 2014 wurden folgende Lebenszeitprävalenzen (Erwachsene 15–64 Jahre) für Cannabis ermittelt: Niederlande 25,7%, Spanien 27,4%, Portugal 9,4%, Belgien 14,3%, Tschechien 27,9 %. In Ländern mit einer weiterhin weitgehend repressiven Drogenpolitik liegen die entsprechenden Werte für Frankreich bei 32,1%, für Schweden bei 14,9% und für das Vereinigte Königreich bei 30,0% (EMCDDA 2014).³⁴ Auch bei den 12-Monat-Prävalenzen junger Erwachsener (15-34 Jahre) beim Konsum von Cannabis und bei der Konsumhäufigkeit von Opioiden, Kokain und weiteren illegalen Drogen zeigt sich ein ähnlich uneinheitliches Bild beim Ländervergleich.

Ebenso wie bei der Generalprävention sind auch bei der Schadensminderung die Hoffnungen und Erwartungen der Befürworter_innen einer repressiven Drogenpolitik nicht realitätstauglich. Ganz im Gegenteil, in einer Vielzahl von Studien wird der Beweis angetreten, dass die Mehrzahl der Risiken, die mit dem Konsum illegaler Drogen verbunden sind, weniger auf den Wirkstoffen der konsumierten Substanzen beruhen, sondern als unmittelbare Folge der Strafbarkeit vielmehr das Ergebnis eines Marktgeschehens sind, das auf der Angebotsseite von kriminellen Organisationen dominiert wird. Ein krimineller Markt kennt keinen Jugendschutz und keine Produktkontrolle, induziert bei einem Teil der Konsument_innen Beschaffungskriminalität und erschwert bei Problemkonsument_innen eine notwendige medizinische oder psychotherapeutische Behandlung.

Operationalisiert verfolgt eine prohibitive Drogenpolitik folgende Ziele:

- Weltweite Reduzierung der Anbaufläche und der Produktion von illegalen Drogen,
- Reduzierung der Nachfrage durch Senkung der Zahl der Drogenkonsument_innen,
- Konzentration der Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden auf die Bekämpfung des Schmuggels, des illegalen Handels sowie der Geldwäsche aus Drogengeschäften, insbesondere im Bereich der organisierten Kriminalität.³⁵

Gemessen an diesen Zielvorgaben fällt die durch die UN-Drogenkommission 2008 vorgenommene Bilanzierung desaströs aus. In dem Jahrzehnt von 1998 -2008 ist die Produktion von Cannabispflanzen weltweit um 40% gestiegen, die Produktion von Rohopium hat sich von 4400 Tonnen auf 8800 exakt verdoppelt, der Anstieg bei Kokainprodukten betrug knapp 20%. Nichts spricht dafür, dass sich diese Entwicklung seit 2008 umgekehrt hat, ganz im Gegenteil, sinkende Preise pro Konsumeinheit und die Beobachtung, dass polizeiliche Sicherstellungen im Einzelfall auch größerer

³⁴ Die für Deutschland ermittelte Lebenszeitprävalenz liegt bei 23,1%.

³⁵ So auch der auf der UN-Sondergeneralversammlung im Juli 1998 beschlossene Aktionsplan, dessen Zielerreichung nach Ablauf von 10 Jahren evaluiert werden sollte.

Mengen illegaler Drogen nicht zu Angebotsengpässen führen, deuten vielmehr darauf hin, dass sich die Steigerung der Menge verfügbarer Drogen weiter fortgesetzt hat.

Ähnlich ist die Entwicklung auf der Nachfrageseite verlaufen. Nach den Schätzungen der Vereinten Nationen selbst zum jährlichen Drogenkonsum 1998 – 2008 ist die Zahl der Cannabiskonsument_innen um 8,5% von 147,4 auf 160 Millionen angestiegen, die Zahl der Kokainkonsument_innen um 27% von 13,4 auf 17 Millionen sowie die Zahl der Konsument_innen von Opiaten um 34,5% von 12,9 auf 17,35 Millionen. In Deutschland liegt die Zahl der erstauffälligen Konsument_innen harter Drogen (ohne Cannabis), also der Personen, die wegen eines konsumnahen Delikts erstmals in den Fokus der Strafverfolgungsbehörden geraten sind, in den letzten 10 Jahren zwischen 18.000 und 21.000 Personen jährlich und ist innerhalb dieser Schwankungsbreite weitgehend konstant.

Die oben angeführten Zahlen aus der PKS belegen für Deutschland außerdem, dass auch das polizeiliche Ziel einer vorrangigen Bekämpfung der Handelsdelikte und damit der kriminellen Strukturen auf der Angebotsseite deutlich verfehlt worden ist.³⁶

Aufgrund dieser dokumentierten Entwicklung kommt die „Global Commission On Drug Policy“ zu folgendem Ergebnis: „The global war on drugs has failed, with devastating consequences for individuals and societies around the world.“ (GCDP 2011) Deutlicher kann man das Scheitern und die negativen Folgen einer prohibitiven Drogenpolitik nicht formulieren.

Angesichts dieser Bestandsaufnahme steht die Frage auf der Tagesordnung, ob das Cannabisverbot heute noch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht und damit nach den allgemein geltenden Maßstäben noch verfassungsgemäß ist. Das Bundesverfassungsgericht bejahte diese Frage zwar auf der Grundlage der damals vorliegenden Erkenntnisse im sogenannten Cannabisurteil vom 9. März 1994 (BVerfGE 1994), dass es kein Recht auf Rausch gibt und das Cannabisverbot durch den Ermessensspielraum gedeckt sei, den das Grundgesetz dem Gesetzgeber einräumt. Es verpflichtete den Gesetzgeber aber gleichzeitig, unter Berücksichtigung neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen auch aus dem Ausland zu überprüfen, ob das Strafrecht tatsächlich erforderlich und geeignet sei, um die angestrebten Schutzfunktionen der Generalprävention und der Schadensminderung zu erreichen. Selbst wenn man die Frage der Erforderlichkeit und der Geeignetheit für den Rechtsgüterschutz weiterhin als gegeben unterstellt, kann die Prüfung am Maßstab des Übermaßverbots dazu führen, dass der Einsatz des Strafrechts als unangemessen und verfassungswidrig erscheint, weil die davon ausgehenden Beeinträchtigungen des Grundrechts auf Handlungsfreiheit der Betroffenen den Zuwachs an Rechtsgüterschutz deutlich überwiegen.

Diese Bewertung hat das Bundesverfassungsgericht zwischenzeitlich mehrmals, nach meiner Kenntnis letztmalig durch die Entscheidung vom 29. Juni 2004, mit dem ein Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Amtsgerichts Bernau als unzulässig zurückge-

³⁶ Dieser Umstand beruht ganz wesentlich auf dem im deutschen Strafrecht geltenden Legalitätsprinzip. § 31a BtMG gibt zwar den Staatsanwaltschaften und den Gerichten unter den dort genannten Voraussetzungen die Möglichkeit der Verfahrenseinstellung beim Besitz geringer Mengen zum Eigenbedarf, aber nicht der Polizei. Insofern kann jedes Tätigwerden der Polizei etwa in der offenen Drogenszene einen strafrechtlichen Anfangsverdacht auslösen und damit die Notwendigkeit eines der Einleitung eines Ermittlungsverfahrens.

wiesen wurde, bestätigt (BVerfGE 2004). Hier wird wiederholt, dass es grundsätzlich Aufgabe des Gesetzgebers sei, den Bereich des strafbaren Verhaltens unter Berücksichtigung der Lage im Einzelnen verbindlich festzulegen. Die Entscheidung des Strafgesetzgebers könne nicht vom Bundesverfassungsgericht darauf geprüft werden, ob er die zweckmäßigste, vernünftigste oder gerechteste Lösung gefunden hat.

