

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

5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018

5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018



 PABST

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

5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018

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

5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018



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

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Südwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: +49 (0)30 82706946

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.

Herausgeber:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik,
Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. Bundesverband

Redaktion: Gerrit Kamphausen, Bernd Werse und Heino Stöver (verantwortlich)

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver

2018 Pabst Science Publishers
49525 Lengerich/Westf.

Formatierung: Susanne Kemmer

Druck: KM-Druck · 64823 Groß-Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-409-4

eBook: ISBN 978-3-95853-410-0 (www.ciando.com)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	9
<i>Heino Stöver, Bernd Wense & Gerrit Kamphausen</i>	
Wem gehört die Stadt? – Null Toleranz gegenüber der Drogenszene.....	14
<i>Hubert Wimber & Bernd Wense</i>	
Rechtlos im Hilfesystem – Auswirkungen der sozialrechtlichen Ausschlussregelungen für Unionsbürger_innen im Kontext von niedrigschwelliger Drogenhilfe	22
<i>Wibke Schumann, Jonny Schanz & Christian Richter</i>	
Qualifiziertes Drugchecking. Wiedereinführung eines dringend benötigten Instruments der Schadensminimierung und Prävention	28
<i>Tibor Harrach & Rüdiger Schmolke</i>	
Peerpartizipation in Drogenintervention, -forschung und -politik.....	36
<i>Anke Stallwitz</i>	
Schwerpunkt Cannabis – Einleitung der Herausgeber	45
Das Wechselspiel der Cannabinoide: Plädoyer für ein Cannabis- Substanzmonitoring in Deutschland.....	46
<i>Jakob Manthey, Heino Stöver & Hans-Günter Meyer-Thompson</i>	
„Grass, oder was?“ – Über die merkwürdige Idee, dass die Polizei Drogenprävention betreiben sollte	50
<i>Bernd Wense</i>	
Ein Jahr Cannabis als Medizin-Gesetz – ein ambivalentes Zwischenfazit.....	54
<i>Maximilian Plenert</i>	
Cannabis-Legalisierung in Kanada: „Bill C-45“ – Chancen und Probleme	59
<i>Neil Boyd</i>	
Effekte und Nebeneffekte der Umsetzung der Regulierung von Marihuana in den USA: Stand Herbst 2016.....	67
<i>Gundula Barsch</i>	

Die Zeit ist reif für kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe	76
<i>Georg Wurth</i>	
Cannabisregulierung und Jugendschutz	82
<i>Michael Büge & Nina Pritzens</i>	
E-Zigaretten und Tabakwerbeverbot – Eckpunkte eines Kompromissvorschlags.....	88
<i>Dietmar Jazbinsek & Heino Stöver</i>	
E-Zigaretten und ihr Einfluss auf den Konsum konventioneller Zigaretten Anmerkungen zu einer aktuellen Kohortenstudie mit Jugendlichen aus Deutschland	96
<i>Dietmar Jazbinsek</i>	
Reduktion des Alkoholkonsums in Deutschland: Wirkungsvolle Maßnahmen zur Zielerreichung sind nicht in Sicht	114
<i>Jakob Manthey</i>	
Neue psychoaktive Substanzen (NPS): eigentlich nichts Besonderes	124
<i>Bernd Werse</i>	
„Die Kokainschwemme“: Warum Polizeidaten keine Prävalenzdaten sind und Angebot sich nicht automatisch Nachfrage „schafft“	130
<i>Bernd Werse</i>	
Steine auf dem Frankfurter Weg – Crack im Bahnhofsviertel in Frankfurt am Main	135
<i>Gerrit Kamphausen</i>	
Das Bundteilhabegesetz (BTHG) aus Sicht der Praxis: Veränderungen – Anforderungen – Risiken	143
<i>Anabela Dias de Oliveira</i>	
Arbeit, Beschäftigung und Qualifikation für Konsument_innen illegaler Drogen: Angebote und Finanzierung dringend gesucht.....	151
<i>Max Hopperdietzel</i>	
Vom Spritzenaustausch zur qualifizierten Vergabe von Konsumutensilien	158
<i>Dirk Schaeffer & Astrid Leicht</i>	
Infektionsrisiken bekämpfen – Harm Reduction jederzeit ermöglichen – Spritzenautomaten realisieren	164
<i>Daniel Deimel, Brigitte Bersch & Heino Stöver</i>	

Was heißt hier schwer erreichbar? Über die Notwendigkeit des Angebots von Beratung, Testung und Behandlung für Drogengebraucher_innen in niedrigschwelligen Einrichtungen	170
<i>Dirk Schaeffer</i>	
Gute Behandlungsangebote in und bedarfsgerechte Überleitung nach der Haft – was kann, was muss gemacht werden?	174
<i>Heino Stöver</i>	
Gewalt- und Suchtprävention in Fußballstadien: Soziale Arbeit in Fanprojekten stärken	194
<i>Daniel Deimel, Marius Künzel, Philipp Lessel & Thorsten Köhler</i>	
Abwasseranalyse – die „große Zukunft“ in der Drogenforschung?	201
<i>Luise Klaus</i>	
Herausforderungen auf dem Weg zu evidenzbasierter und partizipativer Suchtprävention an Schulen	207
<i>Maximilian von Heyden & Henrik Jungaberle</i>	
Aufruf zu einer Weltweiten Lesung für eine neue Drogenpolitik am 24. November 2018	212
<i>Heino Stöver</i>	
Autorinnen und Autoren	216

Vorwort

Heino Stöver, Bernd Werse & Gerrit Kamphausen

Am 22. Mai 2018 stellte wie jedes Jahr um diese Zeit der Präsident des Bundeskriminalamts (BKA) Holger Münch gemeinsam mit der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler die neuesten Zahlen des „Lagebild Rauschgiftkriminalität“ (BKA 2018) vor. In diesem Zahlenwerk ist einmal mehr die Fortschreibung eines bedenklichen Trends nachzulesen: Die Kriminalisierung von Konsumentinnen und Konsumenten illegalisierter Drogen hat im letzten Jahr weiter zugenommen, und zwar um exakt 10,1%. So hoch ist der letztjährige Anstieg bei den „konsumnahen Delikten“ (Delikte, in denen es in aller Regel um Mengen geht, die zum Eigenbedarf bestimmt sind), die mit 77% ohnehin den größten Teil der sogenannten „Rauschgiftkriminalität“ ausmachen¹. Die Zahl der sogenannten Rauschgiftdelikte insgesamt hat aktuell ebenfalls ein Allzeithoch erreicht (330.580).

Natürlich war die Interpretation der Daten seitens der beiden Amtsträger_innen eine ganz andere, nämlich dass die Zahlen eine Steigerung des „Drogenproblems“ belegen würden, was von der Presse bereitwillig aufgenommen wurde (z.B. Wiesbadener Tagblatt 2018). Da überrascht es nicht, dass eine erhöhte Kontrollintensität als notwendig und erfolgreich dargestellt wird, obwohl doch gerade dadurch klar wird, dass es sich um ein hausgemachtes Problem handelt: steigende Raten bei Beschlagnahmungen und Anzeigen sind keineswegs ein Hinweis darauf, dass das „Drogenproblem“ größer geworden sei, sondern nur ein Ausdruck gestiegener selektiver Kontrollintensität². Zudem: nur die Prohibition verschafft der Organisierten Kriminalität hohe Gewinne. Man sieht: es geht bei der jährlichen Pressekonferenz und der Präsentation der aktuellen Daten des Lagebildes in erster Linie um die Erzählung, wie die Strafverfolgung „das Drogenproblem“ in Schach hält. Die emsige Polizeiarbeit soll den Bürger_innen signalisieren, dieser „Krieg“, den man da zum Wohle aller führe, sei noch zu gewinnen, obwohl eigentlich längst klar ist, dass die polizeilichen Statistiken nichts über den Drogenmarkt und die Verbreitung des Konsums aussagen.

Im Jahr 2017 sind in Deutschland 1.272 Menschen an den Folgen des Konsums illegaler Drogen verstorben. Aktuell ist diese Zahl leicht gesunken – nachdem sie vier Jahre lang angestiegen war. In mehr als der Hälfte der Fälle der Todesopfer starben Menschen an Überdosierungen im Zusammenhang mit Heroin und anderen Opioiden. Auch diese Zahlen werden von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung alljährlich den Medien mitgeteilt, als Beleg für das Drogenproblem und Begründung für ein weiterhin repressives Vorgehen (wie oben gezeigt, in aller Regel gegen Konsument_innen). Man bekommt den Eindruck, die Politik und die Polizei bräuchten die Drogentoten zur Bestätigung des eigenen Weltbildes. Die mediale Inszenierung verzichtet daher auch darauf, wirksame Lösungen gegen diese enorm hohe Zahl von

¹ Zur Entwicklung der „Rauschgiftdelikte“ siehe Wimber/Werse in diesem Band.

² Siehe Werse (I) in diesem Band.

sogenannten Drogentoten zu benennen. Es wird so getan, als hätten diese Todesfälle nichts mit einer repressiven Drogenpolitik zu tun. Dabei weiß die Fachwelt (z.B. die EU-Behörde EMCDDA: Hedrich/Giraudon 2018) sehr genau, was gegen (z.B. opioid-bedingte) Todesfälle helfen kann:

- Eine Regulierung des Drogenmarktes mit klarem Ausweis des Güte- und Reinheitsgehaltes,
- Durchgehende und auf die Bedürfnisse der Patient_innen abgestimmte medikamentengestützte Behandlung (z.B. mit Methadon, Buprenorphin, retardiertem Morphin oder Diacetylmorphin),
- Drogenkonsumräume (nicht nur in 6 von 16 Bundesländern),
- Der flächendeckende Einsatz des Notfallmedikaments Naloxon – Take-Home-Naloxon-Programme (Dichtl et al. 2018),
- Verbesserung des Wissens um Drogennotfälle, insbesondere bei Entlassenen/Abbrecher_innen aus der Therapie oder Haftentlassenen, die laut Schätzung der WHO etwa 20% aller drogenbedingten Todesfälle ausmachen³.

Wir warten immer noch auf die mediale Präsentation der Zahlen bezüglich der Toten von legalen Drogen: Geschätzte 74.000 alkoholbedingte, 110.000 tabakbedingte vorzeitige Sterbefälle pro Jahr sind offenbar nicht der Rede wert.

Eine „Legalisierungsdiskussion“ bzgl. noch illegaler Drogen wurde von der Bundesdrogenbeauftragten selbstredend zum wiederholten Male pauschal abgelehnt (Ärzte Zeitung 2018). Daran zeigt sich, dass internationale Trends (s.u.) gar nicht wahrgenommen werden, sondern an der imprägnierten Strategie des „Immer-weiter-so“ abperlen.

Garniert wurde die Pressekonferenz von BKA und Drogenbeauftragter im Übrigen durch die Wiederholung von schlicht falschen Behauptungen, etwa, dass Cannabis viermal so stark sei wie vor zehn Jahren oder dass der Cannabiskonsum unter Jugendlichen in Colorado seit der Legalisierung um 20% zugenommen habe (vgl. Leafly 2017)⁴.

Stichwort Colorado: In Nordamerika geht der Prozess hin zu einer pragmatischen Drogenpolitik im Hinblick auf Cannabis mit erstaunlich großen Schritten weiter voran. In den USA steigt die Zustimmung zu legalem Cannabis weiter an (NZZ 2018), und aller Voraussicht nach in Zukunft auch die Anzahl der „legalisierten“ Bundesstaaten⁵. Kanada wird noch in diesem Jahr nach Uruguay der zweite Nationalstaat weltweit, in dem Hanfprodukte landesweit legal verkauft werden – zur Dokumentation dieses Prozesses konnten wir für den vorliegenden Alternativen Drogen- und Suchtbericht mit Neil Boyd einen renommierten kanadischen Wissenschaftler gewinnen. Das detailliert entworfene Produktions- und Distributionssystem könnte zukünftig zum Vorbild für andere Länder werden. Insbesondere die Planbarkeit der Endver-

³ Siehe Stöver (in diesem Band) zu Behandlungsangeboten in und nach der Haft.

⁴ Während die erstgenannte Behauptung jeglicher empirischen Grundlage entbehrt (vgl. Schulte et al. 2017 zu den tatsächlichen Zahlen), hatte das Büro der Drogenbeauftragten für die zweitgenannte These einen offiziellen Bericht der Gesundheitsbehörde von Colorado als Quelle genannt – in dem eine solche Zahl aber nicht zu finden ist; vermutlich stammt diese aus in einem tendenziösen Bericht einer Anti-Drogen-Organisation (Wong/Clarke 2015).

⁵ Siehe Barsch in diesem Band.

braucherpreise zeigt, dass die illegalen Verkäufer die Preise der legalen Produkte eben nicht einfach unterbieten können, wie hierzulande teilweise behauptet wird.

In Deutschland hingegen scheinen die Bewahrer_innen des Status Quo mit aller Kraft eine Gegenbewegung zur entsprechenden Diskussion der letzten Jahre starten zu wollen. Gerne wird dabei das Bild vom „Zeitgeist“, dem man sich nicht beugen dürfe, bemüht. Gegen die überwältigende Mehrheit relevanter Fachleute wird die Kriminalisierung von Drogenkonsumierenden nicht nur – wie erwähnt, teils unter Verwendung von Falschbehauptungen – verteidigt, sondern mithilfe von Ordnungsbehörden immer weiter gesteigert. Und dies angesichts dessen, dass sich zunehmend auch Polizeivertreter_innen (oft hinter vorgehaltener Hand, zuweilen aber auch ganz offen) gegen die strafrechtliche Behandlung des Phänomens aussprechen. Dabei hatte die Bundesregierung Ende 2016 mit dem „Neue-psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ eigentlich selbst einen Präzedenzfall geschaffen, wie Konsumierende psychoaktiver Substanzen straffrei und mithin entkriminalisiert bleiben können (was allerdings ausgerechnet überwiegend Substanzen betrifft, deren Risikopotenzial höher als das gängiger illegaler Drogen ausfällt)⁶.

Inwiefern diese neue Repressionsoffensive im Zusammenhang mit der neuen Bundesregierung stehen könnte, sei dahingestellt. Klar ist aber: der GroKo-Vertrag enthält lediglich einen dünnen, nichtssagenden Satz zur Drogenpolitik; kein Wort von irgend gearteten Bemühungen zu einer pragmatischeren Herangehensweise im Hinblick auf alternative Kontrollmodelle für illegale psychoaktive Substanzen. Zudem möchte die Bundesregierung offenbar auch den Stillstand bei der Verhältnisprävention von Alkohol und Tabak fortschreiben, wo Deutschland mittlerweile auf den letzten Platz aller EU-Länder zurückgefallen ist.

Wie in den Vorjahren richtet sich unsere Kritik in diesem Alternativen Drogen- und Suchtbericht gegen die selektive Drogenpolitik, die sich im Wesentlichen auf illegale Substanzen bezieht, aber ein Gesamtkonzept jenseits der juristischen Einteilung schuldig bleibt. Der Drogenbeauftragten gelingt es nicht, steuernd einzugreifen, ressortübergreifende Strategien zu verfolgen, umzusetzen, oder einen fachlichen Diskurs über Drogenkontrollstrategien zu organisieren. Das beste Beispiel bietet die desaströse Tabakkontrolle in Deutschland, z.B. das Fehlen des Außenwerbeverbots: Der Umstand, dass Deutschland als einziges EU-Land über kein solches Verbot für Tabakprodukte verfügt, ist ein Skandal und aus gesundheitspolitischer Sicht nicht hinnehmbar. Tabakkontrollpolitik muss an dieser Stelle endlich konsequent Gesundheitsinteressen über wirtschaftliche Interessen der Tabakindustrie stellen.

Die Marketingausgaben der Tabakindustrie haben sich in Deutschland seit Inkrafttreten des Werbeverbots in Printmedien im Jahr 2007 beinahe verdoppelt und haben 2015 einen Rekordwert von 232 Millionen Euro erreicht. Von dieser Gesamtsumme entfielen nur rund 39 % auf die Außen- und 1 % auf die Kinowerbung, wie aus dem Drogen- und Suchtbericht 2017 (Drogenbeauftragte 2017) hervorgeht. Den Großteil ihres Werbebudgets investierten die Unternehmen in direkte Werbung, Promotion und Sponsoring (z.B. Marketingmaßnahmen bei Rockfestivals, Promo-Stände, Gewinnspiele auf Internetseiten⁷).

⁶ Siehe Werse (II) in diesem Band.

⁷ Siehe Jazbinsek/Stöver in diesem Band.

Nicht hinzunehmen ist auch die Tatsache, dass Deutschland mit seinen 340.000 Zigarettenautomaten nicht nur weltweit einsamer Spitzenreiter ist, sondern seinen Bürger_innen suggeriert, die Automaten gehören zum Stadtbild; der Inhalt kann dann ja so schlimm nicht sein.

Im Hinblick auf Alkohol ist im Übrigen aktuell gänzlich Fehlanzeige zu vermieden, was vernünftige Maßnahmen betrifft, den Status von Deutschland als Hochkonsumland etwas zu verbessern. Noch immer ist die Volksdroge nirgendwo in Westeuropa so billig und jederzeit verfügbar wie hierzulande⁸.

Drogenpolitisch ist Deutschland Entwicklungsland. Daran muss sich etwas ändern! Ein schlichtes „Weiter-So“ steht im Gegensatz zu einer modernen Drogenpolitik, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und systematisierten Erfahrungen basiert, Verbraucher- und Jugendschutz ernst(er) nimmt und sich von ideologischen und moralischen Scheuklappen befreit.

Wir hoffen, dass wir mit diesem nunmehr fünften Alternativen Drogen- und Suchtbericht mittels einer Vielzahl von relevanten Themen und Kritikpunkten aus Theorie und Praxis etwas zur Änderung des Status Quo beitragen können.

Literatur

- Ärzte Zeitung (2018): Drogenbeauftragte möchte keine „Legalisierungsdiskussion“. Artikel vom 23.3.2018, online verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/arzneimittelpolitik/article/964484/bundeslagebild-rauschgift-drogenbeauftragte-bka-legalisierung-drogen.html, letzter Zugriff: 30.05.2018.
- BKA (2018): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2017. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Dichtl, A./Stöver, H./Dettmer, K. (Hrsg.; 2018): Leben retten mit Naloxon Erfahrungen aus Deutschland, Europa und den USA. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Drogenbeauftragte (2017): Drogen- und Suchtbericht, Juli 2017. Berlin: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung.
- Hedrich, D./Giraudon, I. (2018): The current landscape of opioid overdoses and harm reduction strategies in Europe. Presentation on the 10th IOTOD Conference in Madrid (15-16 May 2018)
- Leafly (2017): Marlene Mortler wehrt sich gegen „Fake News“-Anschuldigung. Leafly.de fragt nach. Artikel vom 15.9.2017, online verfügbar unter <https://www.leafly.de/marlene-mortler-fake-news/>, letzter Zugriff: 31.05.2018.
- NZZ (2018): Wie sich die Cannabis-Legalisierung in den USA durchsetzt. Artikel vom 14.3.2018, online verfügbar unter <https://www.nzz.ch/international/amerika/ubersicht-marihuana-wie-sich-die-cannabis-legalisierung-in-den-usa-durchsetzt-ld.1313301>, letzter Zugriff: 30.05.2018.
- Schulte, L./Dammer, E./Pfeiffer-Gerschel, T./Bartsch, G./Friedrich, M. (2017): Deutschland – Bericht 2017 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2016 / 2017) – Drogenmärkte und Kriminalität. München: DBDD; online verfügbar unter https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BE-RICHT_2017/WB_08_Drogenm%C3%A4rkte_und_Kriminalitaet_Germany_DE.pdf letzter Zugriff: 01.06.2018.

⁸ Siehe Manthey in diesem Band.

Wiesbadener Tagblatt (2018): Konsum und Handel mit Drogen in Deutschland nimmt weiter zu. Artikel vom 23.3.2018, online verfügbar unter http://www.wiesbadener-tagblatt.de/lokales/polizei/konsum-und-handel-mit-drogen-in-deutschland-nimmt-weiter-zu_18787983.htm, letzter Zugriff: 30.05.2018.

Wong, K./Clarke, C. (2015): The Legalization of Marijuana in Colorado – The Impact. In: Rocky Mountain High Intensity Drug Trafficking Area, online verfügbar unter: <http://rmhidta.org/html/2015%20FINAL%20LEGALIZATION%20OF%20MARIJUANA%20IN%20COLORADO%20THE%20IMPACT.pdf>, letzter Zugriff: 01.06.2018.

Wem gehört die Stadt? – Null Toleranz gegenüber der Drogenszene

Hubert Wimber & Bernd Werse

Zusammenfassung

Der Umgang mit Drogenkonsument_innen und -dealer_innen im öffentlichen Raum hat in diversen urbanen Räumen in den letzten Jahren repressivere Züge angenommen, u.a. im Zusammenhang mit der – oft ökonomisch geprägten – „Aufwertung“ von Stadtvierteln und dem Sicherheitsdiskurs. Entgegen der Willensbekundungen von Politiker_innen hat dabei auch das Ausmaß der Kriminalisierung von Konsumierenden zugenommen. Am Beispiel von Frankfurt, Münster, Berlin und Hamburg werden entsprechende Entwicklungen diskutiert. Auch marginalisierte Drogenkonsumierende müssen Platz im öffentlichen Raum unserer Städte haben.

Irgendwie erscheint es paradox. Da zeigt sich der hessische Innenminister Peter Beuth (CDU) bei der Vorstellung der Polizeilichen Kriminalstatistik 2017 am 15.02.2018 hoch erfreut, dass die Zahl der erfassten Straftaten so niedrig wie nie in den vergangenen Jahrzehnten gewesen ist und es gelungen sei, die Kriminalität erfolgreich zu bekämpfen und messbar zurückzudrängen. Nur die Drogendelikte – oder in der Terminologie der Kriminalstatistik die „Rauschgiftdelikte“ – fallen erkennbar aus dem Rahmen. Sie stiegen in Hessen um deutlich mehr als 4.000 Fälle gegenüber dem Vorjahr auf gut 27.000 durch die Polizei erfasste Drogendelikte an. Allein in Frankfurt betrug der Zuwachs fast 3.300 Fälle. Auch angesichts dieser Zahlen zeigen sich der Innenminister und Landespolizeipräsident Udo Münch erfreut, da dadurch belegt sei, wie erfolgreich die Polizei gerade im Frankfurter Bahnhofsviertel agiert. Nachdem in der dortigen Drogenszene eine neue Polizeieinheit mit 124 Beamten („Besondere Aufbauorganisation“/BAO) den Kontrolldruck erhöht habe, seien entsprechend mehr Straftaten aufgedeckt worden (Frankfurter Rundschau 16.02.2018).