Der Ball liegt somit im Feld des Bundesgesetzgebers. Es ist daher umso bedauerlicher, dass der Bundestag der in einer von 122 und damit der Mehrzahl der deutschen Strafrechtsprofessor_innen unterschriebenen Resolution zur Reform des Drogenstrafrechts geforderten Einrichtung einer Enquête-Kommission in seiner Mehrheit nicht zugestimmt hat (Böllinger 2014). Damit ist zumindest im Moment eine Chance vertan worden, im Sinne der Überprüfungspflicht des Gesetzgebers unter Einbeziehung von interdisziplinärem Expertenwissen das Drogenstrafrecht zu evaluieren. Es bleibt die Aufgabe der nächsten Monate und Jahre, mit evidenzbasierten Argumenten auf eine Veränderung der Mehrheitsverhältnisse hinzuwirken.

Literatur

- Böllinger, L. (2014): Strafrechtsprofessoren fordern Reform des Drogenstrafrechts, in: Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014 1: 116-118.
- Bundesverfassungsgericht (1994): Beschluss vom 09. März 1994 - 90, 145.
- Bundesverfassungsgericht (2004): Beschluss vom 29. Juni 2004 - 2 BvL 8/02, online verfügbar unter: http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2004/06/lk20040629_2bvl000802.html; letzter Zugriff: 08.04.2015.
- Bündnis 90 / Die Grünen (2015): Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG), Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/4204, online verfügbar unter: http://www.gruenevideos.de/repository/initiativen/GE_CannKontrollG_F42-15.pdf; letzter Zugriff: 08.04.2015.
- Bundeskriminalamt – BKA (2013): Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität, online verfügbar unter: http://www.bka.de/nn_193360/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/rauschgiftkriminalitaet__node.html?__nnn=true; letzter Zugriff: 08.04.2015.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2014): Europäischer Drogenbericht, Trends und Entwicklungen. Lissabon.
- Global Commission On Drug Policy (2011): War On Drugs, online verfügbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_English.pdf; letzter Zugriff: 08.04.2015.
- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen – LKA NRW (2014): Polizeiliche Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen, online verfügbar unter: https://www.polizei.nrw.de/media/Dokumente/150313_Jahrbuch_2014_Hauptteil.pdf; letzter Zugriff: 08.04.2015.
- Statistisches Bundesamt (2015): Lange Reihen zur Strafverfolgungsstatistik, Wiesbaden.

3.5 | „Augen zu und durch“ geht nicht mehr. Eine Reform des BtMG ist mehr als überfällig

Leo Teuter

Zusammenfassung

Seit vielen Jahren steht die prohibitionistische Drogenpolitik in der Kritik. Die nationalen und internationalen Stimmen für eine grundsätzliche Abkehr mehren sich. Selbst die Befürworter_innen des bisherigen Ansatzes können den bestehenden Reformbedarf nicht leugnen. Diese Reform sollte vor allem die Entkriminalisierung der Konsument_innen und die Regulierung der Märkte betonen, denn die aktuelle Rechtslage hat teils tragische, teils groteske Folgen, hilft den Betroffenen nicht und verschwendet Steuergelder.

Vor der vielfältigen Kritik an der prohibitionistischen Drogenpolitik konnte die Politik in der Vergangenheit noch Augen und Ohren verschließen und so tun, als bestünde kein Handlungsbedarf. Als Beispiel seien hier nur der Bericht der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF 2006)³⁷ oder der Bericht der Globalen Kommission zur Drogenpolitik der UN (Global Commission on Drug Policy 2011) genannt.

Nachdem aber beispielsweise

- der Europäische Gerichtshof (EuGH) am 10.07.2014 entschieden hatte, künstliche Cannabinoide seien keine Arzneimittel (Az. C-358/13 und C-181/14, StraFo 04, S. 343),
- das Verwaltungsgericht (VG) Köln schwerkranken Menschen den Anbau von Hanf genehmigte (Urteil vom 22.07.2014, Az. 7 K 4447/11 u. a.),
- die Justizministerkonferenz am 26.06.2014 eine Reform des § 35 BtMG anmahnte,
- die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/die Grünen ein Cannabiskontrollgesetz eingebracht hat, das am 20.03.2015 in erster Lesung beraten wurde und
- sogar die Drogenbeauftragte des Bundes, Marlene Mortler, in dieser Aussprache ankündigte, sie würde demnächst einen Gesetzesentwurf vorlegen, um schwerkranken Kassenpatient_innen den Zugang zu Cannabisarzneimitteln zu erleichtern,

hat sich diese Vorgehensweise des Wegduckens wohl von selbst erledigt.

³⁷ Auf Seite 76 des Berichtes findet sich der kluge Satz: „Das abendliche Bier des Vaters und der Joint der Tochter an einer Party können durchaus miteinander verglichen werden und dieselbe Funktion erfüllen.“

Zudem gibt es auch anderweitige Initiativen, die bestehende Rechtslage hinsichtlich psychoaktiver Substanzen zu verändern oder mindestens auf den Prüfstand zu stellen:

- Eine Resolution von mehr als 120 deutschen Strafrechtsprofessor_innen führte zu einem Prüfungsauftrag an den Gesundheitsausschuss des Bundestages, ob es nicht an der Zeit sei, die bisherigen Erfahrungen mit dem BtMG von einer unabhängigen Kommission evaluieren zu lassen (BT-Ds 18/1613).
- Eine Petition, dass Strafverfahren gegen Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit einer durch Ärzt_innen bescheinigten notwendigen medizinischen Verwendung von Cannabisprodukten grundsätzlich eingestellt werden, schien zwar zunächst gescheitert zu sein, wurde aber tatsächlich am 23.03.2015 im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestags behandelt, obwohl das Unterschriftenquorum nicht erreicht worden war.³⁸
- Seit 2014 wird jährlich der Alternative Drogen- und Suchtbericht vorgelegt.³⁹
- Die Bemühungen auf lokaler Ebene, die Prohibition zu überwinden und andere Wege im Umgang mit Betäubungsmitteln zu finden, sind kaum noch zu zählen.

Es wird sich also etwas tun müssen und es fragt sich deshalb eigentlich nur noch, wann es soweit ist und wohin die Reise geht.

Es ist an der Zeit, die Scheuklappen abzulegen und den Weg für einen rationalen Diskurs über den Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu ebnen.

Dazu sollte – neben dem soeben beschriebenen Reformbedarf – von prohibitionskritischer Seite folgendes eindeutig formuliert und vor allem von der Gegenposition endlich zur Kenntnis genommen werden: Soweit erkennbar, vertritt niemand ernsthaft die Abschaffung des BtMG. Diese Aussage mag angesichts der gut begründeten Kritik am Prohibitionsansatz verblüffen, ist aber bei näherer Betrachtung ziemlich banal. Keine seriöse Stimme plädiert dafür, künftig solle mit Heroin oder Crystal Meth umgegangen werden wie mit Salatköpfen – wobei selbst diese der Lebensmittelkontrolle unterliegen.

Auch wenn Prohibitionist_innen dies gerne gezielt missverstehen und deshalb von angeblichen Verharmlosungen sprechen: Es geht bei allen ernst zu nehmenden „Legalisierungs“-ansätzen nicht um die beliebige und unkontrollierte Freigabe psychoaktiver Stoffe, sondern um die effektive Kontrolle des Umgangs mit diesen. Diese Kontrolle muss vor allem für Transparenz und Sicherheit sorgen. Der Prohibitionsansatz und die von ihm geschaffenen illegalen Märkte leisten weder das eine noch das andere.

Und wenn die Drogenbeauftragte Marlene Mortler z. B. in der angesprochenen Debatte über das Cannabiskontrollgesetz auf die Gefahren von Cannabis für junge Menschen hinweist, dann leugnet sie geflissentlich, dass die bestehende Rechtslage den Schutz der jungen Menschen eben gerade nicht leistet und genau deshalb nach besseren Wegen gesucht werden muss.

Wenn es Kontrollen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen gibt, muss es auch Regeln geben und wo es Regeln gibt, muss es Bestimmungen geben, wie mit einem Verstoß gegen diese Regeln umzugehen ist. So etwas steht üblicherweise in Gesetzen

³⁸ Siehe hierzu <http://cannabis-medizin-petition.de> (letzter Zugriff: 30.03.2015).

³⁹ Siehe hierfür <http://alternativer-drogenbericht.de/> (letzter Zugriff: 30.03.2015).

und das hier einschlägige Gesetz darf dann ruhig auch weiter Betäubungsmittelgesetz heißen – muss es aber auch nicht unbedingt.

Soweit sollte eigentlich Konsens bestehen. Und deshalb sollte endlich damit aufgehört werden, Legalisierungsansätze in die Schmutzdecke der Verantwortungslosigkeit zu schieben. Dies versuchte vor kurzem wieder Staatsanwalt Mathias Volkmer, indem er einen Beitrag mit dem völlig abstrusen Satz „Crystal Meth für alle?“ betitelte (Volkmer 2014: 201) und diese Aussage den Prohibitionskritiker_innen in den Mund schieben will. Der Titel des Beitrages hieße übertragen, wer sich gegen eine Alkoholprohibition ausspricht, fordert „Koma-Saufen für alle“.

Noch einmal in aller Deutlichkeit: Den unkontrollierten Umgang mit Drogen für jede und jeden fordert niemand.

Für die Fortsetzung ideologiegetränkter Schaukämpfe ist das Thema aber zu wichtig und das Schicksal der Betroffenen zu dramatisch. Deshalb bedarf es einer ernsthaften und seriösen Behandlung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen – ohne Bagatelisierung und ohne Verteufelung.

Dafür ist es erforderlich, dass alle Beteiligten wenigstens den kleinsten gemeinsamen Nenner anerkennen: Reformbedarf einerseits und keine unkontrollierte Verfügbarkeit aller psychoaktiven Stoffe andererseits. Nur auf der Grundlage dieser beiden Eckpfeiler wird sich der erforderliche Diskurs herstellen lassen. Alles andere sind Glaubenskriege, die höchstens der Bestätigung der eigenen Position dienen können.

In der eigentlich schon im Gange befindlichen Debatte über die Gestaltung der anstehenden Reformen werden sich ganz sicher sehr schnell gravierende Differenzen zeigen. Entscheidend wird es darauf ankommen, ob die sich abzeichnende Reform nur zu einer minimalistischen Reparatur des m. E. verfehlten Prohibitionszustandes führt oder ob es gelingt, den m. E. notwendigen Paradigmenwechsel auf den Weg zu bringen.

Zur weiteren Begründung der Notwendigkeit, neue Wege zu beschreiten, sollen an dieser Stelle zwei Zitate aus dem eingangs erwähnten Bericht der Globalen Kommission für Drogenpolitik ausreichen:

„Der weltweite Krieg gegen die Drogen ist gescheitert, mit verheerenden Folgen für die Menschen und Gesellschaften rund um den Globus. 50 Jahre, nachdem die Vereinigten Nationen das Einheits-Übereinkommen über die Betäubungsmittel initiiert haben, und 40 Jahre, nachdem die US-Regierung unter Präsident Nixon den Krieg gegen die Drogen ausgerufen hat, besteht in der nationalen und weltweiten Drogenpolitik dringender Bedarf nach grundlegenden Reformen“ (Global Commission on Drug Policy 2011: 2).

Und als abschließende Empfehlung heißt es im Bericht, es müssten dringend Maßnahmen getroffen werden: „Der Krieg gegen die Drogen ist gescheitert, die Drogenpolitik muss jetzt geändert werden“ (ebd.: 17).

Dabei könnte sich eine künftige Drogenpolitik durchaus an der bestehenden Handhabung von Arzneimitteln oder anderen Genussmitteln (Alkohol) orientieren. Der Umstand, dass auf Englisch „drug“ sowohl Medikament als auch Droge bedeutet, darf gerne als Hinweis in dieser Richtung verstanden werden. Insoweit hat der vom EuGH nun endlich beendete Versuch, „legal highs“ zu Medikamenten umzudefinieren, einen fast amüsant anmutenden Beigeschmack.

Eine solche Behandlung psychoaktiver Stoffe als arzneimittelähnliche Substanzen, die sich – teilweise – von anderen Substanzen ähnlicher Natur (z. B. Psychopharmaka) im Grunde nur dadurch unterscheiden, dass sie zum Großteil weder von der pharmazeutischen Industrie noch von anderen Weltkonzernen produziert und vertrieben werden, würde eine differenzierte und sachgerechte Beurteilung gestatten.

Im Ergebnis sollten psychoaktive Substanzen mindestens verschreibungsfähig und manches – vor allem Cannabis – verkehrsfähig sein. Vor allem aber muss die strafrechtliche Verfolgung der Konsumierenden beendet werden. Der aktuelle Zustand, dass der Konsum aller Drogen in jeder Menge straffrei ist, aber hunderttausende Konsumierende, die nichts anderes im Sinn hatten, als zu konsumieren, z. B. wegen des Besitzes strafrechtlich verfolgt werden, kann nicht länger hingenommen werden.⁴⁰

Es muss einfach nach besseren Lösungen bestehender Probleme gesucht werden, denn der gegenwärtige Weg „kriminalisiert und tötet unsere Kinder“, so jedenfalls der bemerkenswerte Titel einer Initiative australischer Eltern.⁴¹

Dass diese Formulierung keineswegs übertrieben ist und welche teils dramatischen Konsequenzen das deutsche Betäubungsmittelgesetz in seiner aktuellen Fassung und Anwendung produziert, erlebe ich regelmäßig in meiner Tätigkeit als Strafverteidiger. Zur Illustration einige Beispiele:

Frau B. stammt aus einer Alkoholikerfamilie, wurde von ihrem Stiefvater körperlich misshandelt, wurde drogenabhängig und hat inzwischen selbst vier Kinder.