Der kontinuierliche Anstieg der Drogendelikte

Dabei war bereits bei der Interpretation der Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik in den Vorjahren ein kontinuierlicher Anstieg der Ermittlungsverfahren auf der Grundlage der strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) festzustellen. Noch nie wurden in Deutschland mit 302.594 polizeilichen Ermittlungsverfahren so viele Verstöße gegen das BtMG registriert wie 2016. Dies entspricht einem Anstieg um 147,5 Prozent gegenüber 1993 als dem Jahr, in dem zum ersten Mal auch die Zahlen für die neuen Bundesländer in der „gesamtdutschen“ Kriminalstatistik erschienen (Cousto/Stöver 2017).

Dieser Anstieg verteilt sich nicht gleichmäßig auf alle Straftatbestände des BtMG, sondern ist fast ausschließlich auf einen Anstieg der „konsumnahen“ Delikte des Erwerbs und des Besitzes (im Regelfall für den Eigengebrauch) zurückzuführen, während die Straftatbestände, die die Angebotsseite des Drogenmarktes in den Blick nehmen, also insbesondere Einfuhr, Schmuggel und gewerbsmäßiger Handel, nicht oder nur geringfügig angestiegen sind. Mit 231.926 Ermittlungsverfahren machten 2016 die konsumnahen Delikte 76,6 Prozent aller erfassten Drogendelikte aus. In fast 50 Prozent aller erfassten Fälle richtete sich der polizeiliche Anfangsverdacht gegen Cannabiskonsument_innen (BKA 2017). Die in diesen Zahlen zum Ausdruck kommende zunehmende polizeiliche Repression gegenüber Drogenkonsument_innen gerade in den letzten Jahren steht in einem eklatanten Widerspruch zu den Aussagen von Politiker_innen und Sicherheitsverantwortlichen, dass Drogenkonsumierende nicht kriminalisiert werden sollen, sondern wahlweise die organisierte Kriminalität oder die Dealerszene im Zentrum polizeilicher Maßnahmen steht.

Im Übrigen haben sich auch die oben genannten verstärkten Polizeimaßnahmen in Frankfurt kaum auf diejenigen bezogen, die mit „harten Drogen“ dealen: Zwar sind 2017 tatsächlich die Handelsdelikte besonders stark angestiegen (von 520 auf 1.962 Fälle), jedoch nicht die Fälle von Handel/Schmuggel mit Heroin oder Crack, die jeweils sogar leicht zurückgegangen sind. Verantwortlich für den Anstieg sind vor allem – wie die Frankfurter Polizei selbst einräumt – „die erstmals im Jahr 2017 in die PKS einfließenden Fälle des Zolls“ (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2018a: 36). Dies hat in erster Linie eine exorbitante Steigerung beim Handel/Schmuggel von Amphetaminderivaten (von 26 auf 1.012) zur Folge – dabei handelt es sich überwiegend um im Internet bzw. „Darknet“ bestellte Postsendungen. Die Aufklärungsquote dieser Delikte liegt im Unterschied zu den meisten anderen Drogendelikten, die als Kontrolldelikte zumeist zu rund 90% „aufgeklärt“ werden, bei lediglich 7,1%. Daneben hat die Frankfurter Polizei offenbar auch stärker Cannabisdealer_innen verfolgt; hier sind die Deliktzahlen ebenfalls deutlich, von 248 auf 617, angestiegen (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2018b). Die verstärkten Kontrollen im Bahnhofsviertel hingegen hatten in erster Linie einen Anstieg der konsumnahen Delikte, vor allem aber der Platzverweise (von 754 auf 6.770) zur Folge (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2017 & 2018a).

Die Zahlen der bundesweiten Kriminalstatistik für 2017 liegen noch nicht vor. Soweit diese Zahlen lokal oder regional schon veröffentlicht worden sind zeigen sie jedoch, dass die skizzierte Situation im Frankfurter Bahnhofsviertel kein Einzelfall ist, sondern dass sich die polizeilichen Aktivitäten und deren Begründungszusammenhang in anderen deutschen Städten wiederholen. Wenn wir der Frage nachgehen, warum die Polizei sich (wieder) veranlasst sieht, den Kontrolldruck auf die Drogenszene zum Teil durch Schaffung von besonderen Polizeieinheiten oder durch besondere Ermittlungskommissionen zu erhöhen, lassen sich zwei Erklärungsansätze finden, die sich je nach den lokalen Verhältnissen voneinander unterscheiden oder aber auch kumulativ wirken:

- Es entwickelt sich eine spezifische Dynamik, in der Interessen und Akteure aus Politik, Nachbarschaft, Medien, Gewerbe, Strafverfolgungsbehörden etc. den Ort des offenen Drogenhandels als städtischen Angstraum definieren, in dem das subjektive Sicherheitsgefühl auch durch das Auftreten von Migrant_innen als Dealer_

innen nicht mehr gewährleistet ist und beklagt wird, dass die Polizei „rechtsfreie“ Räume zulasse,

- Die in der Stadtentwicklung als Gentrifizierung bezeichnete Entwicklung, in der insbesondere in Großstädten innenstadtnahe Wohnquartiere durch Umbau und Sanierung aufgewertet werden mit der Folge, dass die dort ansässige Wohnbevölkerung durch zahlungskräftigere Bevölkerungsschichten verdrängt wird und das Vorhandensein einer offenen Drogenszene als renditehemmend wirkt. Damit verbunden ist die Fragestellung „Wem gehört die Stadt oder Wenn Geld die Menschen verdrängt“ (vgl. dazu Smith 2012).

Die „sichere“ Stadt

Wir wollen anhand von vier Beispielen diese Wirkungszusammenhänge kurz darstellen. Im Fall des Görlitzer Parks in Berlin-Kreuzberg und im Umfeld des Drogenkonsumraums an der Ostseite des Hauptbahnhofs von Münster ist insbesondere die Zuschreibung als städtischer Angstraum für verstärkte polizeiliche Aktivitäten von Bedeutung, während in den Stadtquartieren Sankt Georg/Schanzenviertel in Hamburg und im Frankfurter Bahnhofsviertel eher Renditeinteressen im Rahmen eines Gentrifizierungsprozesses ursächlich für die Verschärfung der Situation in der Drogenszene sind (Werse et.al. 2018).

Am Görlitzer Park lässt sich besonders gut die Genese einer Intensivierung des polizeilichen Kontrolldrucks, aber auch die Wirkungslosigkeit der Repression beobachten. Der Görlitzer Park gilt als einer der größten Drogenumschlagsplätze Berlins, insbesondere für Cannabisprodukte. Anfang der 2010er Jahre geriet der Görlitzer Park zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit. Hinweise auf Drogendepots auf Kinderspielflächen, aggressive Ansprache durch schwarzafrikanische Dealer auch gegenüber „normalen“ Parkbesuchern sowie zunehmende Gewalt- und Eigentumsdelikte führten dazu, dass der damalige CDU-Innensenator Frank Henkel im März 2015 den Görlitzer Park zu einer Nulltoleranzzone erklärte, in der auch der Besitz von geringen Mengen zum Eigenbedarf grundsätzlich als Straftat zu verfolgen war. Polizeibeamte mussten selbst einzelne Joints beschlagnahmen und führten eine Vielzahl von Razzien unter Einbeziehung von Polizeihundertschaften mit erheblichem Personalaufwand durch. Signifikant war der Anstieg der Fallzahlen in der Kriminalstatistik in 2015 um ca. 17 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Das Kriminalisierungsrisiko ist vor allem für Cannabiskonsumenten aufgrund dieser Einsatzstrategie deutlich gestiegen.

Es fehlt allerdings jeglicher Hinweis darauf, inwiefern durch die drastische Erhöhung des polizeilichen Kontrolldrucks im Görlitzer Park auch nur ein Kaufvorgang unterblieben sein könnte. Neben einem Verdrängungseffekt in benachbarte Gebiete besetzten die Dealer nach Abzug der Polizei aufgrund der unveränderten Nachfrage ihre gewohnten Plätze wieder. Nach der Senatswahl im Herbst 2016 verständigte sich die neue rot-rot-grüne Koalition in Berlin darauf, die Nulltoleranzzonen wieder abzuschaffen, da sich die strafrechtliche Verfolgung des Cannabiskonsums gesundheits- und präventionspolitisch nicht bewährt habe. Mit Hilfe von nicht dem Legalitätsprinzip unterliegenden Parkwächter_innen und dem lediglich anlassbezogenen Einsatz von Polizeikräften ist es offenbar tendenziell besser gelungen, ein Klima zu schaffen, in dem unterschiedlichen Nutzer- und Nutzungsinteressen existieren kön-

nen. Dennoch ist die Polizei immer noch mit hohen Anzahlen von Einsatzstunden, Platzverweisen und Festnahmen im Park unterwegs, und die Situation der vorwiegend afrikanischen Männer, die sich im Park aufhalten, ist nach wie vor äußerst prekär.

Nach gut vier Jahren Bauzeit wurde der neue umgestaltete Hauptbahnhof in Münster im Juni 2017 eröffnet. Unmittelbar an der der Innenstadt abgewandten Ostseite des Hauptbahnhofs hat sich in einer kleinen Parkanlage seit Jahrzehnten eine Randgruppenszene bestehend aus Obdachlosen, Alkoholkonsumierenden und Konsument_innen illegaler Drogen gebildet. Direkt benachbart befindet sich ein Drogenkonsumraum, der ganz überwiegend von Personen genutzt wird, die als vorherrschende Substanz Heroin konsumieren. Seit der Fertigstellung der Haupthalle gibt es eine zunehmend intensive Diskussion über eine Neugestaltung auch der Ostseite des Bahnhofs. Die Interessen privater Investoren für einen Hotelneubau und für Gastronomiebetriebe sowie die Notwendigkeiten für die Verbesserung der verkehrlichen Erschließung u.a. durch den Bau eines neuen Fahrradparkhauses werden im Ergebnis dazu führen, dass die bisher von der Randgruppenszene genutzte Parkanlage dieser nicht mehr im bisherigen Umfang zu Verfügung steht. Welcher städtische Raum dieser Szene zukünftig zur Verfügung steht ist völlig offen.

Die wahrnehmbare Existenz von Obdachlosen, Bettelnden und der Drogenszene im Bahnhofsumfeld ist immer wieder Gegenstand von kommunalpolitischen Diskussionen. Insbesondere von der „Interessengemeinschaft Bahnhof“ als Zusammenschluss von Gewerbetreibenden, aber auch von der Lokalpresse sowie von einzelnen Anliegern und Ratsmitgliedern vor allem der CDU wird immer wieder gefordert, dass die Polizei dort mehr Präsenz zeigen solle. Der Vorwurf, die Polizei dulde im Bahnhofsumfeld „rechtsfreie Räume“ bis hin zum Vorwurf des Staatsversagens blieb nicht ohne Wirkung. Der Druck auf die Polizei nahm noch einmal zu, als öffentlich thematisiert wurde, dass die Dealerszene zunehmend von Zuwanderern, hier vor allem Nordafrikanern, beherrscht wird¹. Obwohl die Kriminalitätsbelastung anhand der Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik im Bahnhofsumfeld in den letzten Jahren nicht angestiegen ist wurde dieser Bereich in den lokalen Medien als Kriminalitätsbrennpunkt definiert. Im August 2017 wurde mit dem Ziel der Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität, insbesondere dem „Austrocknen“ der Dealerszene, eine besondere Ermittlungskommission eingerichtet und die polizeiliche Präsenz einschließlich der Durchführung von Razzien deutlich verstärkt. Als Ergebnis dieser polizeilichen Aktivitäten stiegen die Fallzahlen der Betäubungskriminalität 2017 auf 1.262 an, was gegenüber dem Durchschnitt der letzten 10 Jahre einen Anstieg um satte 35 Prozent bedeutet. Ca. 70 Prozent aller polizeilichen Ermittlungsverfahren richten sich unverändert gegen Konsumierende, vor allem gegen Cannabiskonsument_innen.

Kapitalrendite und Gentrifizierung

„Als Peter Jung, Besitzer eines Currywurstladens im Frankfurter Bahnhofsviertel, nicht mehr weiterwusste, ging er los und kaufte einen Wasserschlauch. Die Gründe für sein Tun saßen in einem Hauseingang neben seinem Imbiss in der Taunusstraße:

¹ Vgl. zum Thema Migration und Kriminalität Walburg (2016). Die dort genannten kriminologischen Befunde zeigen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Kriminalitätsbelastung und Marginalisierung auf.

Crack rauchende Junkies und deren Dealer, die dort brüllten, stritten, gegen Wände pinkelten und Jungs Gäste anpöbelten... Peter Jung hatte es aufgegeben, jedes Mal die Polizei zu rufen. Allein an der Kreuzung Elbestraße/Taunusstraße in Frankfurt, an der Jungs Imbiss liegt, wurden 2016 insgesamt 1100 Straftaten registriert, vom Drogenhandel über schweren Raub bis hin zum versuchten Totschlag. Jung verlegte einen Wasserschlauch von seinem Laden über die äußere Hauswand zum Eingang des Nachbargebäudes. Wann immer sich dort merkwürdige Gestalten niederließen, drehte er das Wasser auf“ (Die Zeit vom 15.03.2018, 4). Dabei schien es so, als sei es in fast 30 Jahren gelungen, durch den Frankfurter Weg in der Drogenpolitik ein Maßnahmenpaket zu finden, das Bahnhofsviertel von seinem „schlechten“ Ruf zu befreien. Dieser Ende der 80er Jahre konzipierte pragmatische und akzeptierende drogenpolitische Ansatz mit sowohl dem Ziel einer Verbesserung der Sicherheitslage als auch mit einer Verbesserung der Lebenslage der Drogenkonsumierenden führte dazu, dass der öffentliche Raum spürbar dadurch entlastet wurde, dass viele Mitglieder der Szene in das System niedrigschwelliger Hilfsangebote geholt wurden. In der Folge wurde das Bahnhofsviertel durch die Ansiedlung von hippen Bars und edler Gastronomie attraktiv. Auch Immobilienkäufer_innen und Investor_innen entdeckten das innenstädtische Bahnhofsviertel, Baulücken wurden durch teure Apartmenthäuser geschlossen, die Mietpreise im Viertel stiegen – das Rotlichtviertel wird „sexy“.

Attraktivitätssteigerung auf der einen Seite und die wieder zunehmende Veränderung in der Wahrnehmbarkeit einer offenen Drogenszene haben den kommunalen Konsens über den nicht vornehmlich auf Repression setzenden Frankfurter Weg wieder brüchig werden lassen. Neben Heroin nimmt mit ansteigenden Prävalenzraten in den letzten Jahren Crack die mit Abstand wichtigste Rolle in den Drogengebrauchsmustern der Szene ein (Werse et.al. 2017, siehe auch Kamphausen in diesem Band). Drogenkriminalität, Verelendung und Gewalt sind jetzt wieder die Zuschreibungen in der öffentlichen Diskussion für das Bahnhofsviertel, festgemacht am Zuzug neuer Dealer vor allem aus Nordafrika und Jamaika und der gestiegenen Verbreitung der „Monsterdroge“ Crack. Dabei ist zu beachten, dass die Verbreitung des Kokainderivats 14 Jahre zuvor bereits fast ebenso hoch war (24-Stunden-Prävalenz 2002: 79%, 2016: 84%) und Crack in der Zwischenzeit durchgehend von deutlich mehr als der Hälfte der Szenemitglieder täglich konsumiert wurde – es handelt sich also keineswegs um ein neues Phänomen (Werse et al. 2017). Die Wiedergeburt (oder vielmehr Wiederentdeckung) der „Drogenhöhle“ Frankfurt verstärkt auch hier den Ruf nach einer Polizei, die konsequent durchgreift und Rechtsverstöße nicht duldet. Wie eingangs beschrieben, reagierte die Frankfurter Polizei mit der Schaffung einer regionalen Einsatz- und Ermittlungseinheit, die den Kontrolldruck auf die Drogenszene erhöht. Mit diesen Maßnahmen erhöht sich bei einem reinen Kontrolldelikt wie der Betäubungsmittelkriminalität die Zahl polizeilicher Ermittlungsverfahren und verändert sich der Alltag des Aufenthalts in der offenen Drogenszene. In einer Befragung gaben 58 Prozent der interviewten Szeneangehörigen an, im letzten Monat mindestens einmal kontrolliert worden und mit 84 Prozent gibt eine große Mehrheit an, mindestens einmal inhaftiert worden zu sein (Werse et.al. 2017). Eine Reduzierung der Verfügbarkeit von Heroin und Crack infolge des polizeilichen Kontrolldrucks konnte nicht festgestellt werden (zumal – wie eingangs erwähnt – die Anzahl der Heroin- und Crack-Handelsdelikte im Jahr 2017 sogar abgenommen hatte; siehe auch Werse et al. 2018).

Ähnlich wie mit dem Frankfurter Bahnhofsviertel verhält es sich mit dem unmittelbar nordöstlich an den Hamburger Hauptbahnhof anschließenden Stadtteil St. Georg. Auch hier existiert seit Jahren das Nebeneinander von Flaniermeilen, Szenebars und teuren Altbauwohnungen auf der einen Seite und Randgruppenszene, Drogenhandel und Prostitution auf engem Raum. Divergierende Interessen an der Nutzung des städtischen Raums führten auch in Hamburg dazu, dass die Polizei zur Bekämpfung der öffentlich wahrnehmbaren Betäubungsmittelkriminalität im Jahr 2016 eine „Task Force BtM“ gründete, die schwerpunktmäßig in den besonders betroffenen Stadtteilen St. Pauli, St. Georg und Sternschanze Kontrollmaßnahmen und Razzien durchführte. Wie auch in anderen Bundesländern erfolgen die polizeilichen Maßnahmen regelmäßig auf Grundlage einer Ermächtigungsnorm, die unter dem Begriff „gefährliche Orte“ verdachts- bzw. anlasslose Identitätsfeststellungen und Durchsuchungen in bestimmten Räumen ermöglicht, die mit einer Häufung von Straftaten in Verbindung gebracht werden oder aus sonstigen Gründen einem besonderen Kontrollinteresse unterliegen. Die Definitionsmacht für die Festlegung dieser Orte, an denen allein die Anwesenheit polizeiliche Eingriffe ermöglicht, obliegt der Polizei und wird in der Mehrzahl der Fälle mit Drogenkriminalität begründet.

Im Zuge dieser Maßnahmen stieg die Anzahl der polizeilich registrierten Drogendelikte 2016 gegenüber dem Vorjahr um 1.071 Fälle und damit um knapp 11 Prozent und 2017 noch einmal um 102 Ermittlungsverfahren (1,0%) an. Der Anstieg der Fallzahlen beruht nach den Angaben der Hamburger Polizei ausschließlich auf einem Anstieg der Konsumentendelikte, während die Fallzahlen beim Handel und Schmuggel von Betäubungsmitteln um ca. 14 Prozent zurückgingen. Angesichts dieser Zahlen erscheint es zumindest fraglich, ob die durch Innensenator Andy Grote (SPD) anlässlich der Vorstellung der Zahlen zur Hamburger Kriminalstatistik am 02.02.2018 getroffene Aussage, dass „die weiterhin intensivierten Maßnahmen der Polizei, die Kräftebündelung in der Task Force und der Kontrolldruck die Szene verunsichern und das Sicherheitsgefühl der vor Ort ansässigen Bevölkerung stärken“ (Behörde für Inneres und Sport 2018)² wirklich realitätstauglich ist.

Das polizeiliche Dilemma

Die Polizei ist im Umgang mit der Betäubungsmittelkriminalität in einem Dilemma. Einerlei ob die von der Drogenszene ausgehende Problematik lokal als „Disorder-Phänomen“ und/oder im Kontext einer Gentrifizierungsdynamik verortet wird, die Erwartung an die Polizei und deren Reaktion ist immer die Gleiche: sie erhöht unter zum Teil erheblichem Personal- und Ressourcenaufwand ihre Aktivitäten in der Drogenszene und damit den Kontrolldruck. Dabei zeigen die aktuellen Fallbeispiele aus vier deutschen Großstädten, dass das ursprüngliche Ziel der Strafbarkeitsnormen im Betäubungsmittelrecht, nämlich die Generalprävention und die Schadensminderung gerade auch für die Konsumierenden, zunehmend aus dem Blick gerät. Es geht in erster Linie wohl eher nach dem Motto: Hauptsache wir tun was. Unter der Geltung des

² Bemerkenswerterweise findet sich in der nahezu zeitgleich veröffentlichten Frankfurter Kriminalstatistik – zum zweiten Mal in Folge und ohne Beleg – ein inhaltlich sehr ähnlicher Satz: „Die verstärkten Kontrollmaßnahmen führten zu einer erheblichen Steigerung des Sicherheitsgefühls der Anwohner und Besucher im Bereich des Bahnhofsviertels“ (Polizeipräsidium Frankfurt am Main 2018a: 37).

Legalitätsprinzips führt diese Reaktion der Polizei auf die an sie gestellte Erwartungshaltung zu einem kontinuierlichen Anstieg der polizeilichen Ermittlungsverfahren in den letzten Jahren, bei denen das Risiko für Konsumierende, in einen Tatverdacht zu geraten, um ein Vielfaches höher ist als für die Produzenten und die Händler im Drogenmarkt.

Es bleibt dabei: solange es eine Nachfrage nach illegalisierten psychoaktiven Substanzen gibt – und es gibt keinerlei Daten, die auf einen Rückgang dieser Nachfrage hinweisen – wird es auch ein entsprechendes Angebot geben. Und solange alle Umgangsformen mit diesen Substanzen unter Strafandrohung stehen, wird sich die Wertschöpfungskette vom Anbau bis zur Abgabe an die Konsumierenden unter illegalen und damit kriminellen Rahmenbedingungen organisieren. Deren negative Auswirkungen können täglich in der Drogenszene beobachtet werden. Die jahrzehntelange Erfahrung mit der Prohibition zeigt, dass die Strafverfolgungsbehörden diesen Kampf auch gemessen an ihren eigenen Zielen nicht gewinnen können.