Zur Finanzierung ihres Drogenkonsums beging sie eine Vielzahl von Kaufhausdiebstählen, denn – wie sie immer wieder betonte – auf den Strich gehen wollte sie nicht. Der von Frau B. angeblich angerichtete „Schaden“ betrug bei fast vierzig abgeurteilten Taten insgesamt knapp 14.000 €. ⁴² Dafür soll sie jetzt mehr als 5 Jahre Haft verbüßen.

Das Bundeszentralregister von Frau B. weist nämlich inzwischen mehr als 20 Eintragungen auf. Da sie aber immer wieder auch ernst gemeinte Therapieanstrengungen unternahm, wurden mehrfach Bewährungsstrafen ausgesprochen. Nicht zuletzt durch ihren ebenfalls drogenabhängigen letzten Freund wurde sie aber verleitet, wieder Drogen zu nehmen und weiter zu klauen. Schließlich brach das Kartenhaus zusammen. Sie wurde festgenommen und die Bewährungsstrafen widerrufen.

Nun hatte sich Frau B. in zwei Verfahren, sicherlich wahrheitsgemäß, aber prozess-taktisch unglücklich, dahingehend eingelassen, mit dem durch die Taten erzielten Geld habe sie nicht nur Cannabis, sondern auch Lebensmittel erwerben wollen. Sie war schließlich, vor allem wegen ihrer Drogenabhängigkeit, arbeitslos und hatte weder Ausbildung noch Einkommen.

⁴⁰ Gegenwärtig richten sich BtM-Verfahren sogar überwiegend gegen Konsumierende, die wegen Erwerb oder Besitz verfolgt werden.

⁴¹ Siehe hierzu <http://www.australia21.org.au> (letzter Zugriff: 31.03.2015).

⁴² Bei Lichte betrachtet ist dieser Schadensbetrag allerdings eine Farce. Berechnet wurde er nach den Gegenständen, die entwendet, sichergestellt und den Kaufhäusern zurückgegeben wurden. *Soweit* war der reale wirtschaftliche Schaden genau Null. Sollte Frau B., wovon auszugehen ist, auch Gegenstände entwendet haben, die nicht sichergestellt werden konnten, dann ist genau *dieser* tatsächliche Schaden nicht bekannt. Ich erwähne das an dieser Stelle nur, um zu verdeutlichen, wie sehr sich die offizielle Behandlung der Drogenthematik von der Realität entfernt hat.

Damit ist nach Auffassung der Staatsanwaltschaft in diesen beiden Verfahren die Drogenabhängigkeit der Frau B. nicht kausal für ihre Taten. Diese beiden Strafen sind deshalb nicht rückstellungsfähig und damit sind es nun alle anderen wegen § 35 Abs. 6 Ziff 2. BtMG auch nicht. Und weil der Bundesgerichtshof (BGH) inzwischen sogar die Änderung der Vollstreckungsreihenfolge untersagte, sitzt Frau B., die eine Zusage und einen Aufnahmetermin für eine stationäre Therapie hatte, seit fast drei Jahren in Haft. Die Endstrafe ist für 2018 notiert. In dieser Zeit hat sie weder Gelegenheit, ihre Drogenabhängigkeit therapeutisch zu bearbeiten noch kann sie sich um ihre Kinder kümmern.

Auch mit Herrn P. hat es das Schicksal wirklich nicht gut gemeint. Und das ist noch eine ziemliche Untertreibung. Seit der Pubertät leidet er an einer schweren Akne Inversa, einer nicht heilbaren Krankheit, bei der der Körper großflächig mit sehr schmerzhaften Pusteln übersät ist. Die klassische Medizin kennt vor allem eine Dauertherapie mit hochgradigen Antibiotika oder das Abtragen der am schwersten befallenen Hautpartien. Bei Herrn P. sind inzwischen weitere Erkrankungen hinzugekommen. Zudem ist Herr P. erwerbsunfähig und lebt zurückgezogen in einer kleinen Kellerwohnung.

Dort baute er Marihuanapflanzen an, um sich etwas Linderung seiner schweren Leiden zu verschaffen. Tatsächlich ging es ihm körperlich und psychisch etwas besser. Sogar die Leukozytenkonzentration bewegte sich wieder im Normbereich.

Allerdings wohnte im selben Haus eine Polizeibeamtin. Diese nahm aus der Kellerwohnung von Herrn P. eindeutige Gerüche wahr, verständigte ihre Kollegen und es kam zur Hausdurchsuchung.

Gefunden wurden in Aufzucht befindliche Pflanzen und nicht unerhebliche Mengen an Marihuana. Für Herrn P. war die Aufzucht seiner Pflanzen zum Hobby geworden. Zudem hatte er drei legale Luftpistolen in seiner Wohnung aufbewahrt. Diese Waffen, die nach der Beurteilung des Fachmanns der Polizei für Sport und Spiel geeignet sind, wurden bei der Hausdurchsuchung selbstverständlich auch gefunden. Die Staatsanwaltschaft kam nun zu dem Schluss, wer eine gewisse Anzahl von Pflanzen anbaut und eine bestimmte Menge an Marihuana besitzt, treibt damit Handel. Irgendwelche Hinweise hierauf gab es zwar nicht. Aber weil sich die Luftpistolen in der Wohnung befanden, wurde Herr P. wegen bewaffneten Betäubungsmittelhandels in nicht geringer Menge gemäß § 30a BtMG angeklagt. Diese Vorschrift sieht bekanntlich im Regelstrafrahmen eine Mindeststrafe von fünf Jahren vor, so wie § 212 StGB für die vorsätzliche Tötung eines Menschen. Der medizinische Hintergrund des Verhaltens des Herrn P. wurde weder in dem polizeilichen Abschlussbericht noch in der Anklageschrift mit einem einzigen Wort erwähnt.

Die Anklage wurde vom Landgericht ohne Änderung zugelassen.

Nicht ganz so dramatisch war die gesundheitliche Lage des Herrn M. Aber der fast sechzigjährige Mann, der bisher ein unbescholtenes Leben führte, leidet an degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, die jedenfalls zeitweise auch mit erheblichen Schmerzen verbunden sind.

Weil Herr M. ein besonders sorgfältiger und gründlicher Mensch ist und ihm die klassischen Schmerzmittel als Dauerlösung wenig attraktiv erschienen, informierte er sich und fand heraus, dass besonders der Wirkstoff Cannabidiol (CBD) eine schmerzreduzierende Wirkung entfaltet. Das rauschwirksame THC nahm er eher billigend in Kauf.

Nachdem ihn ein wohl missgünstiger und anonym geliebener Nachbar angezeigt hatte, fand die Polizei bei der Hausdurchsuchung eine Vielzahl von Züchtungen, die alle dem Ziel eines möglichst hohen CBD-Anteils dienen. Erneut meinte die Staatsanwaltschaft Grund zur Annahme zu haben, Herr M. würde Handel treiben.

Das Gericht und auch der Sitzungsvertreter der Staatsanwaltschaft begegneten Herrn M. aber durchaus mit Mitgefühl. Weil dies aber schon der zweite gleich gelagerte Vorwurf war, wurde der minder schwere Fall des § 29 Abs. 2 BtMG verneint und eine Bewährungsstrafe von einem Jahr verhängt. Positiv bewertete das Gericht allerdings die Tatsache, dass sich Herr M. inzwischen einen Arzt gesucht hatte, der ihm Sativex verschrieben hatte. Mit diesem Medikament auf der Basis von Cannabis kommt Herr M. ganz gut zurecht.

Nach der Verhandlung erkundigte sich der Sitzungsvertreter der Staatsanwaltschaft nach dem genauen Namen des Medikamentes. Er sei nämlich selbst Schmerzpatient und mit den Produkten der klassischen Medizin nicht glücklich. Beantragt hatte er aber die dann auch verhängte Bewährungsstrafe.

Eine Freiheitsstrafe ohne Bewährung wurde gegen Herrn J. verhängt. Er hatte sich wegen seiner Drogenabhängigkeit in der örtlichen JVA in Haft befunden, als in seiner Zelle zweimal Haschisch gefunden wurde. Beim ersten Mal waren es noch 0,35 g, beim zweiten Mal ganze 0,065 g. Neben den vollzugsrechtlichen Disziplinarmaßnahmen wurde Herr J. auch wegen des Besitzes von BtM angeklagt und zu fünf Monaten ohne Bewährung verurteilt.

Das Oberlandesgericht Frankfurt hob das Urteil in seiner Rechtsfolge auf und mahnte unter anderem an, der Wirkstoffgehalt hätte untersucht werden müssen. Dies geschah dann auch tatsächlich und es wurden 0,022 g THC (in Worten: etwas mehr als 2/100 g) festgestellt. Im zweiten Durchgang vor dem Amtsgericht – Herr J. war inzwischen aus der Haft entlassen worden - wurde das Verfahren gemäß § 153 a StPO eingestellt. Bis dahin hatte sich das Amtsgericht zweimal und das Oberlandesgericht einmal mit dem Besitz von 0,415 g Haschisch befasst.

Diese Beispiele zeigen meines Erachtens deutlich, welche teils tragischen teils grotesken Folgen das Betäubungsmittelgesetz im Alltag produziert.

Es ist an der Zeit umzudenken.

Literatur

- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen – EKDF (2006): Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen, Bern.
- Global Commission on Drug Policy (2011): Krieg gegen die Drogen (Bericht der Weltkommission für Drogenpolitik), online verfügbar unter: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>; letzter Zugriff: 31.03.2015.
- Volkmer, M. (2014): Crystal Meth für alle? Ein Plädoyer wider die Entkriminalisierung des Umgangs mit Drogen, in: Blutalkohol 51: 4, 201-215.

3.6 | Ein Leben mit Drogen unter den Bedingungen der Prohibition

Dirk Schäffer

Dies ist keine Lebensgeschichte die für den Abdruck in der BILD Zeitung geeignet scheint. Keine zerrütteten Familienverhältnisse, keine klassische Drogenkarriere die unweigerlich vom Cannabis zum Heroin führte. Sicherlich ein, auf den ersten Blick, merkwürdiger Beitrag für einen Alternativen Drogen- und Suchtbericht, denn im Folgenden wird nüchtern und ohne Effekthascherei der Lebensweg eines jungen Mannes vorgestellt, der sich Mitte der 80er Jahre dazu entschieden hatte, eine jener Substanzen zu konsumieren, die durch die internationalen Drogenkontrollsysteme geächtet wurden -Heroin-.

Es hätte auch ein Besuch im Spielkasino sein können, der anschließend zur Spielsucht führte. Kein schleichendes Entgleiten in die Alkoholsucht, keine Heißhungerattacken die sich dann zur Bulimie entwickelten. All diese Süchte wären sicherlich ebenso schwer zu bewältigen gewesen, mit einem Unterschied, niemand landet für den Konsum von Alkohol oder für das heißgeliebte Spiel am Automaten im Gefängnis. Denn all diese Süchte sind legal- ebenso wie die Tabakabhängigkeit, die mich seit Jahrzehnten begleitet.

Das erste Mal

Wie bei vielen anderen Lebenswegen von Drogenkonsumenten gab es auch bei mir Höhen und Tiefen, Freud und Leid sowie Hoffnung und Ängste.

Hätte ich 1984 jedoch gewusst wie mein Lebensweg in den folgenden 30 Jahren verläuft und welchen Einfluss die Substanz Heroin sowie die Bedingungen der Prohibition auf mein Leben und mein Umfeld haben, ja was hätte ich dann getan? Wahrscheinlich hätte mich dies nicht davon abgehalten mein bis heute geliebtes Heroin mit 17 Jahren auszuprobieren.

Sommer 1984, ich weiß, dass es ein heißer Tag war, an dem ich meine Freunde bat, die bereits seit einigen Monaten ab und zu Heroin konsumierten, mir einen Druck zu machen. Noch heute erinnere ich wie es war, es war genau das tausendfach beschriebene Gefühl der Wärme und Geborgenheit. Geborgenheit die mir aufgrund meiner besonderen Lebenssituation fehlte.

Im Folgenden passierte das allseits bekannte. Heroin faszinierte mich, und die Abstände zwischen dem Konsum wurden kürzer – einmal wöchentlich, zweimal, dreimal und nach kurzer Zeit konsumierte ich fast jeden Tag. Es waren winzige Mengen, die durch mein gutes Lehrlingsgehalt finanziert werden konnten.

In den folgenden Jahren geriet ich wie viele andere auch mit dem Gesetz in Konflikt. Bei Überprüfungen wurden Kleinstmengen Heroin gefunden. Um meinen eigenen Konsum zu finanzieren (ein Gramm Heroin kostete damals 300 DM), betrieb ich den so genannten „Ameisenhandel“; der mich vor anderen Delikten wie schweren Diebstahl, Raub und andere schwere Straftaten bewahrte.

Da bereits der Besitz und auch der Handel unter Strafe standen, war die Justiz bereits früh der Meinung mich mit sanftem Druck auf den richtigen Weg bringen zu müssen. Die prohibitive Gesetzgebung sieht für solche „Fälle“ §35 vor. „Therapie statt Strafe“. Meine folgenden 9 Monate in einer Daytop Therapie würde ich rückblickend als „Therapie als Strafe“ bezeichnen. Babyphase, Sanktionen und teilweise entwürdigende Langzeitgruppen über mehrere Tage, die rückblickend wahrlich dazu geeignet schienen, den Staatsanwalt auf den Plan zu rufen.