Was ist zu tun? „Null Toleranz“ seitens der Ordnungsbehörden ist jedenfalls keine geeignete Maßnahme, drogenbezogene Probleme zu lösen. Das Warten auf den großen Wurf der Entkriminalisierung – wenn auch (vorerst) nur für Cannabis und dessen Zubereitungsformen – erscheint angesichts auch der aktuellen Mehrheitsverhältnisse im Deutschen Bundestag und dem zur Drogenpolitik fast aussagelosen Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD kurzfristig nicht zielführend zu sein, selbst wenn es lediglich um die Verminderung des Kriminalisierungsrisikos für Konsumierende geht. Die bisherige Fassung des § 31a BtMG ermöglicht es der Staatsanwaltschaft oder nach Erhebung der Klage dem Gericht, das Strafverfahren gegen Drogenkonsumierende einzustellen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und er lediglich eine geringe Menge zum Eigenbedarf erwirbt oder besitzt. Im Interesse einer kurzfristigen Möglichkeit zur Entkriminalisierung von Drogenkonsumierenden ist aus unserer Sicht eine Neufassung des § 31a BtMG anzustreben, in der die Einräumung eines Einstellungsermessens („kann“) für Staatsanwaltschaft und Gericht in eine Muss-Vorschrift bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen umgewandelt und diese Einstellungsregelung auch auf die Polizei ausgedehnt wird. Darüber hinaus wäre es rechtspolitisch dringend geboten, die geringe Menge für den Eigenbedarf bundeseinheitlich und angepasst an die realen Drogengebrauchsmuster für die am häufigsten konsumierten Substanzen festzusetzen. Für Cannabis würde der Gesetzgeber damit endlich einer Maßgabe des Bundesverfassungsgerichtes im sogenannten Cannabis-Beschluss von 1994 (!) nachkommen. Für eine derartige Gesetzesinitiative wäre es sicherlich denkbar, auch Bündnispartner_innen in der Polizeiorganisation zu gewinnen. Der Vorsitzende des Bundes Deutscher Kriminalbeamter ist unter anderem mit einem derartigen Vorschlag schon an die Öffentlichkeit getreten. Wenn gleichzeitig (halb) öffentliche Räume bereitgestellt werden, an denen marginalisierte Drogenkonsument_innen toleriert werden (und die von diesen auch genutzt werden), könnte ein erheblicher Teil der eingangs beschriebenen Problematiken behoben werden – inklusive einer massiven Entlastung der Ordnungsbehörden, die sich um relevantere Dinge kümmern könnten.

Literatur

- Bundeskriminalamt (2017): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2016, Wiesbaden.
- Behörde für Inneres und Sport (2018): Polizeiliche Kriminalstatistik 2017 – Kriminalität in Hamburg geht im zweiten Jahr in Folge deutlich zurück, online verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/innenbehoerde/10385618/2018-02-02-bis-pm-polizeiliche-kriminalstatistik-2017/>; letzter Zugriff: 04.05.2018.
- Cousto H./Stöver, H. (2017): Repression und kein Ende?! In: akzept e.V. (Hrsg.): 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Pabst Science Publishers, S. 47-55.
- Polizei Hamburg (2018): Kriminalitätslage Hamburg 2017, Hamburg.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main (2017): Polizeiliche Kriminalstatistik 2016, Handout Pressepapier, Frankfurt.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main (2018a): Polizeiliche Kriminalstatistik 2017, Frankfurt.
- Polizeipräsidium Frankfurt am Main (2018b): Polizeiliche Kriminalstatistik 2017 – Prozenttabelle zu bekanntgewordenen und aufgeklärten Fällen, online verfügbar unter: <https://www.polizei.hessen.de/icc/internetzentral/nav/5dc/binarywriterservlet?imgUId=9a360443-fdc1-c161-e7db-f756a133961a&uBasVariant=11111111-1111-1111-1111-111111111111>; letzter Zugriff: 04.05.2018.
- Smith C. (2012): Disorder and the Body of Drugs: ‚Addiction‘, Consumption, Control and City Space. In: Lee, J. (Hrsg.): Cultures of Addiction. Amherst, NY: Cambria Press, S. 57-88.
- Walburg C. (2016): Migration und Kriminalität – aktuelle kriminalstatistische Befunde. Ein Gutachten im Auftrag des Mediendienstes Integration, Berlin.
- Werse, B./Sarvari, L./Egger, D./Feilberg, N. (2017): MoSyD Szenestudie 2016 – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Forschungsbericht, Goethe-Universität, Centre For Drug Research, Frankfurt.
- Werse B./Sarvari L./Martens J./Feilberg N./Kamphausen G. (2018): Crack in Frankfurt – Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten. Abschlussbericht,

Rechtlos im Hilfesystem – Auswirkungen der sozialrechtlichen Ausschlussregelungen für Unionsbürger_innen im Kontext von niedrigschwelliger Drogenhilfe

Wibke Schumann, Jonny Schanz & Christian Richter

Zusammenfassung

Die Gesetzesänderung zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen im SGB verschärft die (Über)lebensbedingungen von zugewanderten erwerbslosen drogengebrauchenden Unionsbürger_innen aus Osteuropa; auf ihnen liegt der Fokus dieses Artikels. Bis Dezember 2016 bestehende Spielräume in der Beantragung von Sozialleistungen, sind reduziert worden auf Überbrückungsleistungen und Rückreisehilfen. Betroffene ziehen es jedoch aus unterschiedlichsten Gründen vor, in bitterer Armut in Deutschland zu bleiben. Mitarbeitende von niedrigschwelligen Hilfseinrichtungen stehen vor unlösbaren Aufgaben.

Rechtliche Ausschließung von Migrierten aus dem Sozialleistungssystem

„Deutschland ist ein Einwanderungsland. Mehr als 22 Prozent der Bevölkerung haben einen Migrationshintergrund. (...) In den meisten Jahren stammte die Mehrheit der Zuwandernden aus den Mitgliedsländern der Europäischen Union (EU) bzw. aus Europa.“ (Hanewinkel/Oltmer 2017)

In der alltäglichen Arbeit einer Hamburger Beratungsstelle mit integriertem Drogenkonsumraum, lässt sich seit knapp 10 Jahren eine Zuwanderung von Menschen, vor allem aus EU-Ostmitgliedsstaaten, Staaten der ehemaligen UdSSR sowie der ehemaligen SFR Jugoslawien, feststellen. So sind im Jahr 2017 nach Auswertung der Basisdokumentation von freiraum hamburg e.V. knapp 40% der Nutzenden des Beratungsangebotes der eben genannten Personengruppe zu zurechnen. Mit der Zunahme dieser Hilfesuchenden und der verschärften Gesetzgebung aus Dezember 2016 verändern sich strukturelle und adressatenbezogene Bedingungen und Anforderungen in der niedrigschwelligen Drogenhilfe.

Der Gesetzgeber regelt mit der Neufassung, welche Personengruppen von Leistungen nach § 7 Abs.1 SGB II und SGB § 23 XII ausgeschlossen sind. Diese Ausschlussregelungen treffen zugewanderte Drogengebrauchende in besonderer Weise. Die Lebensbedingungen dieser Personengruppe führen oftmals zu einem physischen

und psychischen schlechten Allgemeinzustand, gepaart mit Wohnungslosigkeit und keinem regulären Einkommen. Durch die Gesetzesverschärfung oder aufenthaltsrechtlichen Problematiken, stehen ihnen existenzsichernde Sozialleistungen ebenfalls nicht zu. Diese Menschen befinden sich ohne erkennbare Perspektive in einem Kreislauf aus bitterer Armut, Drogenkonsum und einem sich verschlechternden Gesundheitszustand.

Bei freiraum hamburg e.V. trifft diese Beschreibung auf einen nicht geringen Teil der osteuropäischen Besucher_innen zu. Unter diesen Umständen einer Erwerbsarbeit nachzugehen, um den eigenen finanziellen Bedarf komplett abdecken zu können oder zumindest einen Anspruch auf ergänzende Hilfen zur Sicherung des Lebensunterhaltes zu erlangen, ist nahezu unmöglich. In Beratungsgesprächen wird immer wieder deutlich: Menschen, die sich in einer solch prekären Lebenslage wiederfinden, müssen oft (illegale) ausbeuterische und unmenschliche Arbeitsbedingungen in Kauf nehmen, so dass ihnen Arbeitnehmerrechte ebenfalls nicht zustehen – eine doppelte Entrechtung. Schlimmstenfalls werden Pässe eingezogen und vereinbarte Lohnzahlungen nur teilweise bzw. nicht bezahlt.

Den Betroffenen bleibt mitunter nur Sexarbeit, Betteln oder Flaschensammeln sowie das Aufsuchen von Essens- und Kleiderausgabestellen, um überleben zu können.

Verlieren Unionsbürger_innen ihre legale Erwerbsarbeit und sind somit leistungsberechtigt, berichten sie im Arbeitsalltag über große Probleme im Umgang mit Behörden: Anträge auf Leistungen werden gar nicht erst angenommen oder rechtswidrig abgelehnt. Hilfesuchende müssen folglich häufiger von Mitarbeitenden zu Ämtern und Behörden begleitet werden, vermehrt werden Widersprüche gegen Bescheide eingelegt. Zunehmend sind Eilklagen vor den Sozialgerichten einzureichen, um die Ansprüche der Betroffenen durchzusetzen.

Wenn kaum noch eine Möglichkeit besteht, den eigenen Lebensbedarf auf legale Art und Weise zu finanzieren, werden Menschen ursächlich aufgrund ihrer Armut kriminalisiert. Immer wieder werden Besucher_innen von freiraum Hamburg e.V., z.B. aufgrund von wiederholtem Schwarzfahren und Diebstählen geringwertiger Sachen (Lebensmittel, Hygieneartikel etc.), inhaftiert, da aufgrund mangelnder Mittel verhängte Geldstrafen nicht bedient werden können. Die Neue Richtervereinigung stellte entsprechend fest: *„Die Abschaffung von Sozialleistungen an besonders schwache Mitmenschen untergräbt die deutsche Rechts- und Verfassungsordnung (...) Die Regelung schafft eine Gruppe moderner Sklaven, die alle Arbeitsbedingungen und jedes Lohnniveau akzeptieren müssen, um hier zu überleben. (...) Die Regelung legt Axt an das Fundament unserer Verfassungs- und Gesellschaftsordnung. Nach dem einleuchtenden Verständnis des Bundesverfassungsgerichts wurzeln existenzsichernde Leistungen unmittelbar in der Menschenwürde. Bisher galt, dass jeder Mensch unabhängig von seiner Herkunft dasselbe Recht auf ein Leben in Würde in sich trägt. Die Neuregelung ersetzt dieses tragende Prinzip durch sozialrechtliche Apartheid.“* (www.neuerichter.de 24.11.2016)

In Hamburg wird das Konzept des „sozialrechtlichen Aushungerns“ (Der Paritätische Gesamtverband 2017) auf die Spitze getrieben. So wird obdachlosen Osteuropäer_innen oftmals selbst der im Winter dringend benötigte Erfrierungsschutz durch eine Aufnahme in das Winternotprogramm verwehrt. Bis Mitte Dezember 2017 wurden laut Hamburger Abendblatt durch die Innenbehörde 108 Obdachlosen das

Freizügigkeitsrecht abgesprochen und 20 dieser Personen abgeschoben (Binde 2017). „Insgesamt sind in den vergangenen zwölf Monaten knapp 800 Menschen zur Ausreise aufgefordert worden, im diesjährigen Winternotprogramm wurde bereits mehr als 100 Menschen der Zutritt verwehrt“ (Binde 2017).

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Freizügigkeitsgesetz/EU legt fest, welche Voraussetzungen für den Entzug dieser Freizügigkeit erfüllt sein müssen: „Es können vielmehr nur solche Verhaltensweisen den Verlust des Freizügigkeitsrechts rechtfertigen, die eine tatsächliche und hinreichend schwerwiegende Gefährdung eines Grundinteresses der Gesellschaft darstellen. Eine Verletzung der ungeschriebenen Regeln des menschlichen Zusammenlebens reicht hierfür grundsätzlich nicht aus. Auch eine strafbare Handlung, die zu einer Verurteilung führt, reicht für sich genommen nicht aus, um das Vorliegen einer Gefährdung der öffentlichen Ordnung im Sinn des Unionsrechts zu begründen (vgl. Nummer 6.2.1). Es muss zudem eine besonders schwerwiegende Beeinträchtigung gewichtiger Rechtsgüter vorliegen.“ (Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Freizügigkeitsgesetz/EU Abschnitt 6).

Haben demnach 108 Obdachlose in Hamburg besonders schwerwiegende Beeinträchtigungen gewichtiger Rechtsgüter begangen? Zuschreibungen wie Hilflosigkeit (SGB II § 7) oder Krankheit (SGB XII § 23), die laut Gesetzestext einer Unterstützung bedürfen, treffen auch für diese Personengruppe zu. Ebenfalls halten sich diese Menschen tatsächlich in Deutschland auf und haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt hier, auch wenn er in der Regel nicht durch eine offizielle Meldeadresse belegt werden kann. Der Ausschluss scheint sich also aufgrund der Herkunft begründen zu lassen. Dies ist bemerkenswert, wenn man sich die Ziele der europäischen Union vor Augen hält: „Förderung (...) des Wohlergehens ihrer Bürgerinnen und Bürger, (...) Eindämmung sozialer Ungerechtigkeit und Diskriminierung (...) Alle EU-Mitgliedsländer teilen die Werte der EU: Sie streben eine Gesellschaft an, in der Inklusion, Toleranz, Rechtsstaatlichkeit, Solidarität und Nicht-diskriminierung selbstverständlich sind“ – (www.europa.eu).

Exkurs: die sogenannten europäischen „Nichtbürger_innen“

Eine besondere Form der Diskriminierung stellt die Lage der sogenannten „Nichtbürger_innen“ Estlands und Lettlands da. Auch im Jahr 2017 ist es der Europäischen Union auf politischer Ebene nicht gelungen, das Problem der sogenannten lettischen und estnischen „Nichtbürger_innen“ zu lösen. Zwar verfügt diese Gruppe über ein dauerhaftes Aufenthaltsrecht in Lettland und Estland, besitzt aber weder die jeweilige Staatsangehörigkeit noch eine andere, sondern erhält lediglich einen „Alien“-Ausweis; eine massive Einschränkung von Bürger- sowie Personenrechten.

„Nichtbürger sind Menschen, die weder eine lettische, noch eine andere Staatsbürgerschaft besitzen. Sie erhalten zwar Reisepässe, werden aber in mehr als 70 Punkten anders behandelt als lettische Staatsbürger.“ Der Nichtbürger (...) leidet unter erschwerten Ausreisebedingungen und ist vom aktiven und passiven Wahlrecht ausgeschlossen. Der Status wurde 1991 durch die lettische Regierung eingeführt. So wurden damals über 700.000 Menschen zu Nichtbürgern – die Meisten davon ethnische Russen. Stand Januar 2015 gibt es in Lettland noch knapp über 260.000 Nicht-

bürger, das sind etwa zwölf Prozent der lettischen Gesamtbevölkerung.“ (Die Welt, 23.02.2015)

Ausschließung aus dem Leistungsbezug bedeutet Ausschließung aus dem Hilfesystem

Der Zugang zu dringend notwendiger medizinischer und pflegerischer Versorgung, zur Substitution sowie zu stationären Entgiftungsbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen steht Menschen ohne eigenem Erwerbseinkommen und sozialen Leistungsansprüchen aufgrund fehlender Krankenversicherungen nicht zu. Eine Notfallbehandlung im Krankenhaus ist theoretisch gewährleistet, benötigt in der Praxis häufig Begleitung durch Fachpersonal und ein starkes Insistieren auf die Einhaltung dieses Grundrechtes. Gerade im Hinblick auf intravenösen Drogengebrauch ist es ein unhaltbarer Zustand, dass mögliche chronische Erkrankungen wie HIV oder Hepatitis C unbehandelt bleiben.

Betrachtet man in diesem Kontext die im April 2016 von der Bundesregierung beschlossene Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C sowie anderer sexuell übertragbarer Infektionen (BIS 2030), stellt sich die Frage, wie es zu rechtfertigen ist, dass einer in Deutschland lebenden Personengruppe z.B. folgende Möglichkeiten nicht zugänglich sind:

- Postexpositionsprophylaxe (PEP),
- eine (möglichst frühzeitliche) HIV-Behandlung,
- Hepatitis A und B Impfungen,
- Hepatitis C Behandlung etc.,
- Behandlung von Sexually Transmitted Infections.

Diese Frage stellt sich insbesondere, da sich im östlichen Teil der WHO-Euro-Region die HIV-Epidemie weiterhin stark ausbreitet (BIS 2030) *„Die Behandlungsraten sind im weltweiten Vergleich sehr niedrig. Injizierender Drogenkonsum und fehlende Präventionsprogramme, wie beispielsweise die Substitutionstherapie oder Nadel- und Spritzentauschprogramme, sind der Hauptgrund für die hohe HIV-Prävalenz.“* (BIS 2030). Das von der Bundesregierung formulierte Ziel: *„(...) dass alle Betroffenen Zugang zu Prävention, Behandlung, Pflege, Versorgung und sozialer Absicherung haben.“* (BIS 2030), ist mit der momentanen Gesetzgebung nicht umsetzbar. Hier wird eine teilweise vermeidbare gesundheitliche Gefährdung Betroffener, Angehöriger sowie Sexualpartner_innen billigend in Kauf genommen.

Für die Betroffenen bleibt in der Summe ein unfreiwilliges Verharren in einer perspektivlosen Situation, die durch eine staatlich angestrebte Rückführung in Geburtsländer nicht zu verbessern zu sein scheint. In einem Interview berichtete ein Klient, der seit neun Jahren in Hamburg auf der Straße lebt: *„Zuhause hatte ich oft nichts zu essen, hier muss ich wenigstens nicht hungern.“*

Folgen für die Praxis

Die Auswirkung der momentanen Gesetzgebung betrifft neben den Opfern in zunehmendem Ausmaß auch die Mitarbeiterarbeitenden von Beratungsstellen und Hilfeeinrichtungen, insbesondere diejenigen die sich der Parteilichkeit für Klientel und Menschenrecht verbunden fühlen. Da sich die oben geschilderten Problemlagen nicht von alleine lösen, verschärft sich insbesondere die Situation in niedrigschwelligen und offenen Einrichtungen und verändert die bisherige sozialarbeiterische und pflegerische Praxis sowie den Arbeitsalltag rasant. Hinzu kommt der Besucher_innenzuwachs mit erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf und damit einer permanent steigenden Arbeitsbelastung, in einem Arbeitsbereich, der von jeher personell, räumlich und in der Regel auch mit extrem knappen Sachmitteln ausgestattet ist. Die psychische Belastung, die aus den beschriebenen gesetzlichen Bedingungen entsteht, ist sowohl für die zu beratenden als auch für die beratenden Menschen gravierend. Die Menschen verelenden begleitet durch Fachpersonal, dem das benötigte „Handwerkszeug“ nicht mehr zur Verfügung steht. Die eigentliche Aufgabe niedrigschwelliger, lebensweltorientierter Sozialer Arbeit, Menschen auf dem Weg in ein besser gelingendes Leben zu begleiten und zu unterstützen, ist nicht mehr zu realisieren. Letztlich wird die niedrigschwellige Drogenarbeit zur Exklusions- und Elendsverwaltung degradiert und mit den betroffenen Personen und ihren mannigfaltigen Problemen strukturell alleine gelassen.

Auf der Fachtagung „Die Segel setzen – Akzeptierende Drogenarbeit 2.0“ im November 2017 in Potsdam zeigte sich sehr deutlich, dass die zunehmende Verelendung dieser Personengruppe nicht nur in Hamburg zu beobachten ist, sondern sich auch in vielen anderen Großstädten und Ballungsräumen in Deutschland zeigt. Umso wichtiger ist es, dass dieses Thema endlich mehr bundesweite Beachtung findet.

Schlussendlich sind für eine fachgerechte Soziale Arbeit folgende Grundvoraussetzungen von Nöten:

- Zugang zum Wohnungshilfesystem für alle Hilfesuchenden,
- eine obligatorische Krankenversicherung/umfassende Krankenversorgung,
- Beendigung staatlicher Rechtsbrüche,
- menschenrechtskonforme Gesetzesauslegung,
- Bedarfsgerechte Ausstattung der betroffenen Einrichtungen mit Personal und Sachmitteln,
- Konzeptionen die fachliche Arbeit ermöglichen und nicht behindert bzw. untergraben.

Für eine gelingende Soziale Arbeit mit dieser Personengruppe ist ein Zugang zum SGB erforderlich. Unter den derzeitigen Umständen ist eine den Artikel 1 des GG würdige Arbeit nicht mehr möglich.

Literatur

- Hanewinkel, V./Oltmer, J. (2017): Länderprofil Deutschland 2017. Institut für Migrationsforschung und Interkulturelle Studien (IMIS) der Universität Osnabrück (Hrsg.), online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/208594/deutschland>; letzter Zugriff: 10.04.2017.
- Bundesvorstand Neue Richtervereinigung, Zusammenschluss von Richter_innen und Richtern, Staatsanwält_innen und Staatsanwälten e.V. (2016): Zum Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (BT-Drs. 18/10211), online verfügbar unter: <https://www.neuerichter.de/details/artikel/article/zum-entwurf-eines-gesetzes-zur-regelung-von-anspruechen-auslaendischer-personen-in-der-grundsicherung-fuer-arbeitssuchende-nach-dem-zweiten-buch-sozialgesetzbuch-und-in-der-sozialhilfe-nach-dem-zwoelften-buch-sozialgesetzbuch-bt-drs-1810211-499.html>; letzter Zugriff: 10.04.2017.
- Binde, N. (2017): Hamburg drängt 800 Obdachlose zur Ausreise, online verfügbar unter: <https://www.abendblatt.de/hamburg/article212830225/Hamburg-draengt-800-Obdachlose-zur-Ausreise.html>; letzter Zugriff: 10.04.2018.
- Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (April 2016): Broschüre BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen.
- Der Paritätische Gesamtverband (Stand 25.04.2017): Arbeitshilfen: Ansprüche auf Leistungen der Existenzsicherung. freiraum hamburg e.V. (2018): Sach-/Qualitätsberichte für den Zeitraum 01.Januar bis 31.Dezember 2017 (im Druck).
- Die Welt: „Aliens in Lettland“ 23.02.2015, online verfügbar unter: https://www.welt.de/print/welt_kompakt/print_lifestyle/article137720248/Aliens-in-Lettland.html; letzter Zugriff: 10.04.2018.

Qualifiziertes Drugchecking. Wiedereinführung eines dringend benötigten Instruments der Schadensminimierung und Prävention

Tibor Harrach & Rüdiger Schmolke

Zusammenfassung

Der Beitrag behandelt die Notwendigkeit der Einführung von Drugchecking als Maßnahme der akzeptierenden Drogenarbeit und der Schadensminimierung. Es wird erklärt, worum es sich bei Drugchecking handelt, wie es bereits gehandhabt wurde, welche Vorteile es für die Konsumierenden hat und in welchen Bundesländern eine Einrichtung entsprechender Programme beabsichtigt wird. Argumente gegen das Drugchecking werden entkräftet, so dass eine baldige Wiedereinführung gefordert wird.