Ab in den Knast

29. Mai 1991, ich hatte meinen ersten wirklichen Gerichtstermin. Ich dachte, es macht vielleicht Sinn nicht ganz alleine dort aufzutreten und nahm meine Mutter mit. Ich war guter Hoffnung, dass ich wieder nach Hause gehen konnte und den Knast weiter vor dem TV erleben würde. Die Verhandlung nahm ihren Lauf und mit zunehmenden Unbehagen verfolgte ich die Einlassungen der Staatsanwaltschaft und die Lethargie meines Anwalts. Was hatten sie mir vorzuwerfen? Die Polizei hatte bei mir über viele Jahre wenige Briefchen Heroin gefunden, der Ameisenhandel wurde bekannt durch Aussagen von ebenfalls Heroin konsumierenden Zeugen und ich hatte versucht einen Trainingsanzug für 199DM zu stehlen. Wenige Stunden später fand ich mich in einer Zelle wieder – mit sieben weiteren Inhaftierten. Ich fragte mich was ich eigentlich getan hatte außer Heroin gekauft, konsumiert und an andere Heroinkonsumenten abgegeben zu haben. Heute weiß ich, dass meine Inhaftierung keinen positiven Einfluss auf meinen Lebensweg hatte. Die wenig rosige Perspektive „Knast“ war auch zu viel für meine damalige Frau. Sie ließ sich Ende 1991 scheiden. Meinen Sohn, der damals 5 Jahre alt war, sah ich erst 10 Jahre später wieder. Dies war sicher das prägendste Negativerlebnis dieser Jahre. Man verbot mir meinen Sohn zu sehen nur weil ich Heroin konsumierte? Was glaubte die Gesetzgebung, dass die Zwangstrennung von meinem geliebten Sohn dazu beiträgt das ich clean werde? Mitnichten!!

Ich wollte Erzieher werden, vielleicht Kindergärtner, aber der Umgang mit Kindern und Jugendlichen wurde mir gerichtlich verboten. Glaubten sie tatsächlich, dass ich eine Gefahr für Kinder wäre oder sie gar anfixen würde?

1994: der Wendepunkt in meinem Leben?

Ein Begriff machte damals die Runde in den Szenen Drogen gebrauchender Menschen – Substitution. Das wollte ich auch probieren, vielleicht war es der Ausweg aus täglichem Konsum, Kriminalisierung und Inhaftierung?

Der damalige Arzt, sagte mir, dass ich eigentlich nicht für die Substitution geeignet sei. Ich war schlicht zu gesund. Kein HIV, keine psychiatrische Komorbidität – ich ver-

stand nicht warum eine solche erfolversprechende Behandlung nur jenen zu Teil wurde, die älter, schwerkrank, und seit Jahrzehnten Heroin konsumierten. War es eine Art „Gnadenbrot“ Behandlung? Ich erhielt schließlich doch Polamidon und mein Leben begann sich zu verändern. Ich bekam die Chance mich in der Drogenselbsthilfe zu engagieren. Die Substitution war die Basis dafür und sie ist es noch heute. Aber warum wird ist eine solche Behandlung durch den Gesetzgeber durch ein rigides Regelwerk flankiert, das auch heute, 20 Jahre später, seine Gültigkeit behalten hat und nur punktuell verändert wurden.

Sollte es nicht das Ziel der Gesetzgebung sein, dass jeder Heroinkonsument die Möglichkeit erhält sein Leben mit der Substitution zu verändern? Dass es ausreichend Ärzte gibt die sie anbieten? Oder geht es eigentlich immer noch darum, dass es Heroinkonsumenten nicht so leicht gemacht werden soll, den Weg der Drogenabstinenz zu verlassen. Denn das soll die zentrale Zielsetzung sein, wenn ich die noch heute gültige Präambel der Verordnung des Gesetzgebers lese.

Heute nach mehr als 20 Jahren Substitution, werde ich noch immer mit Polamidon behandelt. Ich habe einen Full Time Job im Bereich Gesundheit und lebe seit vielen Jahren in einer liebevollen Beziehung und stehe mit meinen heute fast 30-jährigen Sohn in ständigem Kontakt.

Was hat zu meiner Entwicklung beigetragen? War es die Kriminalisierung, die Strafverfolgung, die geradewegs zur Inhaftierung führte? Sicherlich nicht!

An Hepatitis C ging kein Weg vorbei

Heute weiß ich, dass ich mich, wie viele andere auch, früh mit Hepatitis C infiziert hatte. Den genauen Infektionsweg kann ich heute nicht mehr nachvollziehen, aber „gute Gelegenheiten“ gab es genug. In Zeiten als die Vergabe von Spritzen illegal war, galt es seine „Pumpe“ möglichst lange zu benutzen; denn wer wollte sich täglich in die Apo begeben um sich einer Musterung zu unterziehen um dann schließlich zu hören „Spritzen und Nadel verkaufen wir nur im hunderter Pack“ wohlwissend dass kaum ein Junkie genug Geld hatte um 100 Spritzen und 100 Nadeln kaufen zu können.

Ich frage mich manchmal ob es etwa unfair ist, das Betäubungsmittelgesetz für die Folgen meines Heroinkonsums verantwortlich zu machen. Nach reiflicher Abwägung komme ich zu dem Ergebnis, dass es keinesfalls unfair ist, die Drogenpolitik der letzten 30 Jahre für den Verlust meiner Familie, meine Inhaftierung, meine zeitweise Unterbringung in Psychatrien, meine HCV Infektion und ein Leben in temporärer Obdachlosigkeit verantwortlich zu machen. Oder hatte vielleicht die rigorose Haltung des Staates gegenüber Heroin und anderen Substanzen sowie die Stigmatisierung durch meine Umwelt, die mich als kranken und charakterlich schwachen Menschen sahen, Anteil an meinem positiven Werdegang und meinem heute weitgehend bürgerlichem Leben?

Ich habe hierzu meine ganz eigene Meinung und bemühe an dieser Stelle den Vergleich mit meiner Tabakabhängigkeit. Ich rauche seit meinem 15. Lebensjahr und ich weiß, dass ich vom Nikotin abhängig bin. Tabak wirkt ähnlich wie Heroin in geringem Maße stimulierend und euphorisierend. Allerdings wird durch die Übernahme staatlicher Kontrolle ein geregelter Verkauf und eine Qualitätskontrolle gewährleistet,

während beim Heroin die organisierte Kriminalität das Heft des Handelns in der Hand hat. Qualitätskontrollen, Jugend- und Verbraucherschutz sucht man hier vergebens.

Ich kann es drehen und wenden wie ich will, ich komme immer wieder zu dem gleichen Ergebnis:

Ich habe mich schlicht für eine illegale Substanz entschieden, die gesellschaftlich, politisch und juristisch geächtet wird – es war Heroin.

Autorinnen und Autoren

Roland Baur

Publizist, Historiker (ohne Abschluss), Stuttgart, Jahrgang 1955. Seit 1985 in der Aids- und seit 1987 in der Selbsthilfe für Drogengebraucher_innen engagiert, seit 1991 lokal und bundesweit aktiv im JES-Netzwerk. Im JES-Bundesvorstand (wieder) seit Oktober 2013. Mitgründer des Stuttgarter Aktionsbündnis für das Gedenken der verstorbenen Drogengebraucher_innen. 2014 ins DAH-Gremium PositHIVe Gesichter (ehemals Positiver Ratschlag) gewählt.

Peter Degwitz

ist Sozialwissenschaftler. Er arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Seine Schwerpunkte sind interdisziplinäre Modelle von Sucht und Rehabilitation sowie Evaluationsforschung.

Daniel Deimel

Prof. Dr. phil., Dipl. Sozialarbeiter, M.Sc. Suchttherapeut, Professor für Klinische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen mit dem Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe, Sozialpsychiatrie und HIV/AIDS-Hilfe.

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“.

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

Die DGS - Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin ist die mitgliederstärkste suchtmmedizinische Fachgesellschaft in Deutschland. Ihre Mitglieder sind Ärztinnen und Ärzte in Praxis, Klinik und Forschung. www.dgsuchtmedizin.de.

Anabela Dias de Oliveira

Diplom-Sozialarbeiterin, verschiedene Tätigkeiten in der akzeptierenden Drogenarbeit und -hilfe, seit 1997 Aufbau und Leitung des Landesmodellprojekts „LÜSA“ des VFWD e.V.

Anna Dichtl

hat Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt studiert. Seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Suchtforschung Frankfurt, seit 2015 externe Projektkoordinatorin im Projekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern (QUADROS)“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Forschungsschwerpunkte: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Drogenkonsum, Gefängnis und Gefängniskritik.

Dirk Egger

M. Sc. Psychologie, seit 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Drittmittelforschungsbüro Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität. Arbeitsschwerpunkte: Psychologische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Drogenkonsum und -handel.

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.

Dirk Grimm

ist Sozialpädagoge und Projektpromotor für das Projekt Mindzone.

Franjo Grotenhermen

Dr. med., Jg. 1957. Klinische Tätigkeit in Innerer Medizin, Chirurgie und Naturheilverfahren. Praxis in Rütten (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.

Derik Herman

Prof. (apl.) Dr. med. Derik Hermann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Oberarzt der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Universität Heidelberg.

Marco Jesse

Geschäftsführer VISION e.V. Köln, Jahrgang 1970, seit 1997 in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe auf den verschiedensten Ebenen tätig, langjähriges Engagement in unterschiedlichen Gremien der Deutschen AIDS-Hilfe, Mitglied im Communityboard der Deutsch-Österreichischen AIDS-Konferenz 2005 und 2007, Gründungsmitglied im Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch, seit 2001 Vorstand im JES Bun-

desverband, seit 2012 Vorstand im akzept Landesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik NRW e.V.

Gerrit Kamphausen

Dr. phil. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsverbund „Organisierte Kriminalität zwischen virtuellem und realem Drogenhandel“ am Centre for Drug Research (Uni Frankfurt). Zuvor hat er in Hamburg im Fach Kriminologie promoviert und in Amsterdam in einem Gebraucherraum für obdachlose Drogenabhängige gearbeitet. Er ist Mitglied im Schildower Kreis.

Urs Köthner

Dipl. Soz.-Arb., Sozial- und Suchttherapeut, Jahrgang 1966, seit 1995 in der ambulanten Drogenhilfe als Sozialarbeiter und Suchttherapeut in verschiedenen Funktionen tätig, seit 2003 Vorstand im Landesverband NRW, seit 2008 auch im Vorstand des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, akzept e.V.

Andreas Kramer

Koordinator der Nordschiene im bundesweiten JES Netzwerk, Jahrgang 1964, in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe auf den verschiedenen Ebenen tätig, seit 2014 Vorstand im JES Bundesverband.

Johanna Kuban

ist Dipl.-Sozialpädagogin (FH) und Projektpromoterin für das Projekt Mindzone.

Jenny Künkel

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Humangeographie der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Sie forscht über Sexarbeit, Drogen und Polizei in Zeiten städtischer Neoliberalisierung und arbeitet im AK Kritische Geographie Frankfurt mit.

Andreas Müller

ist Jugendrichter in Bernau bei Berlin und Autor des Buches *Schluss mit der Sozialromantik*.

Sonia Nunes

ist Dipl.-Sozialpädagogin (FH) und Projektkoordinatorin des Projekts Mindzone.

Cem Özdemir

ist Bundesvorsitzender von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Mitglied des Deutschen Bundestages.

Steve Rolles

is Senior Policy Analyst for Transform Drug Policy Foundation, a UK based drug policy think tank and registered charity. Steve is lead author on a range of Transform publications including 2009's 'After the War on Drugs: Blueprint for Regulation', and

2014's' 'How to regulate cannabis; a practical guide' (see www.tdpf.org.uk). Steve has been a regular contributor to the public debate on drug policy and law; in print and broadcast media, as a speaker at UK and international conferences/events, and at various UN and Government forums around the world. Steve was recently a adviser for the Uruguayan Government in developing their recently implemented cannabis regulation legislation, and was also a drafter and technical coordinator for the recent 'Taking control' report from the Global Commission on Drugs.

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 Drogengebern. Mitbegründer des Schildower Kreises sowie des Aktionsbündnis „Hepatitis und Drogengebrauch“. Vorstand des International Network of people who use drugs (INPUD).

Claudia Schieren

Projektleiterin VISION e.V. Kontaktladenbereich Köln Meschenich, Jahrgang 1963, seit 1993 in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe auf den verschiedensten Ebenen tätig, langjähriges Engagement in unterschiedlichen Gremien der Deutschen AIDS Hilfe, seit 2013 Jurymitglied des HIV Community Preis, Vorstand im JES Bundesverband.

Sandra Schindlauer

ist Diplom-Geographin und ehemalige Stipendiatin der Graduiertenförderung Thüringen. Sie arbeitet derzeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur Raumplanung und Raumforschung an der Bauhaus-Universität Weimar und promoviert über den strategischen Umgang mit Wohnungs- und Obdachlosen im öffentlichen Raum deutscher Großstädte.

Hermann Schlömer

geb. 1950, Lehrer und Diplompsychologe, von 1977 bis 1990 Mitarbeiter und Leiter einer Therapieeinrichtung sowie einer niedrigschwelligen Institution zur Beratung und Überlebenshilfe für Drogenabhängige bei Jugendhilfe e.V. Hamburg, von 1990 bis 2011 Dozent für Suchtprävention und Gesundheitsförderung am Institut für Lehrfortbildung Hamburg, Leiter des SuchtPräventionsZentrums, Abteilungsleiter am Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung sowie Fachreferent für Suchtprävention der Hamburger Schulbehörde, ist seit 2011 Mitarbeiter und seit 2013 Geschäftsführer des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD-Hamburg).

Rainer Schmidt

ist Journalist und Schriftsteller und hat mehr als ein Jahr in der Gras-Szene recherchiert. Die Geschichte eines verurteilten Grasproduzenten hat ihn zu seinem Roman „Die Cannabis GmbH“ inspiriert, der bei Rogner & Bernhard erschienen ist.

André Schulz

(Jahrgang 1970) studierte Verwaltungswissenschaft an der Fachhochschule für Verwaltung und Dienstleistung in Kiel-Altenholz sowie Kriminologie und Polizeiwissenschaft an der Juristischen Fakultät der Ruhr-Universität in Bochum. Schulz ist Erster Kriminalhauptkommissar im LKA Hamburg, Autor zahlreicher Fachartikel, Publizist und seit September 2011 Bundesvorsitzender des Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK).

Heino Stöver

ist Dipl. - Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Er ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.isff.info).

Josse Straub

studiert Geographie an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und arbeitet im AK Kritische Geographie Frankfurt mit.