Einleitung

Auch Politik und Öffentlichkeit erkennen zunehmend die in Fachkreisen seit langem geltende Erkenntnis an, dass Prohibition und Repression ihre selbst gesteckten Ziele nicht erreichen und sich zudem äußerst negativ auf die Gesundheit der (trotzdem) Konsumierenden auswirken (vgl. z.B. Jesse/Köthner 2015, Stöver 2016). Trotzdem wird die staatliche Reaktion auf die illegalen Drogen auch in absehbarer Zeit von Deregulierung der Produktion und Distribution, Fremdkontrolle, Disziplinierung und Ausgrenzung der Konsument_innen dominiert werden. Lediglich bei Cannabis hat die Diskussion zu angemessenen Regulierungsmöglichkeiten den Plenarsaal des Bundestags erreicht. Zur Schadensminimierung und zur Förderung der Gesundheit von Konsument_innen illegaler Substanzen sind daher Strategien gefragt, die die negativen Auswirkungen der Schwarzmarktbedingungen und Risiken beim Drogengebrauch deutlich abmildern, ohne dass es einer grundsätzlichen Infragestellung des Drogenverbots bedarf.

Ein erheblicher Grund für Gesundheitsschädigungen durch Drogengebrauch ist, dass illegal produzierte und gehandelte Stoffe keiner staatlich regulierten Sicherung der stofflichen Qualität einschließlich Qualitätskontrolle unterliegen. Eine geeignete Strategie der Schadensminderung und Prävention für den Bereich der illegalisierten Substanzen stellt Drugchecking dar.

Ein schon Mitte der 1990er Jahre erfolgreich implementiertes, qualifiziertes Drugchecking-Angebot wurde 1996 von den Strafverfolgungsbehörden gestoppt.

Trotz zunehmender fachlicher Zustimmung¹, zahlreichen politischen Absichtserklärungen (vgl. Cousto 1997 und 2004; Sonics-Netzwerk 1999; BZgA 2002) und umfangreicher Konzepterarbeitungen (vgl. techno-netzwerk berlin 2000; Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2010) ist es danach in Deutschland nicht gelungen, erneut ein Programm zu initiieren. Neben Österreich und der Schweiz, wo es bereits vor bald 20 Jahren implementiert wurde, wird Drugchecking jedoch inzwischen in weiteren neun europäischen Staaten angeboten (Barratt/Kowalski/Maier/Ritter 2018). Die EU Kommission fördert deren Vernetzung und den normierten Austausch der Ergebnisse im TEDI-Verbund.

In Deutschland wird die Re-Implementierung von Drugchecking seit Jahren verhindert. Im Jahr 2018 steht es nun in Thüringen, Berlin und Hessen vor der Einführung, droht aber an vorgeschützten rechtlichen Bedenken zu scheitern. Kommunen und Landesregierungen stehen hier in der Pflicht, pragmatische, bei der Einführung anderer Harm-Reduction-Angebote erprobte Regelungen durchzusetzen.

Um die Wiedereinführung zu befördern und die Entwicklung zu einem nachhaltigen schadensmindernden Baustein der Drogenarbeit abzusichern, sind Stakeholder der Drogenpolitik dringend aufgefordert, klare Position pro Drugchecking zu beziehen. Während der Gesetzgeber eine rechtliche Klarstellung von Drugchecking als ein weiteres Instrument der Schadensminimierung bundesweit festsetzen sollte, steht die Bundesregierung zumindest in der Pflicht, die Evaluation und angemessene Umsetzung regionaler Drugchecking-Angebote zu fördern.

Was ist Drugchecking?

Unter Drugchecking versteht man die stoffliche Analyse von auf dem Schwarzmarkt gehandelten psychotropen Substanzen und die Rückmeldung der Ergebnisse an die (potentiellen) Konsument_innen. Drugchecking fußt auf mindestens drei Säulen:

- Vorbeugung von Überdosierungen und anderen ungewollten Intoxikationen durch Warnung vor besonders gefährlich zusammengesetzten Drogen,
- Reflexion der Drogenwirkung durch die Konsument_innen (Konsumreflexion) und
- Erlernen von Strategien zur Risikominimierung durch faktenbasierte Beratung.

Drugchecking dient dem Zweck der Schadensminimierung und Gesundheitsförderung. Substanzanalysen als Teil einer repressiven Kontroll- und Sanktionierungsstrategie sind kein Drugchecking.

Qualifiziertes Drugchecking ist sowohl als sogenanntes stationäres Drugchecking, bei dem die Probenabgabe, Beratung und Ergebnismitteilung in einer etablierten Drogenberatungsstelle erfolgt und die Proben in einem vorhandenen Labor analysiert werden, als auch als sogenanntes mobiles oder On-Site-Drugchecking (z.B. im Partysetting in Clubs und auf Festivals) vor Ort möglich, bei dem Drogenberater vor Ort sind und ein mobiles Labor betrieben wird. Standardmethoden der instrumentellen

¹ In einer Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags plädierte im September 2011 eine deutliche Mehrheit der geladenen Expert_innen für die modellweise Einführung von Drugchecking. Die schwarz-gelbe Mehrheit im Bundestag votierte letztlich gegen einen von der Fraktion von Bündnis'90/Die Grünen eingebrachten Antrag zur "rechtliche[n] Klarstellung der Zulässigkeit von Drugchecking" (Deutscher Bundestag 2010).

Analytik² ermöglichen eine sichere Identifizierung und Quantifizierung bereits bekannter psychotroper Substanzen. Die Ergebnisse über die stoffliche Identität und die Wirkstoffgehalte liegen meist in wenigen Minuten vor (vgl. Harper/Powell/Pijl 2017).

Oft wird als Drugchecking auch die Risikokommunikation über Substanzen unter Zuhilfenahme einfacher (chemischer oder immunologischer) Schnelltests (z.B. der Marquis-Reagenz) verstanden und beworben. Derartige Tests können zwar Hinweise auf das Vorhandensein von (für bestimmte Stoffgruppen) typische chemische Strukturen geben, sie erlauben aber keine Identifizierung chemisch definierter Stoffe (Identität), keine Bestimmung der Menge einer Substanz (Gehalt) und keine Aussagen zur Ab- bzw. Anwesenheit von Verunreinigungen (Reinheit). Als Grundlage für eine differenzierte Risikokommunikation im Rahmen einer professionellen Drogenarbeit sind Schnelltests dementsprechend nicht geeignet. Wir beziehen uns daher auf ein qualifiziertes Drugchecking, das sich anerkannter instrumenteller Analysemethoden bedient und durch damit erzielte Ergebnisse eine differenzierte Risikokommunikation ermöglicht.

Informationen über die Inhalte und stoffliche Qualität der von ihnen gebrauchten Substanzen sind für Konsument_innen illegaler Drogen von großem unmittelbarem Interesse (vgl. Johnston et al. 2006). Mit Drugchecking werden daher auch Menschen erreicht, die entschlossen sind, Substanzen zu konsumieren, aber in aller Regel keine Suchthilfeangebote in Anspruch nehmen, da sie sich nicht als Drogenmissbraucher_in oder Abhängige und oftmals auch nicht als hilfebedürftig definieren und einer drohenden Stigmatisierung und Pathologisierung aus dem Weg gehen wollen. Drugchecking stellt für Sie in erster Linie ein Service-Angebot dar, auf dessen Grundlage sie jedoch auch für eventuelle weitergehende Hilfen zu öffnen sind. Drugchecking kann so eine Bindegliedfunktion zwischen sozialpädagogischer (psychosozialer) Drogenarbeit, Infektionsprophylaxe, Pharmakologie und Toxikologie, Notfall- und Suchtmedizin sowie weiteren Stakeholdern (z.B. Betreiber_innen und Mitarbeiter_innen von Orten, an denen Drogenkonsum stattfindet, wie Clubs und Festivals, Drogenkonsumräume etc.) ausfüllen.

Vorbeugung von akuten Intoxikationen, Risikominimierung durch faktenbasierte Beratung

Durch Drugchecking kann vor besonders gefährlichen Stoffen oder ungewöhnlich hohen Dosierungen gewarnt werden. In auf dem Schwarzmarkt gehandelten Substanzen bzw. Zubereitungsformen (Pulver, Tabletten, flüssige Stoffgemische usw.) können gesundheitsschädliche Beimengungen vorhanden sein und der Wirkstoffgehalt variiert erheblich. Es muss davon ausgegangen werden, dass viele Konsument_innen von ungewollten Überdosierungen und daraus resultierenden, teilweise dramatischen Komplikationen betroffen sind, die durch Drugchecking vermeidbar wären.

Zum Beispiel verstirbt die Mehrzahl der sogenannten “Drogentoten” nach wie vor auf Grund einer ungewollten Überdosierung. Auch haben sich am Drogenmarkt Ecstasy-Tabletten mit einem MDMA-Wirkstoffgehalt etabliert, der weit über der von

² In der Regel Hochleistungsflüssigkeitschromatographie (HPLC) oder bzw. in Ergänzung auch Gaschromatographie (GC) gekoppelt mit Massenspektrometrie (MS)-Kopplung. Zu verschiedenen Analysemethoden siehe Schmolke/Harrach 2011.

Drogenhilfeprojekten (oder in der medizinischen Anwendung) als übliche Höchstdosis bezeichneten Menge liegt, was vermutlich zu einer Reihe von schweren Komplikationen geführt hat³. Daneben werden bestimmte Substanzen systematisch oder regelmäßig mit von den Konsument_innen ungewollt mitkonsumierten Beimengungen versehen, die sich schädlich auf die Gesundheit auswirken (so wird z.B. Kokain regelmäßig Levamisol und/oder Lokalanästhetika wie Lidocain und Amphetaminen regelmäßig Koffein beigemischt). Ein Teil der Komplikationen beim Drogengebrauch wird zudem auf das zunehmende Vorkommen von Neuen Psychoaktiven Substanzen (NPS) zurückzuführen sein (z.B. Cathinone, synthetische Opioide und synthetische Cannabinoide), die teilweise unerkannt oder in unbekannter Menge von den Konsument_innen eingenommen werden. Zudem kann durch Drugchecking für Wechselwirkungen zwischen den psychotropen Substanzen und medizinisch indizierten Wirkstoffen (z.B. HIV-Medikamente, Psychopharmaka, Schmerzmittel usw.) sensibilisiert werden.

Neben der Vermeidung von Komplikationen beim und Schäden durch Drogengebrauch geht es beim Drugchecking ganz wesentlich auch um die Förderung von Konsumreflektion und die Entwicklung risikoärmerer, konsumkompetenter Strategien. Drugchecking befördert dadurch auch die Entwicklung einer lern-, kompetenz- und entwicklungsfördernd orientierten Normalisierung und Enkulturation von Drogengebrauch (vgl. Barsch 2016, Schmidt-Semisch/Dollinger 2016).

Insbesondere im Partysetting ist die Strategie des Drugchecking bereits umfassend praxiserprobt und unter Konsumierenden in hohem Maße bekannt. Drugchecking-Ergebnisse aus dem Ausland⁴ werden vielfach über „Party-Projekte“⁵, Szene-Medien und soziale Netzwerke verbreitet⁶. Ein personalkommunikatives Drugchecking-Angebot, bei dem Konsument_innen ihre Drogen testen lassen und sich beraten lassen könnten, würde auch die Bekanntheit und präventive Wirkung der Party-Projekte in Deutschland (vgl. www.sonics-netzwerk.net) noch deutlich erhöhen.

Geplante Wiedereinführung und politische Blockade

In Berlin wurde 1995/96 durch die Selbstorganisation Eve & Rave e.V. in Kooperation mit der Charité ein qualifiziertes Drugchecking angeboten (vgl. [techno-netzwerk-berlin](http://techno-netzwerk-berlin.org) 2000; Rothe et al. 1997), letztlich aber durch das politisch motivierte Eingreifen von Polizei und Staatsanwalt gestoppt. Trotz gerichtlicher Feststellung der Legitimität des Drugchecking-Projekts ist es in Deutschland bislang nicht gelungen, erneut ein kontinuierliches Angebot zu schaffen. Die Argumente der Blockierer_innen von Drugchecking sind vielfältig. Unter anderem argumentieren diese mit einer angeblichen Verbreitung von Falschaussagen und einer daraus resultierenden Scheinsicher-

³ Üblicherweise wird empfohlen, Konsummengen von 1,3 mg (Frauen) bzw. 1,5 mg (Männer) MDMA pro kg Körpergewicht nicht zu überschreiten (entsprechend z.B. für einen Mann mit 80 kg Körpergewicht maximal 120 mg MDMA), während auch in Deutschland gehandelte Ecstasy-Pillen inzwischen nicht selten über 250 mg, teilweise sogar über 300 mg MDMA enthalten (vgl. z.B. die Warnhinweise von www.saferparty.ch).

⁴ Insbesondere von www.saferparty.ch, www.checkyourdrugs.at

⁵ Z.B. www.drugscouts.de, www.mindzone.info.

⁶ Z.B. verfügen diverse Facebook-Gruppen mit dem Namen „Pillenwarnungen“ über mehrere Tausend Mitglieder und die App „KnowDrugs“ (<http://knowdrugs.info>) über mehr als 10.000 Nutzer_innen (Stand April 2018).

heit bei den Konsument_innen, Mehrkosten für die Substanzenanalysen, einer “schweren Vermittelbarkeit” des Ansatzes gegenüber der allgemeinen Bevölkerung und dem Vorwurf, Drugchecking diene nicht vorrangig der Schadensminimierung, sondern vor allem als Einfallstor für weitere Neuregulierungs- und Legalisierungsforderungen in der Drogenpolitik. Durch eine zunehmende Fachdiskussion zum Thema ist es weitgehend gelungen, diese Argumente auszuräumen oder als Scheinargumente zu enttarnen und so den Handlungsdruck auf die Politik deutlich zu erhöhen, Drugchecking einzuführen.

In fast allen Bundesländern ist inzwischen Drugchecking in Form von parlamentarischen Anfragen und Fachtagen von Fach- und Koordinationsstellen behandelt worden, in mehreren Ländern wurde Drugchecking intensiv diskutiert. In Berlin (2011 und 2016), Schleswig-Holstein (2012), Niedersachsen (2013) und Thüringen (2014) wurde Drugchecking explizit in die Koalitionsverträge aufgenommen – allerdings ohne es bislang tatsächlich umzusetzen. Im Jahr 2018 ist hingegen in Berlin, Hessen und Thüringen die Wiedereinführung von Drugchecking in Deutschland absehbar.

In Frankfurt am Main ist die Einführung von Drugchecking seit längerem geplant (vgl. von Bebenburg 2014). Hier leistet das Projekt Legal High Inhaltsstoffe des Basis e.V. in Frankfurt am Main (www.legal-high-inhaltsstoffe.de) bereits Substanzenanalysen und veröffentlicht die Ergebnisse (ist hierbei aber grundsätzlich auf nicht dem BtMG unterliegende Substanzen beschränkt). Durch die Zuständigkeit des Landes Hessen in finanziellen und rechtlichen Fragen herrscht hier jedoch eine komplizierte politische Gemengelage.

In Thüringen ist geplant, im Rahmen der Arbeit des Musikszeneprojekts Drogerie (<http://drogerie-projekt.de>) der Suchthilfe in Thüringen e.V. modellweise Drugchecking einzuführen. Allerdings sollen nach derzeitigem Stand zunächst allein qualitative Substanzenanalysen ermöglicht werden.

In Berlin wurde im Dezember 2017 in den Haushalt 2018/19 insgesamt € 150.000 für die Vorbereitung und Durchführung eines Drugchecking-Projekts eingestellt (Abgeordnetenhaus von Berlin 2017)⁷. Im April 2018 sondieren Vertreter_innen des Senats und der Senatsverwaltung, in welchen Umsetzungsschritten Drugchecking spätestens 2019 wieder eingeführt wird.

Gegner_innen von Drugchecking ziehen sich vor allem auf angeblich bestehende rechtliche Hürden zurück, die die Durchführung von Drugchecking ohne eine vorherige Klarstellung durch den Gesetzgeber wegen vermeintlichen strafbewehrten Drogenbesitzes ohne Erlaubnis zum Erwerb (§29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG) und Schaffung einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln (§29 Abs. 1 Nr. 11) unmöglich machen. Wie Gerichtsentscheide zum Drugchecking-Programm von Eve & Rave in Berlin, die Erlaubnisfreiheit von Betäubungsmittel-Analytik durch Apotheken oder Landesbehörden im §4 Abs. 2 oder die Regelung des §10a Abs. 4 zu Substanzenanalysen in Drogenkonsumräumen zeigen, trifft dies jedoch nicht zu (vgl. auch Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2009)⁸. Vielmehr ist es mit dem

⁷ So äußerte der Abgeordnete Herbert Mohr (AfD) im Rahmen der Haushaltsdebatte: “Wenn möglichst viele Berliner high sind und unter dem Einfluss von Rauschmitteln stehen, bekommen sie das Politikversagen von Rot-Rot-Grün in so vielen Bereichen entsprechend weniger mit. [...] Mich beschleicht der Verdacht, dass Sie sich durch Ihre Politik die Kundschaft für immer mehr Suchtberatungsstellen tatsächlich selbst schaffen wollen.” (ebd.: 2070)

⁸ §10a Abs. 4 BtMG regelt, dass “...die Erlaubnis zum Betrieb eines Drogenkonsumraums das in einem Drogenkonsumraum tätige Personal nicht dazu [berechtigt], eine Substanzenanalyse der mitge-

Leitgedanken des Gesundheitsschutzes in §5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG unvereinbar, aus der Formulierung des §10a Abs. 4 ein allgemeines Verbot von Drugchecking abzuleiten (vgl. Harrach/Schmolke 2009). Eine rechtswissenschaftlich differenzierende Betrachtung entlarvt das kolportierte Drugchecking-Verbot als politisch motivierte Fehlinterpretation von gesetzlichen Normen, die sogar höchstrichterliche Rechtsprechung zur Auslegung des Besitz-Begriffs im Sinne des BtMG missachtet. Drugchecking ist durch regionale Regelungen und Absprachen allein auf Basis der Strategien der Prävention und Schadensminimierung – der etablierten vierten Säule der Drogenpolitik – auch ohne Neuregelungen des Betäubungsmittelrechts möglich.

Fazit und politische Forderungen

Mehrere Länder und Kommunen stehen 2018 vor der Wieder-Einführung von Drugchecking in Deutschland. Während diese dabei vor der gemeinsamen Aufgabe stehen, notwendige nachhaltige Strukturen zum Aufbau eines qualifizierten Drugchecking-Angebots zu leisten, stehen die Landesregierungen durch ihre Zuständigkeit in rechtlichen Fragen in einer besonderen Verantwortung. Sie können durch ein Zusammenwirken verschiedener Bereiche und klare Anweisungen und Absprachen insbesondere zwischen den Justiz-, Innen- und Gesundheitsressorts dafür sorgen, dass Drugchecking rechtssicher angeboten werden kann, d.h. ohne dass Betreiber_innen von Drugchecking-Angeboten einem Risiko eines Strafverfahrens ausgesetzt sind. Erfahrungen bei der früheren Einführung von Harm-Reduction-Maßnahmen (z.B. Spritzentausch oder der Schaffung von Drogenkonsumräumen) zeigen, dass dies möglich ist.

Dies befreit die Fraktionen im Deutschen Bundestag nicht davon, zumindest mittelfristig eine rechtliche Klarstellung von Drugchecking zu befördern und schließlich im Betäubungsmittelgesetz zu verankern. Eine solche Klarstellung würde Vor-Ort-Absprachen und -Regelungen mit den Strafverfolgungsbehörden nicht überflüssig machen, aber doch deutlich befördern, indem hiervon eine Signalwirkung zu erwarten ist, weil die Alibifunktion des kolportierten Drugchecking-Verbots durch das BtMG beseitigt wäre.

Die politische Konstellation in der Bundesregierung und das Verhalten der SPD-Fraktion im Bundestag in den vergangenen Legislaturperioden lassen nicht erwarten, dass hiermit zeitnah gerechnet werden kann. Sofern es aber wie geplant in einzelnen Bundesländern zur Implementierung von Drugchecking kommt, sollte sich das Bundesministerium für Gesundheit in der Pflicht sehen, die Effektivität von Drugchecking und die Auswirkungen auf das Nutzer_innenverhalten in begleitenden Studien evaluieren zu lassen und hierfür entsprechende Mittel zur Verfügung zu stellen. Dies würde auch den Bedenkenträger_innen von CDU/CSU und AfD den Wind aus den Segeln nehmen, die vielerorts negative Effekte auf das Konsumverhalten wegen Vermittlung zutreffender Informationen vorgebracht haben.

Zudem könnte die Bundesregierung die Mittel zum Aufbau und Betrieb eines mobilen Labors zur Verfügung stellen, das dann im Wechsel in verschiedenen Bundesländern Drugchecking vor Ort durchzuführen vermag. Mittelfristig ist zudem die

fürten Betäubungsmittel durchzuführen.“ Dies kann jedoch keineswegs als allgemeines Verbot von Drugchecking gewertet werden.

Schaffung einer Koordinationsstelle zur bundesweiten Aufarbeitung und Kommunikation von Drugchecking-Ergebnissen und deren Abgleich mit und Einspeisung in internationale Datenbanken angezeigt.

Institutionen der Suchtprävention und Drogenhilfe sowie die Parteien und Fraktionen in kommunalen und Landesparlamenten und im Deutschen Bundestag, aber auch Vertreter_innen aus den Feldern Medizin und Strafverfolgung sollten sich zudem verstärkt in die fachliche Auseinandersetzung und Kompetenzbildung zum Drugchecking begeben, z.B. indem sie regionale und überregionale Diskussionsrunden und Fachtage veranstalten oder an diesen teilnehmen.

Literatur

- Abgeordnetenhaus von Berlin (2017): Plenarprotokoll der Sitzung am 14.12.2017, online verfügbar unter: www.parlament-berlin.de/adoss/18/IIIPlen/vorgang/d18-0700.pdf; letzter Zugriff: 23.03.2018.
- Barratt, M.J./Kowalski, M./Maier, L.J./Ritter, A. (2018): Global review of drug checking services operating in 2017. Drug Policy Modelling Program Bulletin No. 24. Sydney, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW Sydney, online verfügbar unter: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Global%20review%20of%20drug%20checking%20services%20operating%20in%202017.pdf>; letzter Zugriff: 26.03.2018.
- Barsch, G. (2016): Drogenerziehung in der Praxis. Projektideen zur Förderung der Drogenmündigkeit. Beltz
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hg.) 2002: Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Dokumentation einer Fachtagung der BZgA zur Suchtprävention vom 24. 9. bis 26. 9. 2001 in Köln, online verfügbar unter: www.bzga.de/pdf.php?id=ab268d4b655b507c052da3a287b410e7; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Cousto, H. (Hg.) (1997): Ecstasy-Drug-Checking – Risikominderung oder falsche Sicherheit? Materialien zur Fachtagung vom 2. Juli 1997 zu Münster, online verfügbar unter: www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dc108.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Cousto, H. (2004): Am besten testen. Drug-Checking in Deutschland, online verfügbar unter: www.eve-rave.net/abfahrer/drugchecking.sp?text=6&page=1; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Deutscher Bundestag (2010): Drucksache 17/2050, Antrag “Gesundheitliche Risiken des Drogengebrauchs verringern – Drugchecking ermöglichen” vom 09.06.2010, online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/020/1702050.pdf>; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2010: Projektskizze: Drugchecking-Modellprojekt in Berlin; online verfügbar unter: <https://goo.gl/G8BwQ4>; letzter Zugriff: 02.04.2018.
- Harper, L./Powell, J./Pijl, E. (2017). An overview of forensic drug testing methods and their suitability for harm reduction point-of-care services. Harm Reduction Journal 14 (1), 2-13, online verfügbar unter: www.researchgate.net/publication/318802427_An_overview_of_forensic_drug_testing_methods_and_their_suitability_for_harm_reduction_point-of-care_services; letzter Zugriff: 02.04.2018.