Leo Teuter

Fachanwalt für Strafrecht und Diplom-Pädagoge. In seiner Strafrechtskanzlei haben ca. 80% der Mandate einen direkten oder indirekten Bezug zum Thema „Drogen“. Außerdem ist er Mitglied im Landespräventionsrat Hessen und dort – gemeinsam mit Prof. Kreuzer – Vorsitzender der neu eingerichteten AG Drogen.

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).

Hubert Wimber

geb. 18.05.1949, Studium der Volkswirtschaftslehre und Sozialwissenschaften an den Universitäten Bochum und Göttingen, Diplom-Sozialwirt, nach Absolvierung des Referendariats für den höheren allgemeinen Verwaltungsdienst seit 1980 in unterschiedlichen Funktionen in der Verwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen, seit dem 01.09.1997 Polizeipräsident in Münster.

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

4. Jahrgang
Heft 1-2015



Themenschwerpunkt:

Psychosoziale Dimensionen
der Suchttherapie

PABST

1-2015

Psychosoziale Dimensionen der Suchttherapie

Herausgeber und Chefredakteur

Univ.-Doz. Dr. Martin Poltrum
martin.poltrum@api.or.at

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at
Dr. Oliver Scheibenbogen
oliver.scheibenbogen@api.or.at



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie | ISSN 2190-443X

3/4-2014-3/4

Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch –
Internet Gaming Disorder

2-2014

Kriminalität und Sucht

1-2014

Persönlichkeitsstörung und Sucht

4-2013

Psychotherapie und Sucht

3-2013

Pathologisches Glücksspielen und
komorbide Störungen

2-2013

Arbeit und Sucht

1-2013

Sex und Sucht

4-2012

High

3-2012

Sucht und Film

2-2012

Hermann Nitsch: Das Orgien Mysterien
Theater

1-2012

Glücksspielsucht

Abonnement:

Rausch erscheint 4 x jährlich und kann
direkt über den Verlag oder eine
Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- €,
Ausland 50,- €; Einzelausgabe: 15,- €
(Preise inkl. Versandkosten und MwSt.).



**188 Seiten, ISBN 978-3-89967-843-7,
Preis: 25,- €**

eBook: ISBN 978-3-89967-922-9,
Preis: 15,- € (www.ciando.com)



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Enno Freye

Kokain, Ecstasy, Amphetamine & verwandte Designerdrogen

Pharmakologie, Wirkmechanismen, und Vorgehen bei Intoxikationen

Der Konsum von Kokain und synthetischen Drogen, ebenso euphorisierend wie leistungssteigernd, nimmt zu. Die Risiken werden häufig unterschätzt, selbst in der medizinischen Fachwelt. Synthetische Drogen werden in immer neuen, unterschiedlichen Variationen und Kombinationen angeboten, teils legal.

Das Handbuch bietet einen präzisen Überblick über die aktuellen Herstellungsverfahren, chemischen Zusammensetzungen, physischen und psychischen Wirkungsmechanismen, Symptome, kurz- und langfristigen Folgen.

Ärzte erhalten detaillierte Empfehlungen für Diagnostik und Therapie - sowohl im Notfall als auch in der chronischen Behandlung. Anhand langjähriger eigener Erfahrung skizziert der Autor typische Täuschungsversuche von Patienten und Fehlermöglichkeiten von Ärzten.

Das Handbuch sollte in jeder Notaufnahme, jeder Intensivabteilung, jeder Suchtklinik und jeder Suchtpraxis als griffbereites Nachschlagewerk zur Verfügung stehen. Trotz seiner detailreichen Informationstiefe eignet es sich zur schnellen Orientierung für den Alltag.



Neuland/Pabst, 352 Seiten,
ISBN 978-3-87581-267-1,
Preis: 39,90 €



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst.publishers@t-online.de
www.psychologie-aktuell.com
www.pabst-publishers.de

Gundula Barsch

Lehrbuch Suchtprävention: Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit

Zugegeben, der Titel »Lehrbuch« ist bewusst irreführend gemeint. Dies ist nicht noch ein weiteres Buch darüber, wie man denn nun, bevorzugt die armen Jugendlichen, vor den Risiken des Konsums von legalen und illegalen Suchtmitteln schützt. Es liefert auch keine Checkliste, die man abarbeiten kann, um zum gewünschten Erfolg einer drogenfreien Gesellschaft zu kommen. Nein, Bücher, die dies versprechen, gab und gibt es genug. Die bekannte Autorin Gundula Barsch, Professorin im Fachbereich Soziale Arbeit, Medien und Kultur der Hochschule Merseburg, entzaubert die bisherigen Präventionskonzepte des »Wir wissen, was gut für Dich ist« und »Es ist doch nur in Deinem Interesse«. Es geht um soziale Kontrolle und den Fetisch Gesundheit, um Medizinalisierung und Ordnungspolitik, um Substanzfixierung und den Bemächtigungsmythos. Ihre Thesen zum geglückten Substanzkosum, zur Drogenmündigkeit, fordern mit Sicherheit Widerspruch heraus, ermuntern zur lebhaften Debatte darüber, was Prävention bewirken sollte – und welches die Ziele sein könnten. Gibt es, wie die akzeptierende Drogentherapie, auch eine akzeptierende Prävention? Man mag die Ansätze und Ideen teilen oder nicht – in der Diskussion um eine Weiterentwicklung von Präventionsansätzen wird man an den Thesen von Gundula Barsch wohl nicht vorbei kommen.

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht wird von den drei Bundesverbänden akzept e.V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik), Deutsche AIDS-Hilfe und JES (Junkies, Ehemalige und Substituierte) herausgegeben.

Er schafft eine konstruktive Gegenöffentlichkeit zu öffentlichen Verlautbarungen der Drogenpolitik der Bundesregierung. Diese Gegenöffentlichkeit ist notwendig geworden, weil die Bundesregierung die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine verbraucherorientierte, wissenschaftlich fundierte oder systematisch erfahrungsbasierte Drogenpolitik nicht schafft. Gesetzlicher Regelungsbedarf besteht auf allen Gebieten, um Jugend- und Verbraucherschutz zu stärken: Verbot für Werbung für Alkoholika und Tabakprodukte, fehlende Regelungsmechanismen bei elektronischen Dampferzeugnissen, Versorgungslücken in der Substitutionsbehandlung, Verbesserung der Heroinschreibung, Cannabis als Medizin, etc.

Die Lücke zwischen dem Wissen über die Wirksamkeit drogenpolitischer Maßnahmen und deren Umsetzung wird immer größer. Wissenschaftliche Erkenntnisse gehen – wenn überhaupt – nur zögerlich in die Drogenpolitik ein.

Ziel dieses Alternativen Drogen- und Suchtberichts ist es, den offenkundigen Reformstau in der Drogenpolitik zu thematisieren und Vorschläge für eine Veränderung zu unterbreiten. Die Herausgeber erwarten von der Bundesdrogenpolitik eine verstärkte strategische Steuerung in Drogenfragen auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens.

ISBN 978-3-95853-069-0

eBook: ISBN 978-3-95853-070-6 (www.ciando.com)

www.pabst-publishers.de · www.psychologie-aktuell.com