- Harrach, T./Schmolke, R. (2009): Drugchecking: Ziele – Erfahrungen – Perspektiven. Beitrag zum 9. Internationalen akzept-Kongress am 25.-26.09.2009, online verfügbar unter: www.akzept.org/kongress/pdf09/harrach_schmolke.pdf; letzter Zugriff: 02.04.2018.
- Jesse, M./Köthner, U. (2015): Was wäre, wenn man Drogen nicht verbieten würde?, in: akzept e.V. Bundesverband Deutsche AIDS-Hilfe, JES Bundesverband (Hg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, online verfügbar unter: <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2015/05/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2015.pdf>; letzter Zugriff: 29.03.2018.
- Johnston, J./Barratt, M.J./Craig, L.F./Kinner, S./Stoové, M./Degenhardt, L./George, J./Jenkinson, R./Dunn, M./Bruno, R. (2006). A Survey of Regular Ecstasy Users' Knowledge and Practices Around Determining Pill Content and Purity: Implications for Policy and Practice. *Int J Drug Policy*. 17. 10.1016/j.drugpo.2006.03.008, online verfügbar unter: www.academia.edu/13228432/A_survey_of_regular_ecstasy_users_knowledge_and_practices_around_determining_pill_content_and_purity_Implications_for_policy_and_practice; letzter Zugriff: 02.04.2018.
- Rothe, M./Pragst, F./Spiegel, K./Harrach, T./Fischer, K./Kunkel, J. (1997): Hair concentrations and self-reported abuse history of 20 amphetamine and ecstasy users. *Forensic Science International*, 89 (1–2), 111-28, online verfügbar unter: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073897001230; letzter Zugriff: 02.04.2018.
- Schmidt-Semisch H./Dollinger B. (2016) Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf Drogen und Sucht. In: von Heyden, M., Jungaberle, H., Majić, T. (Hg.): *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Springer
- Schmolke, R./Harrach, T. (2011): Verschiedene Konzepte des Drug-Checking, online verfügbar unter: <http://chillout-pdm.de/drugchecking/category/konzepte>; letzter Zugriff: 18.03.2018
- Sonics-Netzwerk 1999: Drug-Checking-Resolution des Sonics Netzwerk für Rhythmus und Veränderung vom 28. Februar 1999; online verfügbar unter: www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/dc109.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Stöver, H. (2016): Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie* 17(03): 124-130, online verfügbar unter: www.researchgate.net/publication/306246235_Drogenprohibition_soziale_Ausgrenzung_Stigmatisierung_und_Kriminalisierung; letzter Zugriff: 29.03.2018.
- techno-netzwerk berlin (2000): Drugchecking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland, online verfügbar unter: www.alternative-drogenpolitik.de/drugchecking.pdf; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Von Bebenburg, P. (2014): „Drug Checking“ für gefährliche Pillen; *Frankfurter Rundschau* vom 15.04.2014; online verfügbar unter: www.fr.de/rhein-main/landespolitik/modellprojekt-drug-checking-fuer-gefaehrliche-pillen-a-603884; letzter Zugriff: 20.03.2018.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2009): Substanztanalyse von Drogen („drug checking“). Rechtliche Implikation; online verfügbar unter: www.bundestag.de/blob/407980/f58e7f8e556cde659ef8c3d7b070e488/wd-7-003-09-pdf-data.pdf; letzter Zugriff: 23.03.2018.

Peerpartizipation in Drogenintervention, -forschung und -politik

Anke Stallwitz

Zusammenfassung

Der Beitrag erläutert und diskutiert die Relevanz von Peerinvolvierung in Drogenforschung, -intervention und -politik. Geschichtliche und internationale Unterschiede bzgl. Empowerment sowie die Bedeutsamkeit der Gemeindepsychologie als theoretische Rahmendisziplin für soziale Partizipation werden skizziert. Das Community Readiness-Modell wird als praktisches Rahmenmodell für innovative Strategien und damit auch peerbasierte Drogeninterventionen vorgestellt. Die theoretischen Konzepte werden mit konkreten Praxisbeispielen für peerinvolvierte, partizipative Aktionsforschung und Peerforschungs- und Peerinterventionsprojekte aus Kanada und Schweden gefüllt. Der Beitrag schließt mit Schlussfolgerungen hinsichtlich der Involvierung von Peers in Drogenintervention, -forschung und -politik und ermutigt zu deren Ausbau im deutschen Kontext.

Mittlerweile existiert eine Vielzahl an weitreichenden und überzeugenden Belegen und Nachweisen aus verschiedenen Ländern für die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Peerinvolvierung in Drogenintervention, -forschung und -politik (siehe z.B. Damon et al. 2017). Dennoch ist die Einbeziehung von Peers in diesen Bereichen in den meisten Ländern nach wie vor sehr begrenzt bzw. so gut wie nicht vorhanden. Unter ‚Peers‘ werden die Angehörigen einer gemeinsamen Bezugsgruppe verstanden, in diesem Fall also die Konsumierenden selbst.

In Deutschland sind Peeransätze im Drogenbereich weitgehend auf an Jugendliche gerichtete Peeredukationselemente von Suchtpräventionsprogrammen beschränkt. Konkrete Beispiele umfassen das schulbasierte Programm My REBOUND der Finder Akademie und Mentor-Stiftung¹, die erlebnispädagogikorientierten Peer-Involvement-Ansätze des Vereins Keine Macht den Drogen e.V.² und das nachlebenfokussierte Projekt PrÄRIE der Stadt Freiburg³. Europäische Länder wie Großbritannien und die Schweiz sowie mehrere nordamerikanische Staaten und Australien sind hinsichtlich der Involvierung von Peers in das Serviceangebot und damit auch Einrichtungen der Drogenhilfe deutlich weiter fortgeschritten, wobei auch hier die Intention meist auf Prävention bei jungen Menschen liegt (vgl. McGrath/Sumnall/McVeigh/Bellis 2006), im Gegensatz zu Intervention bei bereits und illegal Konsumierenden.

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick der geschichtlichen und internationalen Unterschiede bzgl. Strukturen sozialer Partizipation und Empowerment, in die Pee-

¹ <http://my-rebound.de/>

² <http://www.kmdd.de/peer-education.htm>

³ <http://www.praerie-freiburg.de/>

rinterventionen als eingebettet angesehen werden können, gegeben. Die Relevanz der Gemeindepsychologie als einer für soziale Partizipation bedeutsamsten theoretischen Rahmendisziplin wird skizziert. Vor diesem Hintergrund wird das nordamerikanische Community Readiness-Modell vorgestellt, das wiederum einen praktischen Rahmen und Möglichkeiten für innovative, unkonventionelle und damit auch peerbasierte Drogeninterventionen bietet. Die theoretischen Beschreibungen werden daraufhin mit konkreten Praxisbeispielen für peerinvolvierte, partizipative Aktionsforschung im Rahmen von kommunalen Expertenfachtagen und Peerforschungs- und -interventionsprojekten in Kanada und Schweden gefüllt. Das Kapitel schließt mit allgemeinen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Involvierung von Peers in Drogenintervention, -forschung und -politik und ermutigt zu deren Ausbau im deutschen Kontext.

Kurze Exkursion in die geschichtlichen und theoretischen Wurzeln und Bedingungen partizipativer sozialer Strukturen

Die (Hinter-)Gründe für diese Unterschiede sind komplex historisch gewachsen und stark assoziiert mit Verschiedenheiten in den nationalen und lokalen Entwicklungen vorherrschender übergeordneter Rahmendisziplinen und -bewegungen, in welche Interventions-, Sozialforschungs- und Sozialpolitikprogramme eingebettet sind. Im Bereich illegaler Drogen haben peerbasierte Interventionen dahingehend eine politische Relevanz, als dass sie Optionen für gesellschaftliche Partizipation (Teilhabe) von ausgegrenzten Gruppen schaffen. Partizipative Programme allgemein können als in ihrer Verwurzelung eng mit den Bewegungen des Empowerments sozial benachteiligter Gruppen verbunden gesehen werden (Nestmann 1999; bzgl. der Empowermentbewegung in Deutschland siehe Herriger 2014). ‚Partizipativ‘ beinhaltet das bewusste Mitwirken an Entscheidungen, die mit dem eigenen Leben verbundene gesellschaftliche Belange betreffen (Götsch/Klinger/Thiesen 2012).

Die Empowermentbewegung wiederum kann als theoretisch eng mit der Disziplin der Gemeindepsychologie verwoben angesehen werden. Laut des Pioniers der deutschen Gemeindepsychologie Heiner Keupp fokussiert diese Strömung der Psychologie gesundheitliche Aspekte von Personen und Gruppen unter gesellschaftlichen und kulturellen Bedingungen auf lokaler und regionaler Ebene. Sie versteht sich „weniger als erkenntnistheoretische, sondern als eine praxisverändernde und letztlich als politisch-ideologische Kritik am *psychologistischen Reduktionismus*“ (Keupp 2018). In Ländern wie den USA, Großbritannien und Neuseeland verfolgt die Gemeindepsychologie vor allem das Ziel, mittels partizipativer Strategien Menschen in sozioökonomisch marginalisierten, oftmals stigmatisierten Gruppen zu „empowern“, also zu befähigen, die Rolle von Akteuren, die ihre soziale Situation selbstinitiativ und -organisiert verändern und gestalten, anzunehmen (Burton/Boyle/Harris/Kagan 2007: 219). Empowerment hat somit eine effektive Funktion in der Prävention und dem Entgegenwirken psycho-sozialer Probleme (Reich et al. 2010). Ein in den mikrosozialen Strukturen der Betroffenengruppe und den meso- und makro-sozialen Strukturen der diese umgebenden Gemeinde bzw. weiteren Gesellschaft verankerter Gemeinsinn kann hierbei wie ein Katalysator wirken (McMillan/Chavis 1986). Im Drogenbereich betrifft diese Katalysatorfunktion z.B. die mikrosoziale Ebene einer illegalen Drogenszene, die mesosoziale des die Szene umgebenden Quartiers und die makrosoziale

weiterreichender sozialer Institutionen auf Kommunen-, Stadt- und Landesebene (vgl. Stallwitz 2012: 355-364; 2014).

In ihren Ursprungsländern Großbritannien, den USA, Australien und Neuseeland ist die Gemeindepsychologie in diesen Ländern nach wie vor weitaus präsenter und einflussreicher als in Deutschland. Hierzulande ist die Psychologie traditionell durch eine deutlich stärker naturwissenschaftlich medizinische und im Vergleich zu den genannten Ländern weniger sozialwissenschaftlich anwendungsorientierte Ausrichtung geprägt. Aufgrund von ähnlichen, geschichtlich bedingten theoretischen Verankerungen findet sich ebenso die konventionelle deutsche Drogen- und Suchthilfe in einer vergleichsweise stärker medizinisch orientierten Verankerung wieder (vgl. van den Brink 2003). Zudem ist die im Gegensatz zu Deutschland stärkere Präsenz von gemeindepsychologischen Ansätzen und partizipativen sozialen Strukturen in den USA einerseits als im geschichtlichen Zusammenhang mit der Empowermentbewegung als Antwort auf rassistische Diskriminierung zu verstehen (vgl. Herriger 2014). Andererseits haben in Nordamerika sozio-ökonomisch marginalisierte Bevölkerungsgruppen oftmals keinen Zugang zu einer grundlegenden psychosozialen und Gesundheitsversorgung, wodurch sich eine existentiellere Notwendigkeit von Non-Profit- und selbstorganisierten Konsument_innen-Organisationen ergibt, als dies in Deutschland der Fall ist.

Partizipation von Drogenkonsument_innen in kommunalpolitischen Entscheidungen

Ortsspezifische, innovative Methoden innerhalb des konzeptuellen Rahmens des Community Readiness-Modells

Das Verständnis der ortsbezogenen Verschiedenheiten und geschichtlichen politischen Zusammenhänge kann zielgerichtet für das Voranbringen von sich bereits anbahnenden sowie zukünftigen Veränderungen und Innovationen genutzt werden. Das US-amerikanische Community Readiness Model (CRM; Gemeinde-Bereitschafts-Modell), stellt eines der wissenschaftlich bestfundierten und -evaluierten Ansätze innerhalb partizipativer, gemeindepsychologischer bzw. gemeinwesenorientierter Interventionen dar (z.B. Edwards/Jumper-Thurman/Plested/Oetting/Swanson 2000: 291). Der Interventionsansatz basiert auf der grundlegenden Annahme, dass die effektive Implementierung eines gemeinwesenbasierten Interventionsprogrammes von dem jeweiligen Stadium der Veränderungsbereitschaft einer Gemeinde (bzw. eines Stadtteils oder Quartiers) abhängig ist (Edwards et al. 2000: 301). Das Modell gewährt die Möglichkeit, sowohl gemeindestärkende Forschungs- als auch Interventionsbedarfe zu spezifizieren und zu erfüllen. Anfängliche Interviews mit Schlüsselpersonen können dazu dienen, den aktuellen Stand einer Gemeinde hinsichtlich neun verschiedener Veränderungsstadien einzuordnen. Diese rangieren von „kein Veränderungsbewusstsein“ bzgl. eines identifizierten Problems bis hin zu „Professionalisierung“ im Umgang mit diesem. Dem jeweiligen Veränderungsstadium entsprechende Strategien können eine Weiterentwicklung zum darauffolgenden Stadium bewirken. Die zentrale Rolle von in CRM versierten Fachkräften besteht darin, den Gemeindegliedern Wissen und Expertise zur Verfügung zu stellen, so dass die gewünschte

Veränderung und Problembewältigung aus der Gemeinde heraus selbstständig initiiert und umgesetzt werden kann. Der Bedarf an professioneller Begleitung und Supervision einer Gemeinde hängt von den Bedingungen der jeweiligen Situation ab. Partizipative Peer Education (Bildung) und Peerinterventionen stellen niedrighschwellige, leicht umsetzbare Strategien dar, wie die Gemeinde sich dazu befähigen kann, bestimmte Herausforderungen in Eigenregie zu bewältigen.

Das CRM bietet einerseits einen konzeptuellen Rahmen, innerhalb dessen unterschiedlichste konventionelle und innovative empirische und praktische Methoden eingebettet werden können. Es erlaubt außerdem die Integration von neuartigen Aspekten und spezifischen Foki. Gemeindebasierte partizipative Forschung (z.B. Bordeaux et al. 2007) und peer-geleitete Interventionen (vgl. Heckathorn/Broadhead/Anthony 1999) repräsentieren wissenschaftliche und praktische Optionen, im Bereich stadtteilbasierter Drogenszenen die Betroffenen selbst, also Szenemitglieder bzw. Drogenkonsument_innen und -dealer_innen, miteinzubeziehen. Welche Phänomene auf welche Weise als Probleme angesehen und konzeptualisiert werden, hängt von der jeweiligen Perspektive einer Gemeinde und ihrer Akteure ab. Drogenkonsum und -verkauf werden nicht automatisch, sondern in dem Ausmaß zum Problem für eine Gemeinde, in dem sie von dieser als Problem wahrgenommen und konstruiert werden (Bernard 2016). Derartige soziale Konstruktionsprozesse sind als relativ und veränderbar anzusehen und spiegeln das Paradigma des jeweiligen Zeitgeists wider, das wiederum nationalen, regionalen und lokalen Besonderheiten unterliegt (vgl. Stallwitz 2014).

Gemeindebasierte partizipative Forschung und peer-involvierte bzw. peer-geleitete Interventionen bieten empirische und praktische Möglichkeiten der Stärkung von Empowerment, (Mit-)Gestaltung und lokalem Gemeinsinn hinsichtlich prekärer sozialer Situationen.

Im Folgenden wird anhand von konkreten Beispielen beschrieben, wie mit Minimalbudget und unter Einbezug der Betroffenen Lösungsansätze für im Zusammenhang mit städtischen Drogenszenen auftretende soziale Herausforderungen entwickelt werden können. Solche Herausforderungen können sich auf der mikro-, meso- und makrosozialen Ebene abspielen. Innerszenische Verelendung und Gewalt, Ruhestörung und öffentliches Ärgernis sowie eine problematische sozialräumliche Verortung einer Szene können Beispiele für die drei Ebenen und die betreffenden Herausforderungen sein.

Beispiel peer-involvierter partizipativer Aktionsforschung

Im November 2015 organisierte die Autorin in Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe Freiburg und einer Studierendengruppe den Fachtag ‚Safer Drug Use Weiterdenken: Die Ressourcen der Freiburger Drogenszene nutzen‘ an der Evangelischen Hochschule Freiburg (vgl. Sommer 2015 und Stallwitz 2016). Geladen waren städtische Vertreter_innen der Bereiche Drogenhilfe und allgemeine Soziale Arbeit, Polizei und Justiz, Stadt und Lokalpolitik, Forschung und der Szene selbst. Auf der Basis von die Szene betreffenden Fachvorträgen von Seiten der Drogenhilfe, Polizei und Forschung wurden vier interdisziplinäre Expertengruppen inklusive jeweils etwa zwei ‚Szenemitgliedern‘ gebildet. Im Sinne der partizipativen Aktionsforschung (vgl. Lewin 1946; Unger 2014) wurden innovative Ansätze entwickelt und protokolliert, wie mit den die Frei-

burger Drogenszene betreffenden Belangen von Seiten der Stadt, Polizei, Drogenhilfe und -prävention und Szene selbst umgegangen werden kann (vgl. Stallwitz 2012: 360-365 zu gemeinsinnstärkenden, gemeindebasierten Harm Reduction-Interventionen im Kontext von illegalen Drogenszenen). Die zentralen Ergebnisse der Aktionsforschung (vgl. Littmann 2015) umfassten die Neuorganisation des ehemaligen Runden Tisches zu Freiburger Drogenthematiken mit Einladung des Sozialbürgermeisters und Erweiterung um Szenemitglieder. An sowohl Jugendliche als auch Konsument_innen gerichtete Prävention, Aufklärung und Information bzgl. illegaler Drogen sollte in der Zukunft verstärkt durch Peer-Methoden und Peer-Education umgesetzt werden. Als niedrigschwellige Beschäftigungsmöglichkeit wurde die Initiierung eines Tagelöhnerprojekts für Drogenkonsument_innen am Beispiel der ‚Arbeit statt Drogen‘-Initiative⁴ der gemeinnützigen Gesellschaft zur Schulung und beruflichen Reintegration mbH (sbr) vorgeschlagen. Des Weiteren wurden Bedarf und konkrete Möglichkeiten für Drug Checking im Rahmen der Forensischen Toxikologie der Universität Freiburg erfasst und die entsprechenden notwendigen Gesetzesänderungen eruiert. Direkt im Hinblick auf die Gestaltung der offenen Drogenszene wurde konstatiert, dass der „Käfig“ erhalten bleiben sollte, da er insbesondere außerhalb der Öffnungszeiten der städtischen Anlaufstelle Kontaktladen das „Wohnzimmer der Szene“ darstellt. Als „Käfig“ wird ein Teil des städtischen Colombiparks, wo das Treffen der offenen Szene von Polizei und Stadt toleriert wird, bezeichnet und zur Zeit des Fachtags wurde eine Räumung dessen im Zuge von städtebaulichen Umstrukturierungen debattiert. Um die Umsetzung der erarbeiteten Ansätze zu gewährleisten, wurden jeweils erste Schritte und Verantwortliche, diese zu initiieren, benannt (vgl. Stallwitz 2015b). Die Effizienz der Umsetzung von Aktionsforschungsergebnissen kann signifikant erhöht werden, wenn diese zentral von einem interdisziplinären Team koordiniert und supervisiert wird. Die Umsetzung kann beispielsweise innerhalb des oben vorgestellten CRM- oder eines ähnlich konzipierten Rahmens erfolgen.

Ein vergleichbarer partizipativer Fachtag wurde bereits 2013 auf den Shetlandinseln gehalten (vgl. Marter 2013) und ist in absehbarer Zukunft in Stockholm in geplant.

Beispiele peer-involvierte Forschungs- und Interventionsansätze in Vancouver und Stockholm: Das Safer Dealing Project und LJUSPUNKTEN

Im Rahmen eines kürzlich abgeschlossenen, von der Autorin geleiteten peerinvolvierten Forschungs- und Interventionsprojekts wurde die Entstehung von Gewalt in offenen Drogenszenen in Vancouver, Kanada, und Stockholm, Schweden, erforscht⁵.

Auf der Basis erster Pilotforschungsergebnisse wurde deutlich, dass in Vancouver szeneeinterne Gewalt insbesondere in Drogenverkaufssituationen und in Stockholm vor allem von Männern gegenüber Frauen und oftmals in intimen Paarbeziehungen ausgeübt wird (vgl. Stallwitz/Nystedt 2018). Grundlegend beteiligt an der Forschung waren zwei peerbasierte Forschungs- und Interventionsteams, die von der Autorin

⁴ http://sbr-ggmbh.net/de/taetigkeitsbereich/personalentwicklung/Arbeit_statt_Drogen.php

⁵ Forschungsaufenthalt der Autorin am BC Centre for Excellence in HIV/AIDS in Vancouver vom 01.03. bis 31.08.2016 und am Centre for the social study of alcohol and drugs in Stockholm vom 15.01. bis 15.09.2017.

in Kooperation mit den Drug User Unions der beiden Städte, dem Vancouver Area Network of Drug Users⁶ und Stockholms Brukarföreningen⁷, initiiert wurden. Drug User Unions repräsentieren peerbasierte Aktivistenorganisationen, die sich auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene für die psychosozialen und politischen Belange von Drogenkonsument_innen einsetzen.

Die beiden Peerforscherteams waren in alle Schritte des Forschungsprozesses involviert und assistierten somit beispielsweise in der Entwicklung eines szenenahen umsetzbaren Forschungsdesigns, bei der Rekrutierung von Interviewpartner_innen aus der Szene und bei der Interpretation erster Forschungsergebnisse im Kontext der jeweiligen Szenerealität. Ein wichtiger forschungsethischer Aspekt war, erste praktisch anwendbare Forschungsergebnisse durch das Peerforscherteam in die Szene zu deren Nutzen einfließen zu lassen. Hierbei wurde auf ein Geben und Nehmen zwischen Forschenden und Beforschten geachtet, das eine stärkere Ausgewogenheit widerspiegelt, als dies innerhalb konventioneller Forschung üblich ist. Dies umfasst den Anspruch, die Beforschten mit der Forschung direkt und konkret zu stärken und zu deren Empowerment beizutragen. In diesem Sinne wurden die über den Forschungsprozess erlangten Erkenntnisse umgehend in den jeweiligen Peerforschungsteams diskutiert, analysiert und im Rahmen von Peerinterventionsprojekten angewandt.

In Vancouver handelte es sich hierbei um das Safer Dealing Project, dessen Kerninterventionsinstrument ein Flyer mit einem Verhaltenskodex für Safer Dealing, also das gewaltreduzierte Verkaufen und Ersterben von Drogen (vgl. Schreiber 2014), darstellte. Dieser Flyer sollte im Minimalformat an Verkäufer_innen und Käufer_innen der Vancouver Drogenszene verteilt werden. Die Fertigstellung lag nach Abreise der Autorin aufgrund des Verlusts einer klaren Leitung auf Eis, wird jedoch aktuell von ihr und verschiedenen Gruppenmitgliedern erneut erörtert und versucht, umzusetzen (vgl. Stallwitz 2018b). Das Kerninstrument des an der Stockholmer User Union angesiedelten Peerinterventionsprojekts LJUSPUNKTEN (Der Lichtblick) war eine Faltbroschüre, deren Ziel die Stärkung (das Empowerment) und der Selbstschutz der oftmals Gewalt ausgesetzten weiblichen Mitglieder der Stockholmer Drogenszene war und ist. Diese Broschüre konnte innerhalb des Forschungsaufenthalts der Autorin fertiggestellt und gedruckt werden und wird nun stockholmübergreifend in Schweden verteilt⁸.

Innerhalb beider Projekte wurde deutlich, dass eine klare und starke Leitung eine zentrale und wichtige Voraussetzung für die effektive und erfolgreiche Umsetzung von Peerforschungs- und Peerinterventionsprojekten darstellt. Diese kann anfangs von Professionellen (z.B. Sozialarbeiter_innen) übernommen und im Laufe der gemeinsamen Projektarbeit an psychosozial relativ stabile Peers übertragen werden. Des Weiteren zeigte sich, dass trotz des mitunter sehr geringen Kostenaufwandes von Peerprojekten ein kleines Minimalbudget (für beispielsweise Verpflegung, Druckaufträge und geringfügiger Vergütung von Peers für deren Engagement) der erfolgreichen Umsetzung zuträglich ist.

⁶ <http://www.vandu.org/>

⁷ <https://www.brukarforeningarna.se/stockholm/#upp>

⁸ <https://www.brukarforeningarna.se/stockholm/#ljusp>

Möglichkeiten und Nutzen von Peeransätzen in Drogenhilfe, -forschung und -politik

Die Partizipation von Peers in der Drogenhilfe, -forschung und -politik, bietet Optionen, die von konventionellen Ansätzen nicht abgedeckt werden können.

Innerhalb einer peer-involvierten Drogenhilfe können stigmatisierte und illegalierte Klient_innengruppen einerseits erreicht und andererseits kann situationsabhängig die Annahme und Effizienz der jeweiligen Intervention durch die Vermittlung/Involvierung von Mitgliedern der Bezugsgruppe signifikant erhöht werden. Bereits in den 1990ern hat sich die ‚Peer-Driven Intervention‘ als erfolgreich in der Prävention der Ausbreitung von HIV und anderen hämatogenen Krankheiten gezeigt (vgl. Heckathorn/Broadhead/Anthony 1999).

Innerhalb von partizipativen, lokal- und kommunalpolitischen Projekten können Betroffene den Raum erhalten, im Sinne der Gemeindepsychologie und Empowermentbewegung zu Akteuren zu werden und ihre eigene sozial-politische Situation mitzugestalten. Die Förderung von Gemeinsinn und einer pro-sozialen Kultur innerhalb der Szene als auch des umgebenden Stadtteils können gestärkt und destruktiven Tendenzen und Risiken im Kontext des Konsums und Verkaufs von illegalen Drogen kann entgegengewirkt werden. Betroffene haben die Möglichkeit, Zusammenhalt, Austausch, gegenseitige Wahrnehmung, Selbstwirksamkeitserfahrungen und soziale Teilhabe zu erfahren.

Neben den bereits benannten Effekten im Zusammenhang mit partizipativer Intervention und Politik bietet die Einbeziehung von Peers in die Drogenforschung die Option, konventionelle empirische Ergebnisse zu validieren und zu ergänzen als auch eine lebenskontextnahe und antihegemoniale Forschung zu etablieren. Auf der gesamtgesellschaftlichen Makroebene wird der bereits begonnene Paradigmenwechsel hin zu einer Wahrnehmung und Konstruktion von Drogen als soziales Phänomen an Stelle von Problem unterstützt, wodurch wiederum Empowerment und soziale Teilhabe von Drogenkonsumierenden wechselseitig gestärkt werden.

Literatur

- Bernard, C. (2016): Lebenssituation und Alltagsbewältigung von Frauen in der Straßen-Drogenszene. In: M. Tödte/C. Bernard (Hrsg.): Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Bielefeld: [transcript] Gender Studies.
- Bordeaux, C.B./Wiley, C./Tandon, D./Horowitz, C.R./Bohrer Brown, P./Bass, E.B. (2007): Guidelines for Writing Manuscripts About Community-Based Participatory Research for Peer-Reviewed Journals. *Prog Community Health Partnership*, 1(3), 281–288.
- Burton, M./Boyle, S./Harris, C./Kagan, C. (2007): Community psychology in Britain. In: S.M. Reich/M. Riemer/I. Prilleltensky/M. Montero (Hrsg.): *International community psychology: History and theories*, 219. New York, NY: Springer.
- Damon, W./Callon, C./Wiebe, L./Small, W./Kerr, T./McNeil, R. (2017): Community-based participatory research in a heavily researched inner city neighbourhood: Perspectives of people who use drugs on their experiences as peer researchers. *Social Science & Medicine*, 176, 85-92.

- Edwards, R.W./Jumper-Thurman, P./Plested, B.A./Oetting, E.R./Swanson, L. (2000): Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291-307.
- Götsch, M./Klinger, S./Thiesen, A. (2012): „Stars in der Manege?“ Demokratietheoretische Überlegungen zur Dynamik partizipativer Forschung. *Forum qualitative Sozialforschung*, 13(1), Art. 4.
- Heckathorn, D.D./Broadhead, R.S./Anthony, D.L. (1999): AIDS and social networks: HIV prevention through network mobilization. *Sociological Focus*, 32(2), 159-179.
- Herriger, N. (2014): *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Keupp, H. (2018): *Gemeindepsychologie*. Lexikon der Psychologie, online verfügbar unter: <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/gemeindepsychologie/5669>; letzter Zugriff: 14.04.18.
- Littmann, J. (2015): Der Käfig sollte erhalten bleiben. *Badische Zeitung*, November 11, 2015, online verfügbar unter: <http://www.badische-zeitung.de/freiburg/der-kaefig-sollte-erhalten-bleiben--113662408.html>; letzter Zugriff: 03.04.2018.
- Marter, H. (2013): A different approach to tackling drugs. *Shetland News*, February 14, 2013, online verfügbar unter: <http://www.shetnews.co.uk/news/6330-a-different-approach-to-tackling-drugs>; letzter Zugriff: 12.04.18.
- McGrath Y./Sumnall H./McVeigh J./Bellis M. (2006): *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London, Manchester: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nestmann, F. (1999): Soziale Gerechtigkeit und Empowerment. Perspektiven des gemeindepsychologischen Modells. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 30(3), 129-150.
- Lewin, K. (1946): Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2(4), 34-46.
- Reich, C./Price, J./Rubin, E./Steiner, M.A. (2010). *Inclusion, Disabilities, and Informal Science Learning. A CAISE Inquiry Group Report*. Washington: Center for Advancement of Informal Science Education.
- Schreiber, M. (2014): Blick über die Grenzen. Nutzbarkeit des Gemeinsinns in Drogenkulturen. *Suchttherapie*, 15(3), 98-99 (peer-reviewed).
- Sommer, R. (2015): *Gemeinsinn in der Freiburger Drogenszene*. Freiburger Professorin Anke Stallwitz setzt sich für neue Umgangsformen ein. *Der Sonntag*, November 25, 2015, online verfügbar unter: <https://rebsommer.files.wordpress.com/2016/05/drogenszene.pdf>; letzter Zugriff: 02.04.2018.
- Stallwitz, A./Nystedt, L. (2018): Brukarledd stödgrupp samlar kvinnor i Stockholm. *Alkohol & Narkotika*, 112, 1, 22-24.
- Stallwitz, A. (2012): The role of community-mindedness in the self-regulation of drug cultures. A case study from the Shetland Islands. Dordrecht, Heidelberg, New York: Springer International, online verfügbar unter: <http://www.oapen.org/download?type=document&docid=418016>; letzter Zugriff: 20.04.2018.
- Stallwitz, A. (2014): Community-Mindedness: Protection against Crime in the Context of Illicit Drug Cultures? *International Journal of Rural Criminology*, 2(2), 163-205, online verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/1811/61595>; letzter Zugriff: 04.08.2018.
- Stallwitz, A. (2015): Drogenszenen haben weltweit ein ähnliches Muster. *Gemeinsinn ist wichtig für die Selbstregulierung*. Newsletter Protestant University of Applied Sciences Freiburg, November 2015, online verfügbar unter: <http://80399.seu1.cleverreach>.

com/m/6382503/557634-c8e7c00b82da0c234094ac1009599820; letzter Zugriff: 26.03.2018.

- Stallwitz, A. (2016): Approaching rural drug issues from the perspective of community psychology: the relevance of community-mindedness in peer-oriented intervention. In: Joseph F. Donnermeyer (Hrsg.): Routledge International Handbook of Rural Criminology. Part IV: Drug Use, Production and Trafficking in the Rural Context, chap. 26. London: Routledge, pp. 265-274.
- Stallwitz, A. (2018): The emergence and nature of violence in the Vancouver and the Stockholm drug scenes. In: G.R. Potter/D.J. Korf/J. Fountain (Hrsg.): Place and space in drug use, markets and policy, Lengerich: Pabst Publishers (i.E.).
- Van den Brink, W. (2003): Drogenkonsum und Sucht: Gestern – heute – morgen. Suchttherapie, 4, 89-92.
- Von Unger, H. (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Schwerpunkt Cannabis – Einleitung der Herausgeber

Wir haben uns in diesem Jahr entschlossen, einen thematischen Schwerpunkt auf die mit Abstand meistkonsumierte illegalisierte Droge in Deutschland wie auch weltweit zu legen. In der Fachwelt gibt es seit geraumer Zeit eine überwältigende Mehrheit, die sich zumindest für eine vollständige Entkriminalisierung der Pflanzdroge, zumeist auch für deren legalen Zugang einsetzt, im Bundestag sitzen mittlerweile drei Parteien, die eine legale Regulierung befürworten und auch die Fachwelt und Medienlandschaft hat sich deutlich in diese Richtung hin gewandelt. In diversen europäischen Ländern hat man gute Erfahrungen mit der Entkriminalisierung von Cannabisbesitz gemacht, und in Nordamerika schreitet die Legalisierung mit großen Schritten voran, wie in zwei Artikeln dieses Schwerpunktes dokumentiert.

Cannabis ist kein Rauschmittel wie jedes andere – das medizinische Potenzial umfasst eine beachtliche Spanne an Indikationen. Nicht selten ging dem medizinischen Gebrauch der Freizeitkonsum voraus, und zuweilen – gerade bei psychischer Indikation – kann auch nur schwerlich eine Grenze zwischen beiden Arten des Konsums gezogen werden. Auch die Effekte des Verhältnisses der enthaltenen Cannabinoide können individuell sehr unterschiedlich wahrgenommen werden. Deshalb ist es längst an der Zeit, nicht nur Form und Umsetzung des im letzten Jahr hierzulande in Kraft getretenen Cannabis-als-Medizin-Gesetzes an den tatsächlichen Bedarf der Patient_innen anzupassen, sondern die Droge auch allgemein unter kontrollierten, transparenten Bedingungen legal zugänglich zu machen. Möglicherweise ist dies nur durch kleine Schritte möglich, wie die Einführung eines Substanzmonitorings oder kommunale Modellprojekte. In jedem Fall müssten bei legaler Regulierung Bedingungen für den Jugendschutz eingehalten werden und durch wirksame Methoden zur Prävention und Behandlung begleitet werden.

Während Deutschland außenpolitisch in jüngster Zeit angesichts der bedenklichen Entwicklungen in vielen Ländern als Hort der Vernunft erscheint, sollten wir auch in Sachen Cannabispolitik nicht weiter auf die längst überholte Strafrechtskeule setzen, sondern endlich auch hier sinnvolle Reformen angehen.

Das Wechselspiel der Cannabinoide: Plädoyer für ein Cannabis- Substanzmonitoring in Deutschland

Jakob Manthey, Heino Stöver & Hans-Günter Meyer-Thompson

Zusammenfassung

In der Debatte um die Schädlichkeit von Hanf (Cannabis) als Genussmittel wird ausgeblendet, dass sich die Zusammensetzung der psychoaktiven Substanzen (vornehmlich THC und CBD) in den zurückliegenden Jahren verändert hat. Daraus haben sich nach aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis neue Gefährdungspotentiale ergeben. Die Autoren plädieren für ein Substanzmonitoring.

Einleitung

Cannabis ist mit Abstand die am weitesten verbreitete illegale Droge in der Bundesrepublik. Während wir wissen, dass etwa drei Millionen Erwachsene mindestens einmal im Jahr Cannabis konsumieren (Matos/Atzendorf/Kraus et al. 2016), wissen wir viel zu wenig darüber, was sie tatsächlich zu sich nehmen. Dabei scheint die Zusammensetzung der gerauchten, verdampften oder oral eingenommenen Cannabisprodukte durchaus relevant für das Konsumrisiko zu sein.

1964 wurde die Struktur von Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) analysiert (Pain 2015) und wurde für viele Jahre als der einzig psychoaktiv wirkende Inhaltsstoff von Cannabis betrachtet. Das pharmakologische Forschungsinteresse in den folgenden Jahrzehnten galt demnach hauptsächlich dem THC, wovon das Isomer Dronabinol in synthetischer Form als Cannabismedikament zugelassen wurde (Borgelt/Franson/Nussbaum et al. 2013). In natürlichen Cannabisprodukten wurden neben THC jedoch mittlerweile über 100 weitere Cannabinoide identifiziert, wobei nur wenige davon psychoaktiv zu wirken scheinen (Gould 2014). Über die meisten Cannabinoide besteht nach wie vor sehr wenig Fachwissen, doch das Forschungsinteresse an den pharmakologischen Eigenschaften einzelner Cannabinoide ist groß (Owens 2015). Neben THC hat Cannabidiol (CBD) die bislang größte Aufmerksamkeit erlangt. THC und CBD werden oft als Antagonisten beschrieben und ihre Interaktion derzeit intensiv erforscht. So steht THC auf der einen Seite für eine beeinträchtigte Verarbeitung emotionaler Stimuli; auf der anderen Seite weisen experimentelle Studien darauf hin, dass die Einnahme von CBD die emotionale Verarbeitung verbessert und angstlösend wirken kann (Colizzi/Bhattacharyya 2017). Dieses Zusammenspiel der beiden Cannabinoide wurde des Weiteren auch im Zusammenhang mit psychotischen Symptomen beschrieben: CBD werden antipsychotische Eigenschaften zugeschrieben, wohingegen THC pro-psychotisch wirken soll (Iseger/Bossong 2015).

Schließlich deuten erste Studien auch auf einen positiven Zusammenhang zwischen THC-Konzentration und einer Cannabiskonsumstörung hin, während CBD bereits in der Therapie verschiedener Substanzstörungen erfolgreich eingesetzt wurde.

Mit dem zuletzt stark gewachsenem pharmakologischen Wissen über CBD und THC steigt auch das Interesse, pharmazeutische Anwendungen zu entwickeln. Bislang gibt es mit Nabiximols (Sativex[®]) weltweit nur ein zugelassenes Medikament, welches sowohl CBD als auch THC enthält. Betroffene von Multipler Sklerose können damit bereits einschränkende Spastiken lindern (Flachenecker/Henze/Zettl 2014). Zudem gibt es Hinweise darauf, dass es auch zur Behandlung von Entzugssymptomen (z.B. von Cannabis, Alkohol, Crack) eingesetzt werden kann (Sloan/Gowin/Ramchandani 2017) für einen systematischen Überblick des Behandlungspotentials verschiedener Cannabinoide, siehe (Whiting/Wolff/Deshpande 2015). Möglicherweise wird auch der medizinische Gebrauch von Cannabis durch die UN neu klassifiziert (UNODC 2016). Der Expertenrat der Weltgesundheitsorganisation hat in diesem Zusammenhang CBD bereits medizinisches Potential, hohe Tolerabilität und mangelnde Hinweise auf schädlichen Gebrauch zugeschrieben (White/Poovendran/Kershaw 2017). Derweil werden weitere Medikamente mit verschiedenen Cannabinoiden getestet und es ist nur eine Frage der Zeit, bis diese zugelassen werden (Owens 2015).

Das Wissen um die differenziellen pharmakologischen Effekte von Cannabis ist nicht nur medizinisch relevant, sondern hat auch wichtige Implikationen für Konsumierende. Wenn CBD antipsychotisch und anxiolytisch wirkt, während THC genau das Gegenteil bewirken kann, sollten Cannabisprodukte mit einem hohem CBD/THC Verhältnis entsprechend bevorzugt werden. Die „Lower Risk Cannabis Use Guidelines“ enthalten diese Empfehlung bereits (Fischer/Russell/Sabioni 2017), jedoch können Konsumierende in Deutschland aufgrund des rechtlichen Verbots kaum Informationen über den Gehalt verschiedener Cannabinoide in ihrem Produkt beziehen (Manthey/Stöver H/Meyer-Thompson 2017). Vielmehr sind sie stark abhängig von den auf dem Markt zufällig angebotenen Cannabisprodukten. In den letzten Jahrzehnten konnte hier ein problematischer Trend beobachtet werden: So stieg der THC-Gehalt in Substanzproben in verschiedenen europäischen Ländern (King 2004), als auch weltweit (Cascini/Aiello/Tanna 2012) kontinuierlich an. Bezüglich CBD liegen leider weniger systematische Zahlen vor, jedoch deuten Studien aus den USA (Mehmedic/Chandra/Slade 2010) wie auch aus den Niederlanden (Niesink/Rigter/Koeter 2015) eher auf konstante CBD Gehalte hin, womit das CBD/THC-Verhältnis ungünstig verändert wird. Das Verhältnis verschiedener Cannabinoide unterscheidet sich außerdem nach Cannabisprodukten. In Studien aus Katalonien und den Niederlanden konnte das höchste CBD/THC Verhältnis in Haschisch gefunden werden, während Marihuana im Durchschnitt ein weitaus niedrigeres Verhältnis aufwies (Niesink/Rigter/Koeter et al. 2015; Casajua Kogel/Balcells-Olivero/Lopez-Pelayo et al. 2017; Rigter/Niesink 2017).

Der Zuwachs an Wissen über die pharmakologischen Effekte verschiedener Cannabinoide hat die Bedeutung der Zusammensetzung sowohl outdoor- als auch indoor-produzierter Cannabisprodukte für die Gesundheit der Konsumierenden verdeutlicht. Das Public Health Risiko, welches sich aus den unterschiedlichen Zusammensetzungen ergibt, bleibt aber derzeit größtenteils unerforscht. Eine systematische Datenlage von Cannabisprodukten ist daher überfällig.

Auf diesen Umstand weist auch der Kurzbericht der vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten CaPRis Studie hin (Hoch/Schneider/Friemel et al. 2017). Die Autor_innen fordern zudem „eine international gültige, standardisierte Erfassung von wichtigen Variablen des Cannabiskonsums (insbesondere von THC- und CBD-Anteilen im konsumierten Cannabis, Darreichungsform, Plasmakonzentrationen, Einstiegsalter, Abstinenzdauer und Konsumstärke/-dauer)“. In einem kürzlich fertiggestellten Bericht an die Expertenkommission für Substanzabhängigkeit der Weltgesundheitsorganisation wird auf den Mangel verlässlicher epidemiologischer Daten bezüglich der Potenz von Cannabis verwiesen. Da die globalen Verlaufsdaten zu Prävalenz von Konsum und Konsumstörungen keine Konsistenz mit den Daten zur Potenz von Cannabis aufweisen, wird diesen Daten eine hohe Bedeutung zugewiesen. Schließlich kann das Gefährdungsrisiko der konsumierenden Bevölkerung nur mit einer zuverlässigen Datenbasis bestimmt werden.

Ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Datenlage in Deutschland wäre durch die hiesigen Landeskriminalämter denkbar. Eine retro- und prospektive Analyse beschlagnahmter Cannabisprodukte könnte beispielsweise einen systematischen Überblick über die regionale Verbreitung der wichtigsten Cannabinoiden liefern und somit wichtige Hinweise für Drogenpolitik und Prävention bereithalten.

Danksagung

Die Autoren danken Franjo Grotenhermen für die Beratung zur medizinischen Verwendung von Cannabis.

Literatur

- Borgelt L. M./Franson K.L./Nussbaum A.M. et al. (2013): The Pharmacologic and Clinical Effects of Medical Cannabis. In: *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* 33: 195-209.
- Casajuana Kogel C./Balcells-Olivero M.M./Lopez-Pelayo H. et al. (2017): The Standard Joint Unit. *Drug Alcohol Depend* 176: 109-116.
- Cascini F./Aiello C./Tanna G.D. (2012): Increasing delta-9-tetrahydrocannabinol (delta-9-THC) content in herbal cannabis over time: systematic review and meta-analysis. In: *Current Drug Abuse Reviews* 5: 32-40
- Colizzi M./Bhattacharyya S. (2017): Does Cannabis Composition Matter? Differential Effects of Delta-9-tetrahydrocannabinol and Cannabidiol on Human Cognition. In: *Current addiction reports* 4: 62-74.
- Commission on Narcotic Drugs. Extract from the Report of the 38th Expert Committee on Drug Dependence, online verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59Reconvened/ECN72016_CRP13_V1610192.pdf; letzter Zugriff: 9.5.2018
- Fischer B./Russell C./Sabioni P. et al. (2017): Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. In: *Am J Public Health* 107: e1-e12.
- Flachenecker P./Henze T./Zettl U. K. (2014): Nabiximols (THC/CBD oromucosal spray, Sativex(R)) in clinical practice--results of a multicenter, non-interventional study (MOVE 2) in patients with multiple sclerosis spasticity. In: *Eur Neurol* 71: 271-279.

- Gould J. (2015): The cannabis crop. In: *Nature* 525: 2.
- Hoch E./Schneider M./Friemel C.M. et al. (2017): Cannabis: Potential und Risiken (CaPRis), online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg\(pubid\)=3104](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg(pubid)=3104); letzter Zugriff: 9.5.2018
- Iseger T.A./Bossong M.G. (2015): A systematic review of the antipsychotic properties of cannabidiol in humans. *Schizophr Res* 162: 153-161.
- King L. A. (2004): An overview of cannabis potency in Europe. In: EMCDDA Project Group ed. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Manthey J./Stöver H./Meyer-Thompson H-G. (2017): Cannabis und Schadensminderung in Deutschland. *Suchttherapie*, DOI: 10.1055/s-0043-112067
- Matos EGd./Atzendorf J./Kraus L. et al. (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Sucht* 62: 271-281.
- Mehmedic Z./Chandra S./Slade D. et al. (2010): Potency trends of Delta9-THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. In: *J Forensic Sci* 55: 1209-1217.
- Niesink R.J./Rigter S./Koeter M.W. et al. (2015): Potency trends of Delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol in cannabis in the Netherlands: 2005-15. In: *Addiction* 110: 1941-1950.
- Owens B. (2015): Drug development: The treasure chest. In: *Nature*: 525: 6.
- Pain S. (2015): A potted history. In: *Nature* 525: 10.
- Rigter S./Niesink R. (2017): THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffeeshops (2016-2017). In: Trimbos-instituut ed. Utrecht: Drugs Informatie en Monitoring Systeem (DIMS).
- Sloan M. E./Gowin J. L./Ramchandani V.A. et al. (2017): The endocannabinoid system as a target for addiction treatment: Trials and tribulations. In: *Neuropharmacology* 124: 73-83.
- Whiting P. F./Wolff R. F./Deshpande S. et al. (2015): Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA* 313: 2456-2473.
- White J./Poovendran D./Kershaw S. (2017): Cannabidiol (CBD) Pre-Review Report. In: Expert Committee on Drug Dependence (Hrsg.), Agenda Item 52. Geneva: World Health Organization.

„Grass, oder was?“ – Über die merkwürdige Idee, dass die Polizei Drogenprävention betreiben sollte

Bernd Werse

Zusammenfassung

Präsentiert wird eine Anti-Cannabis-Kampagne des LKA Niedersachsen, die mit jugendlichen Protagonisten und Stilmitteln arbeitet. Die Maßnahme behauptet, das Thema ausgewogen zu betrachten, reproduziert aber letztlich nur übliche Mittel rein abschreckender „Drogenaufklärung“. Zudem nimmt die verantwortliche Strafverfolgungsbehörde explizit Stellung zur Diskussion um Entkriminalisierung und legaler Regulierung, indem u.a. in den Präventionsmaterialien teils unhaltbare Argumente gegen Liberalisierung auftauchen. Zu kritisieren ist nicht nur dieser Versuch der politischen Einflussnahme, sondern generell die Idee, dass Strafverfolgungsbehörden Drogenprävention, also eine Aktivität aus dem Bereich der Gesundheitsvorsorge, betreiben sollten.

„Hi, ich bin Chris.“ – „Und ich bin Nik.“ – „Und zusammen sind wir die Rauchmelder.“ (Es folgt ein Vorspann inklusive diverser Cannabis-Symboliken und -Utensilien.) „Hast du dich auch schon mal gefragt, was das für ein Zeug ist? Oder es sogar schon mal ausprobiert? Eins steht mit ziemlicher Sicherheit fest: Früher oder später wird dir das Thema mal über den Weg laufen. Und vielleicht kannst du mit Wörtern wie: Cannabis, Ott, Dope, Weed, Hasch, Kiffen oder Gras schon etwas anfangen. Aber ist Kiffen einfach nur chillig? Oder gefährlich? Hilft ein Joint wirklich beim Entspannen? Wirkt Cannabis bei Jugendlichen eigentlich anders? Wann wird Kiffen zu einem Problem? Und ist es nicht sowieso illegal? Wir checken das. Weil's definitiv nicht schadet, sich auszukennen, und seine eigene Meinung zu haben.“

So beginnt das erste einer Reihe von sechs Videos, die im Rahmen der Ende 2016 gestarteten Kampagne „Die Rauchmelder – Chris und Nik machen den Cannabis-Check“ (Untertitel: „Grass, oder was?“; LKA Niedersachsen 2016) entstanden sind. Das LKA Niedersachsen hat hierzu eine Werbeagentur beauftragt, gleichzeitig aber offensichtlich den Inhalt im Wesentlichen selbst mitbestimmt, um vor Cannabis zu warnen. Am Beispiel dieser Kampagne soll im Folgenden die Sinnhaftigkeit von Prävention diskutiert werden, die von Strafverfolgungsbehörden verantwortet wird.

Wie bereits im Eingangszitat anklingt, bemüht man sich in der „Rauchmelder“-Kampagne sichtlich um ein „jugendliches“ Image durch ein entsprechendes Design, entsprechende Musik und den Umstand, dass zwei junge Männer (einer vor, einer hinter der Kamera) in mehreren Videos die Droge und ihre vermeintlichen Auswirkungen erklären. Die Kampagne versucht dabei den Eindruck zu erwecken, dif-

ferenzierte, ausgewogene Informationen über das Thema Cannabis zu liefern – dies u.a. durch die Vorgehensweise, dass sich die Hauptperson Chris bei unterschiedlichen „Experten“, vorgeblich unvoreingenommen, über Cannabis informieren will. Das Konzept erinnert dabei wohl nicht zufällig an die populäre, sich an Kinder und Jugendliche richtende KIKA-Serie „Checker Can“/„Checker Tobi“/„Checker Julian“.

Bereits im zweiten Video nach dem kurzen Einführungsfilm („Cannabis – was ist das eigentlich?“) wird allerdings schnell die Stoßrichtung klar: nach einer kurzen Einführung in die Historie der Nutzpflanze Hanf und die Handelsformen werden im Hinblick auf die Wirkungen zunächst ausschließlich negativ konnotierte körperliche Symptome (Herzrasen, trockener Mund, Schwindel, Hungergefühl, Übelkeit, rote feuchte Augen) benannt, dann am Rande die medizinischen Wirkungen erwähnt, um dann gleich wieder zu negativen Akutwirkungen überzugehen: „Wenn es nicht gut läuft: Angst, Panik und Paranoia, außerdem: Orientierungslosigkeit, Halluzinationen, Vergesslichkeit und Gleichgültigkeit“. Danach erst werden „erwünschte“ Wirkungen wie z.B. „Entspannung, Gelassenheit, eine intensivere Wahrnehmung von Farben und Musik“ erwähnt, zudem „Lust auf Aktivitäten“ – Letzteres aber nicht ohne sogleich anzufügen, dass es „zu denen nur selten“ komme: „Weil die Jugendlichen durch den Konsum sehr antriebslos werden können“. Diese Einschätzung wird sogleich durch ein Faultier illustriert. Dies wiederum weckt Erinnerungen an die australische „Stoner Sloth“-Kampagne, die 2015 als einer der größten Fehlschläge der Drogenprävention eine gewisse Internetberühmtheit erlangte; das australische National Cannabis Prevention and Information Centre distanzierte sich seinerzeit davon (The Guardian 2015).

Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass es natürlich keineswegs um ausgewogene Informationen zum Thema Cannabis geht. Diese Linie wird in den weiteren Videos fortgesetzt: Nr. 3 beantwortet die Frage „Wie gefährlich ist Cannabis für Kinder und Jugendliche?“ selbstverständlich mit der Aussage, dass die Droge viel riskanter sei als gemeinhin angenommen wird. Als Kronzeuge für die Einschätzung, dass Cannabis (wegen hoher THC- und niedriger CBD-Gehalte) keine „weiche Droge“ mehr sei, muss der Einfachheit halber ein Chemiker des LKA Niedersachsen herhalten. Dass kein Wort darüber verloren wird, dass die Entwicklung der Wirkstoffgehalte unter illegalen und daher unkontrollierten Bedingungen stattgefunden hat, versteht sich von selbst. Für den nächsten Film mit dem Titel „Macht Cannabis abhängig?“ wird der beliebte Kniff verwendet, dass Ex-Konsumenten befragt werden (u.a. ein JVA-In-sasse), die offensichtlich massive Probleme mit Cannabis hatten. Am Ende bleibt – natürlich – der Eindruck, dass diese Erfahrungen auf die Mehrzahl der Konsument_innen zutreffen. In Video Nr. 5 wird zunächst auf mögliche Gründe für das Interesse von jungen Menschen an Cannabis eingegangen, inklusive Entwicklungsaufgaben, Identitätskonflikten etc. Am Ende der Sequenz folgt indes eine bizarre nachgestellte Szene, in der der Hauptdarsteller Chris von betont unfreundlichen Polizist_innen wegen einer kleinen Menge Cannabis zunächst in Handschellen gelegt wird, um danach unmittelbar seine Wohnung durchsucht zu bekommen. Letzteres soll klarstellen, dass die Droge entgegen angeblich verbreiteter Meinungen auch in kleinen Mengen illegal ist (wobei die Regelungen zur Verfahrenseinstellung bei geringer Menge verschwiegen werden). Die rabiate Vorgehensweise wird dabei selbstredend nicht hinterfragt, sondern wohl aus „pädagogischen“ Gründen bewusst betont.

Zum Schluss behauptet Chris: „Mit den bisherigen Folgen haben wir jede Menge Fakten gesammelt“ und liefert im letzten Video noch eine angeblich auf diesen vermeintlichen „Fakten“ beruhende – natürlich negative – „persönliche Meinung“. Dazu darf noch ein weiterer JVA-Insasse seine Einschätzung abgeben, dass die Jugendlichen doch lieber „Kampfsport“ betreiben sollten, anstatt zu kiffen. Kurzum: die Videos reihen sich nahtlos ein in eine lange Reihe von Abschreckungspropaganda zum Thema Cannabis, die nahezu ausschließlich auf mögliche Risiken und Probleme eingeht. Damit verschweigt eine solche Art von „Prävention“ die geschätzten 90-95% der Cannabiserfahrenen, die keine Probleme mit ihrem Konsum entwickeln, wodurch sie sich gerade bei potenziell Gefährdeten völlig unglaubwürdig macht und wirkungslos verpufft.

Für interessierte Fachkräfte wurde zu dieser Kampagne eine Informationsmappe erstellt, die weitere bemerkenswerte „Fakten“ enthält: so beginnt eines der Begleithefte mit einem Auszug aus der niedersächsischen Kriminalstatistik, das anhand einer gestiegenen Zahl von minderjährigen und heranwachsenden Btm-Tatverdächtigen das wachsende „Problem“ illustrieren soll (dokumentiert wird mit diesen Zahlen lediglich das – leider seit Jahren auch bundesweit – wachsende Problem der Kriminalisierung).

Trauriger Höhepunkt der ganzen Aktion ist ein weiteres in der Präventionsmappe enthaltenes Papier: „Zehn gute Gründe, Cannabis nicht zu legalisieren“. Diese Aufstellung enthält zahlreiche wissenschaftlich unhaltbare und zum Teil frei erfundene Behauptungen und Unterstellungen. Zum Beispiel werden Forderungen nach legaler Regulierung an einer Stelle mit „Verharmlosung“ und damit „Einladung zum Konsum“ gleichgesetzt, an anderer Stelle wird dazu der in Prohibitionistenkreisen beliebte Kampfbegriff der „Freigabe“ verwendet, die einerseits „unnötig“ sei (wegen der Geringen-Menge-Regelung – was in deutlichem Widerspruch zur oben geschilderten Polizeiaktion im Video steht), andererseits zwangsläufig zur Erschließung „neuer Konsumentenschichten“ führe. Zudem: „Cannabis ist eine Einstiegsdroge“. Hier handelt es sich allesamt um längst wissenschaftlich widerlegte Behauptungen aus der drogenpolitischen Mottenkiste. Garniert wird das Ganze mit neueren Narrativen aus Strafverfolgungskreisen, nach denen die „organisierte Kriminalität“ „durch eine Cannabisfreigabe nicht eingedämmt“ würde und durch Legalisierung „keine staatlichen Kosten“ gesenkt würden. Auch hier wurden, u.a. jüngst in diversen „legalisierten“ US-Bundesstaaten, gegenteilige Erfahrungen gemacht (siehe z.B. Dills et al. 2016).

Letztlich ist bei den „zehn guten Gründen“ aber weniger der konkrete Inhalt skandalös, sondern die Deutlichkeit, mit der sich die niedersächsische Strafverfolgung politisch positioniert. Letzteres steht einerseits im Widerspruch zum auch wiederholt von der Strafverfolgung betonten Grundsatz, dass sich die Vollzugsorgane nicht in die politische Willensbildung einzumischen haben. Andererseits wird hier seitens der Leitungsebene eine Meinung vorgegeben, die nicht der Realität unter Polizeibediensteten im Jahr 2018 entspricht: Viele Polizist_innen zweifeln heutzutage an der Sinnhaftigkeit des Strafrechts bei Drogendelikten wie auch am Verbot des Cannabisverkaufs (Steckhan 2017). Ohnehin ist es äußerst bedenklich, wenn im Namen einer staatlichen Exekutivbehörde eine politische Meinung vertreten wird, die konträr zur Meinung von praktisch allen relevanten Expert_innen steht, denn selbst die schärfsten Gegner von legalem Cannabis räumen mittlerweile ein, dass zumindest die generelle Entkriminalisierung geringer Mengen eine gute Idee wäre. Gerade mit der oben erwähnten grimmigen Demonstration von Staatsgewalt beim Fund eines kleinen

Tütchens Gras nimmt die niedersächsische Polizei explizit Stellung gegen eine solche in jeglicher Hinsicht sinnvolle Gesetzesänderung.

Grundsätzlich ist in Zweifel zu ziehen, ob durch die Strafverfolgung betriebene Drogenprävention irgendwelche positiven Effekte haben kann. Zwar stößt der „Drogenkoffer“, mit dem Polizeibedienstete seit Jahrzehnten Schulklassen besuchen, oft auf Interesse seitens der jeweiligen Schüler_innen; dies aber wohl eher aus Sensationslust. Gerade große generalpräventive Kampagnen wie die hier vorliegende dürften aber wohl einen ähnlichen Effekt haben wie nicht von der Polizei betriebene, auf Abschreckung setzende Maßnahmen – nur in deutlich drastischerer Form: die „Braven“ fühlen sich bestätigt in ihrer Ablehnung von Drogen, während diejenigen, die bereits eigene Erfahrungen haben, die Botschaften aus der Strafverfolgung umso vehementer ablehnen. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass der Versuch, sich an jugendkulturelle Stile anzubiedern, von Vorneherein zum Scheitern verurteilt sein dürfte.

Ob diese Maßnahme allerdings jemals eine Chance hatte, überhaupt ordentlich zu scheitern, sei dahingestellt: Trotz Bekanntmachungen in diversen Medien, inklusive zwei kritischen Besprechungen im „Hanfjournal“, sind bislang (Stand: 29.3.2018) alle sechs aufwendig produzierten, bei YouTube eingestellten Videos jeweils deutlich unter 500 Aufrufen geblieben – in der heutigen Aufmerksamkeitsökonomie praktisch nichts. Auch enthält der auf der Internetseite enthaltene Blog bislang: nichts.

Trotz dieser offenbar geringen Reichweite stellt die Kampagne geradezu ein Paradebeispiel für die leider immer noch weit verbreitete Meinung dar, dass Polizei Drogenprävention und damit Gesundheitspolitik, also eine den Kernaufgaben der Strafverfolgung fremde Materie, betreiben sollte. Nein, die Polizei ist nicht für solche Prävention zuständig und sollte es auch nicht sein – zumal diese auch bei vernünftigerer Argumentation allein aufgrund des Absenders ins Leere laufen würde. Wir fordern, dass zukünftig keine Steuergelder mehr für derartige mit falschen Argumenten angereicherte Versuche politischer Einflussnahme auf die dringend überfällige Debatte um den rechtlichen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bereitgestellt werden.

Literatur

- Dills, A., Goffard, S. & Miron, J. (2016): Dose of Reality – The Effect of State Marijuana Legalizations. Policy Analysis, Cato Institute, 799 (Sept. 16, 2016), online verfügbar unter: <https://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/pa799.pdf>; letzter Zugriff 04.05.2018.
- LKA Niedersachsen (2017): Informationsmappe zur Präventionskampagne „Die Rauchmelder – Chris und Nik machen den Cannabis-Check – Grass, oder was?“. Hannover: LKA Niedersachsen. dierauchmelder.de/
- Steckhan, S. (2017): Rauschkontrolleure und das Legalitätsprinzip. Polizeiliche Perspektiven zu Drogen und Drogenkriminalität. Marburg: Tectum.
- The Guardian (2015): ‚Stoner sloth‘ anti-drug campaign gets reality check as medical experts walk away (Autorin: Calla Wahlquist, 19.12.2015), online verfügbar unter: <https://www.theguardian.com/society/2015/dec/20/stoner-sloth-anti-drug-campaign-gets-reality-check-as-medical-experts-walk-away>; letzter Zugriff: 04.05.2018.

Ein Jahr Cannabis als Medizin-Gesetz – ein ambivalentes Zwischenfazit¹

Maximilian Plenert

Zusammenfassung

Deutschland gehört auf dem Papier zu den fortschrittlichsten Ländern der Welt in Sachen Cannabis als Medizin. Das Besondere an der Regelung ist die Kombination aus der allgemeinen Verschreibungsfähigkeit durch jeden Arzt in Deutschland zusammen mit dem Anspruch auf eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen. Der Weg von der Ausnahmemedizin in die Regelversorgung ist jedoch noch lang. Erst wenn es für jede_n, der/dem Cannabis helfen könnte, eine reale Therapieoption mit vielfältigen Cannabis-Medikamenten gibt, haben wir Normalität.

Anfang März 2017 war es endlich soweit. Die gesetzliche Neuregelung von Cannabis als Medizin mit dem Titel „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ trat in Kraft. Angekündigt worden war es im Januar 2015. Damals wurde den Patient_innen von der Drogenbeauftragten ein Gesetz noch im gleichen Jahr mit Rechtskraft ab 2016 versprochen. Für eine umfassende Bilanz in Zahlen liegen noch zu wenig Daten vor.

- Wie viele Patient_innen erhalten mit dem neuen Gesetz eine Therapie?
- Wie viele wurden von ihrem Arzt abgewiesen und sind weiterhin erfolglos auf der Suche nach Hilfe?
- Wie viele Inhaber einer Ausnahmeerlaubnis sind bis heute ohne Kostenübernahme?
- Nach welchen Kriterien entscheiden die Krankenkassen?
- Welche abgelehnten Anträge sind wirklich unbegründet und wie viele hätten vor Gericht eine Chance?
- Wie groß ist das Ausmaß der Lieferschwierigkeiten?

Versuch einer Bilanz

Wir wissen die Antworten bisher nicht genau. Zahlen könnten aber auch eine ganzheitliche Bilanz nach einem Jahr nicht so gut abbilden. Ein Wort passt auf jeden Fall: Ambivalenz. Je nach Perspektive und Einzelfall ist das Gesetz ein voller Erfolg, wirkungslos oder gar ein Rückschritt.

¹ Dieser Artikel erschien ursprünglich im in.fused Magazin, Ausgabe 6. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung meines Arbeitsgebers sens media.

1. Das Gesetz hat einen Boom an Verschreibungen ausgelöst, der größer war als viele geschätzt hatten. Trotz aller Probleme und Hürden waren der Druck und das Leid der Patient_innen einfach groß genug. Einige Anlaufschwierigkeiten lösten sich auf, andere wie Lieferschwierigkeiten begleiten die Patient_innen weiterhin. Die Ausschreibung der Anbaulizenzen und der Anbau in Deutschland selbst werden erst mittelfristig helfen können.
2. Als „Eigenanbauverhinderungsgesetz“ war die Neuregelung ein Erfolg. Mit der Möglichkeit einer Kostenerstattung und der Verschreibungsfähigkeit hat die Bundesregierung das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes zum Eigenanbau durch Patient_innen erst einmal wirksam gekontert. Ein Name darf dabei nicht vergessen werden: Michael Fischer. Er begann im Jahr 2000 den Rechtsstreit, der 2017 seinen vorläufigen Höhepunkt fand. Die Richter sprachen ihm das Recht zu, Cannabis selbst anbauen zu dürfen. Dieses Urteil war absehbar und die eigentliche Motivation der Regierung etwas zu ändern. Bei Patient_innen mit einer Kostenabsage haben sich die Voraussetzungen, auf denen das Urteil beruht, nicht geändert. Die Bundesregierung und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verweigern sich dieser Realität noch, bis die Gerichte den Patient_innen einmal mehr werden Recht geben.
3. Für Cannabis als Medizin weltweit ist das, was in Deutschland passiert ist und noch kommen wird, ein gewaltiger Schritt. Nach dem Wandel in den USA auf Ebene der Bundesstaaten, der allgemeinen legalen Regulierung in Uruguay und den cannabispolitischen Umwälzungen in Kanada ist die Neuregelung von Cannabis als Medizin in Deutschland der nächste Durchbruch. Die Wirkung des Gesetzes reicht über die Grenzen Deutschlands hinaus. In der EU und über internationale Verträge wie dem Schengen Abkommen hat medizinisches Cannabis aus Deutschland nun einen offiziellen Status.

Zahlen bitte! Der Damm ist gebrochen.

Eine Hochrechnung zeigt, dass der Umsatz mit Cannabis als Medizin auf Rezept im zweistelligen Millionenbereich liegt und stetig wächst. Dazu kommen die Privatrezepte, deren Anzahl in einer ähnlichen Größenordnung liegen könnte. Bisher sind dazu keine Zahlen bekannt. Summa summarum kann man sagen, dass etwas Großes ins Rollen gekommen ist, langsam aber sicher nimmt die Sache Fahrt auf. Die hohen Wachstumsraten gehen von einem niedrigen Anfangsniveau aus. Es gibt aber keinen Grund anzunehmen, dass es in Deutschland signifikant anders laufen sollte als in Kanada. Dort wachsen die Zahlen seit April um durchschnittlich 30% pro Quartal. Auf's Jahr gerechnet stiegen alle Kennziffern von 2014 bis 2017 um fast 200%. Selbst wenn es in Deutschland nur 20% werden sollten – es gibt auch gute Argumente für 40% – ist von einem exponentiellen Wachstum auszugehen.

Cannabis ist keine Insel – Blitzlicht über Entwicklungen im In- und Ausland

Seit der Verabschiedung des Gesetzes ist einiges passiert. Mit Kanada wird eine der größten Industrienationen Cannabis legalisieren, während in den USA aufgrund der Bundesgesetze weiterhin Unsicherheit herrscht. Konkret aktiv wurde die US-Regierung bei ihrer Blockade für den Export von Cannabis aus Israel. Um uns herum haben zahlreiche Länder Fortschritte bei Cannabis als Medizin gemacht: Dänemark, Niederlande, Italien, Luxemburg, Tschechien, Polen und nicht zu vergessen das europaweite Phänomen CBD. Auch „Down under“ bewegt sich einiges: Australien ist einen ähnlichen Schritt wie Deutschland gegangen, Uruguay wackelt noch vor sich hin aber auch in Mazedonien und Brasilien gibt es Bewegung.

Innerhalb von Deutschland sind noch viele Fragen offen. Der Umgang mit der Polizei, dem Erhalt eines Waffenscheins und dem Thema Straßenverkehr beschäftigt Patient_innen im Alltag. Die Erfahrungen auch in Städten wie München sind mal so, mal so. Parallel dazu intensiviert die Polizei die Verfolgung von Cannabiskonsument_innen und steigert jedes Jahr die Anzahl der statistisch erfassten Fälle (vgl. Wimber/Werse in diesem Band).

Der Bund der Kriminalbeamten spricht sich für die Cannabisregulierung aus und das Thema war nach der Bundestagswahl bei den Jamaika Koalitionsverhandlungen mit auf der Tagesordnung. Verbesserungen bei Cannabis als Medizin waren zwischen CDU, CSU, FDP und Grünen schon Konsens, im Koalitionsvertrag der Großen Koalition steht zu beiden Themen leider kein Wort mehr. Mit der Bundestagswahl sind wichtige Mitstreiter im Parlament wie Tempel, Terpe oder Blienert ausgeschieden, das Einarbeiten der Nachfolger_Innen wird etwas dauern. Einige Ärztekammern zeigen sich eher ignorant oder desinteressiert am Thema, andere Mediziner wie Dr. Gastmeister aus Potsdam agieren als Vorreiter und bilden ihre Kolleg_innen fort.

Viel Licht

„Bei mir Licht. Direkt nach dem Gesetz Kostenübernahme. Vorher Ausnahmeregelung. Coolen Arzt im Ort. Guter Apotheker. Bedrocarn und Bediol fast immer verfügbar. Ich muss auf Vorrat bestellen um Lieferengpässe zu vermeiden und würden gerne mal Bakerstreet probieren was aber nicht lieferbar ist. Das sind aber Luxusprobleme.“ – Jöran Kortmann, Patient mit Epilepsie

Vor dem Gesetz hatten gerade einmal 1000 Personen Zugang zu Cannabisblüten und quasi niemand eine Kostenübernahme. Nimmt man dies als Vergleichsmaßstab, sind die Tausenden Patient_innen mit einer Kostenübernahme ein durchschlagender Erfolg. Dazu kommen nochmals Tausende, die den legalen Zugang auf Privatrezept genutzt haben um Cannabis legal anzuwenden.

„Kostenübernahme seit April, einmal Sortenwechsel für zwei Monate wegen Lieferproblemen und meinen Führerschein habe ich auch wieder.“ – Patient mit Ausnahmeerlaubnis und ADHS Diagnose

Vor Gerichten erringen Anwälte wie der verdiente Dr. Tolmein weitere Erfolge und wehren erfolgreich Schikanen wie eine Befristung ab. Natürlich sind alle Fälle für sich genommen erstmal nur ein Einzelfall, aber in der Summe werden die Gerichte für

eine sozialere Auslegung des Gesetzes sorgen. Andere Prozesse werden verloren, hier werden Patient_innen bald gelernt haben, die wichtigsten Fehler zu vermeiden.

„Erfreulich: Verhältnismäßig viele Bewilligen ohne Probleme durch die Kassen; Schatten: Immer wieder der Einwand drohender Abhängigkeit und vor alle extrem restriktive Auslegung durch einige Richter, die faktisch §2 Abs. 1a prüfen, obwohl die neue Regelung offensichtlich weiter gehen soll und auch mit Blick auf die Begleiterhebung nur eine großzügige Auslegung Sinn macht. So eine Erhebung macht ja wohl nur mit breiter Datenbasis Sinn.“ – Rechtsanwalt Volker Gerloff

Bestehende Probleme und neue Probleme müssen gelöst werden – aber wie es mittelfristig weitergehen wird, darüber kann man derzeit nur spekulieren. Trotz aller Probleme und Wachstumsschmerzen, die Etablierung von Cannabis als Medizin hat begonnen.

„Bekomme Blüten – alle Opiate entzogen, Benzodosis halbiert, komplett schmerzfrei!“ – eine langjährige Schmerzpatientin

Viel Schatten

Die Versorgungslage hat sich noch immer nicht verbessert. Immer wieder fallen Sorten für eine bestimmte Zeit oder bis auf weiteres weg, ein Austausch bedeutet Aufwand und ist medizinisch nicht immer möglich.

„Am Ende kaufe ich nun weiter beim Dealer. Ich wurde im Stich gelassen.“ – Junger Patient mit Versorgungsproblemen

„Seit der Änderung des Gesetzes geht es mir schlechter denn je. Hohe Kosten – Leere Apotheken.“ – Berliner Schmerzpatient

Das Verhalten von einigen wenigen Ärzt_innen muss als unwürdig bezeichnet werden. Viele glauben ihren Patient_innen nicht, scheuen den Aufwand oder sind nicht gewillt, für ihre Patient_innen zu kämpfen. Bis sich diese „Mit Cannabis will ich nichts zu tun haben“ Haltung flächendeckend ändert, gilt es noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten.

Wie elementar die Probleme im Umgang mit Cannabis als Medizin sind, zeigt sich bei Dingen wie Anrufe von Apotheken bei dem Autor dieses Beitrags, man wolle Cannabis bestellen. Selbst gebildete Menschen scheitern daran, die Anbieter von Cannabis ausfindig zu machen und landen über mein Blog bei meiner Handynummer.

Bei den Diagnosen der Patient_innen mit Ausnahmeerlaubnis war ADHS überdurchschnittlich vertreten. Welche Diagnosen gut versorgt werden und welche nicht, wissen wir nicht. Es ist aber davon auszugehen, dass Patient_innen, die ein Recht auf Cannabis als Medizin haben, keine Therapie mit Cannabis erhalten.

Die Krankenkassen geben an, etwa die Hälfte der Anträge zu bewilligen. Wir wissen nicht, wie viele der abgelehnten Anträge wirklich unvollständig bzw. nicht ausreichend begründet sind, wie es die Krankenkassen behaupten. Wie viele abgelehnte Anträge genügen der Anforderung im Gesetz, die eine Ablehnung nur in „begründeten Ausnahmefällen“ erlaubt? Die Erfahrungen bisher sind eher, dass bei den Entscheidungen Willkür und Zufall eine zu große Rolle spielen. Es sind sogar Ablehnungen bekannt, bei denen der Patient sich in einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung befindet, d.h. an einer „unheilbaren und in absehbarer Zeit zum Tode führenden Krankheit“ leidet.

„Geregelte Schmerzfreiheit seit Gesetzesänderung. Leider Ablehnung der Kostenübernahme wegen zu wenig Versuchen einer konservativen Opioidtherapie Jetzt warte ich seit August auf Bearbeitung meines Widerspruchs. Rechtsstreit ist hier vorprogrammiert.“

Ein nicht genau zu beziffernder, aber relevanter Anteil der Patient_innen mit Ausnahmeerlaubnis, wurde abgelehnt. Diese Patient_innen mit Ausnahmeerlaubnisse, die keine Kostenübernahme von ihrer Krankenkasse erhalten haben, sind die Verlierer_innen des Gesetzes. Teilweise haben sie nicht mal einen Kassenarzt gefunden, der ihnen Cannabis verschreibt. Die Preise in der Apotheke haben sich für diese Patient_innen verdoppelt, anstelle ihrer Erlaubnis mit freier Sortenwahl sind nun auch sie an BtM Rezepte vom Arzt und der jeweils genannten Sorte gebunden.

Rat an Patient_innen:

- Stellt einen Antrag auf Kostenerstattung – Ihr habt nichts zu verlieren außer die Kosten!
- Widerspricht bei einer Ablehnung – Wer schweigt, stimmt der Kasse zu!
- Geht vor das Sozialgericht – Es ist euer gutes Recht!

Cannabis-Legalisierung in Kanada: „Bill C-45“ – Chancen und Probleme¹

Neil Boyd

Zusammenfassung

Kanada steht zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Juni 2018) kurz davor, landesweit einen legal regulierten Handel mit Cannabis zum Freizeitgebrauch einzuführen. Das entsprechende Gesetz („Bill C-45“) wurde in den letzten Jahren diskutiert und (weiter)entwickelt. Dieser Regelung ging eine langjährige Geschichte weitgehender Entkriminalisierung sowie ein extensiver Ausbau der Versorgung mit medizinischem Cannabis voraus. Die „Bill C-45“ enthält Regelungen zur Schadensminimierung, einem kontrollierten Produktionssystem und einem sicheren Verteilungssystem inklusive Postversand. Das bestehende System für die medizinische Versorgung wird unabhängig davon weiterbestehen. Etwaige Probleme könnten dadurch entstehen, dass der Umgang mit „unerlaubtem Cannabis“ vergleichsweise streng strafrechtlich verfolgt werden soll. Dennoch kann das kanadische Modell, u.a. durch die klaren Regulierungen und die am Schwarzmarkt orientierte Preisgestaltung, als Vorbild für andere Länder angesehen werden.

Vor der Wahl in Kanada im Jahr 2015 hatte die Liberale Partei versprochen, im Falle eines Sieges Cannabis zu legalisieren. Obwohl es bereits seit 2001 Regelungen für medizinisches Cannabis gibt, wollte die Regierung von Premierminister Justin Trudeau deutlich weitergehen, indem Cannabisprodukte für den Freizeitgebrauch legal und versteuert erhältlich sein sollten. Im April 2017 stellte die Regierung den „Cannabis Act“ (Bill C-45; Cannabis Act 2017) vor mit dem Ziel, dass die Legalisierung im Sommer (voraussichtlich September) 2018 in Kraft tritt.

Geschichte: Die Hintergründe

Während der letzten 50 Jahre haben sich die Einstellungen zu Cannabis in Kanada deutlich verändert. 1969 wurde durch die Regierung eine Kommission eingesetzt (LeDain-Kommission), um eine Einschätzung zum nicht-medizinischen Gebrauch von Cannabis abzugeben. Die beiden Berichte der Kommission, veröffentlicht 1972 und 1973, empfahlen die Entkriminalisierung des Cannabisbesitzes (LeDain 1972 & 1973). Während die seinerzeit folgende Regierung der Empfehlung nicht folgte, begann sich die Praxis der Rechtsprechung bereits vor rund 40 Jahren zu ändern, indem Straffreiheit und Bewährung zu üblichen Mitteln wurden; der Anteil der Freiheitsstrafen als Konsequenz sank auf 5% aller Besitzdelikte. Gegen Ende der 1980er/

¹ Übersetzung: Bernd Werse. Auch wörtliche Zitate wurden ins Deutsche übersetzt.

Anfang der 1990er Jahre stammte das in Kanada konsumierte Cannabis überwiegend aus heimischer Produktion. Der Anbau von Cannabis im eigenen Land stellt/e einen bedeutsamen globalen Wandel dar, der seither in vielen anderen Ländern zu beobachten war und ist (Decorte et al. 2011).

Die Legalisierung von Cannabisproduktion und -handel in den US-Bundesstaaten Colorado und Washington 2014 stellte eine Art Paradigmenwechsel dar, der die Möglichkeiten für den zukünftigen Umgang mit der Droge fundamental veränderte. In Kanada liegen Änderungen von Strafgesetzen und deren Umsetzung exklusiv in den Händen der Bundesregierung; ein Grundsatz, der durch den Abschnitt 91 (27) der Verfassung (1982) garantiert ist. Einfach gesprochen, kann es in Kanada im Hinblick auf die Kriminalisierung von Cannabis keinen Konflikt zwischen Landes- und Bundesgesetzen wie in den USA geben; dieses Aufgabengebiet liegt exklusiv in der Verantwortung der kanadischen Regierung. Allerdings, wie wir später sehen werden, gibt es dennoch eine Reihe von Verantwortlichkeiten, die in den Händen der Regierungen von Provinzen und Gemeinden liegen und die deutliche Auswirkungen auf Handelsnetzwerke und das Alter, ab dem Personen die Droge kaufen können, haben.

Wie von zahlreichen Beobachter_innen angemerkt, gibt es zwei Hauptziele der Bill C-45, die derzeit in Senatsanhörungen diskutiert wird und für die eine Ratifizierung im Juni 2018 erwartet wird, so dass der legale Kleinhandel im September landesweit starten kann: den Cannabis-Schwarzmarkt zu eliminieren und den Zugang Minderjähriger zu Cannabisprodukten zu erschweren. Ein Diskussionspapier, das die kanadische Regierung 2016 erstellte, hat den Boden für die Legalisierung bereitet. Dieses Papier legte den Schwerpunkt auf öffentliche Gesundheit (Public Health), womit es sich deutlich von den stärker kommerziell ausgerichteten Modellen in Colorado und Washington unterscheidet.

Dieses Diskussionspapier legte den Rahmen für die Arbeit einer daraufhin eingesetzten Arbeitsgruppe (Task Force) fest und sorgte damit für mehr Klarheit im Hinblick auf die Agenda der Regierung. Zur relativen Schädlichkeit von Cannabis ist im Papier die Rede davon, dass „das Risiko einer Cannabisabhängigkeit, basierend auf den bisherigen Erkenntnissen, niedriger ist als das Abhängigkeitsrisiko von Alkohol, Tabak oder Opioiden. Und, anders als Substanzen wie Alkohol oder Opiode, bei denen Überdosen tödlich sein können, gibt es keine bekannte tödliche Überdosis von Marihuana“ (Government of Canada 2016: 7). Was Kanadas internationale Verpflichtungen betrifft, UN-Konventionen bezüglich Cannabis einzuhalten, betrachtet das Papier diese Konventionen (von 1961, 1971 und 1988) nicht als Hindernis für Legalisierung und Regulierung: „Während Kanadas Vorschlag, Cannabis zu legalisieren, sich auch von der Drogenkontrollpolitik in anderen Ländern unterscheiden mag, so werden dennoch die Ziele aufrechterhalten, Bürger_innen, insbesondere Jugendliche, zu schützen, evidenzbasierte Politik zu implementieren und Gesundheit und Wohlergehen ins Zentrum des Ansatzes zur Implementierung des Vertrages zu stellen. Kanada ist verpflichtet, internationale Partner zu respektieren und eine gemeinsame Grundlage zu finden, die genannten Ziele zu verfolgen“ (Government of Canada 2016: 10).

Das Diskussionspapier schlägt weiterhin fünf wesentliche Ziele der Regierung für die neue Regelung vor: 1) die Schäden des Konsums zu minimieren, 2) ein sicheres und verantwortungsbewusstes Produktionssystem zu etablieren, 3) ein angemessenes Verteilungssystem zu schaffen, 4) öffentliche Sicherheit und Schutz der Bevölkerung

zu gewährleisten und 5) den Zugang zu Cannabisblüten für medizinische Zwecke zu garantieren.

Schadensminimierung

Im Hinblick auf die Minimierung von Schäden des Konsums bestand die Task Force darauf, dass der Verkauf essbarer Cannabisprodukte² zwar erlaubt ist, aber nur in kindersicheren Verpackungen, in Einzeldosen sowie versehen mit einem standardisierten Cannabissymbol. Allerdings beschränkt Abschnitt 33 des Cannabis Act die Arten der legal zu verkaufenden Produkte auf getrocknete Cannabisblüten, Cannabisöl, frisches Cannabis, Cannabispflanzen und Cannabissamen. Essbare Produkte mit Cannabisanteil sowie Salben sind somit zunächst vom Verkauf ausgeschlossen; allerdings wurde im Oktober 2017 ein Zusatz zum vorgeschlagenen Gesetz angefügt, dass derartige Produkte ein Jahr nachdem der Cannabis Act in Kraft tritt verfügbar gemacht werden können. Kurzfristig könnte diese Einschränkung problematisch sein, da somit eine Fortsetzung des Schwarzmarktes denkbar erscheint, was den Empfehlungen der Task Force zuwiderliefe. Die Empfehlung der Regierung eines Mindestalters von 18 Jahren ist im Einklang mit den Regelungen für Alkohol und Tabak, trotz des höheren Risikopotenzials dieser beiden Drogen.

Deutliche Unterschiede des legalen Marktes zu derzeit im Handel befindlichen Produkten, v.a. mit Blick auf THC-Anteile, könnten möglicherweise ebenfalls die Akzeptanz der neuen Regelungen gefährden. Weniger bedenklich hingegen – im Hinblick auf einen möglichen Fortbestand des illegalen Marktes – sind Beschränkungen für Werbung, gewisse Beschränkungen der verkauften Mengen sowie gewisse Restriktionen bezüglich der Orte, an denen Cannabis verkauft wird (vgl. Kleiman 2016 für eine nähere Diskussion zu Maßnahmen der Schadensminimierung, basierend auf Erfahrungen aus Colorado und Washington):

Sicheres und verantwortungsbewusstes Produktionssystem

Was diese Frage betrifft, so existiert in Kanada bereits ein etabliertes Produktionssystem. Derzeit (Mai 2018) gibt es 104 lizenzierte Produzenten in Kanada, die ähnliche Produkte an mehr als 269.000 registrierte medizinische Cannabiskonsumt_innen per Post vertreiben. Zu dem Zeitpunkt, an dem Kanada Cannabis zum Freizeitkonsum legalisiert, existiert also bereits ein Modell für ein Produktionssystem: das des lizenzierten Produzenten, das als Voraussetzung für jeglichen kommerziellen Verkauf betrachtet werden kann, gleichgültig ob dieser über Postversand, Apotheken, Ausgabestellen, Alkoholgeschäfte (liquor stores) oder andere Lokalitäten erfolgt. Allerdings kamen Fragen auf im Hinblick auf die beste Methode, um die Sicherheit des Vertriebs zu gewährleisten. Zudem wird diskutiert, ob das derzeitige System mögliche neue Anbieter ausschließen könnte, da diese kostspielige Auflagen erfüllen müssen. Wenn die neue Regelung in Kraft ist, ist es die Aufgabe der Regierung, eine größere Anzahl von Anbietern zum Markt zuzulassen und gleichzeitig eine Regulierung zu gewährleisten,

² Anmerkung des Übersetzers: „Edibles“; insbesondere Süßigkeiten mit THC-Anteil, deren Verkauf in den US-Bundesstaaten mit legalem Cannabis für intensive Debatten sorgte.

durch die Konsument_innen vor Pestiziden oder anderen Verunreinigungen geschützt werden.

Für diejenigen, die ihr eigenes Cannabis anbauen möchten, existiert diese Option in Bill C-45, ähnlich wie für hausgemachtes Bier oder selbst gekelterten Wein, bezüglich Produkten für den eigenen Gebrauch, die nicht weiterverkauft werden dürfen. Der Cannabis Act erlaubt den Anbau von maximal vier Pflanzen sowohl in eigenen als auch in gemieteten Häusern bzw. Wohnungen. Obwohl manche Provinzen und Gemeinden den Wunsch geäußert haben, alle Arten des Heimanbaus zu verbieten, ist es nicht klar, ob ein solches Verbot rechtens ist, da es rechtlich nicht auf regionaler Ebene beschlossen werden kann: die Bundesregierung hat gemäß Abschnitt 91 (27) der Verfassung das alleinige Recht, Strafgesetze zu beschließen. Wahrscheinlicher ist es, dass Provinzen oder Gemeinden spezifische Regelungen für Bedingungen und Arten des erlaubten Heimanbaus beschließen – wobei einige dieser Regelungen letztlich viele Kanadier_innen von dieser Möglichkeit der Cannabisversorgung ausschließen könnten.

System für die Verteilung von Cannabis

Wie oben erwähnt, empfiehlt Bill C-45 ein Postversandsystem für Freizeitkonsument_innen von Cannabis, ähnlich zu dem, was bislang für medizinische Nutzer_innen existiert, auf Basis eines Systems von lizenzierten Produzenten für alle Formen von Produktion und Distribution.

Der Zugang zu Cannabis zum Freizeitkonsum über Postversand wird voraussichtlich, vor allem angesichts der Auflage, das Alter zu verifizieren, ein kritischer Aspekt des Systems nationaler Cannabisdistribution. Kanada ist geographisch ein großes Land mit zahlreichen abgelegenen oder vergleichsweise abgelegenen Gemeinden. Da es wahrscheinlich ist, dass in jeder Provinz nur eine begrenzte Zahl lizenzierter Produzenten existieren wird, und da es denkbar ist, dass einzelne Provinzen nur bestimmte Typen und Anzahlen von Verkaufsstellen zulassen, werden Bestellungen, die per Post verschickt werden, ein wesentlicher Schlüssel zu einem landesweiten Zugang zur Droge. Postversand hat den Vorteil, dass man nicht eigens zu einer Verkaufsstelle fahren muss. Zudem kann damit das Risiko minimiert werden, dass bestimmte Verkaufsstellen absichtlich oder unabsichtlich intensiven bzw. problematischen Konsum fördern könnten.

Die Task Force, die im Herbst 2016 ihren Bericht an die Regierung übermittelte, benannte drei mögliche Optionen für die Distribution; alle drei wurden in Bill C-45 berücksichtigt: 1) ein Ansatz, bei dem sich Konsumierende registrieren müssen, um sich Cannabis per Post schicken lassen können (der wie erwähnt bereits erfolgreich für die medizinische Versorgung mit Cannabis erprobt wurde), 2) öffentliche Verkaufsstellen (unter strikter Einhaltung der Altersbeschränkung, weitgehend basierend auf dem „Dispensary“-Modell, wie es bereits jetzt in Vancouver, Victoria und anderen Städten existiert)³ und 3) lokale Regelungen, die es Regierungen von Provinzen und

³ Anmerkung des Übersetzers: In diesen Städten gibt es derzeit (Mai 2018) bereits eine große Anzahl von „Dispensaries“ (ein Ausdruck, der ursprünglich Ausgabestellen für medizinische Cannabisprodukte vorbehalten war), in denen Erwachsene – teils nach Vorzeigen des Ausweises und Unterschreibens der Hausregeln, teils ohne jegliche Restriktionen – Cannabis zum Freizeitgebrauch erwerben können. Dies

Territorien erlauben, das beste Modell für die Distribution auszuwählen (Apotheken, Zusatzangebote in lokalen Alkoholgeschäften oder Vergabestellen), mit der Möglichkeit, dass es substanzielle Abweichungen zwischen Provinzen und Territorien gibt. Der Cannabis Act schließt keine dieser Möglichkeiten aus, wodurch Provinzen und Gemeinden die Verantwortung übertragen wird, zusätzlich zum nationalen Postversandssystem lizenzierter Produzenten (Abschnitt 62 des Gesetzes) ein Distributionsystem und zudem Beschränkungen hinsichtlich Alter und der Erlaubnis zum Erwerb zu schaffen.

Die empfohlene Preisstruktur ist so gestaltet, dass Schwarzmarktverkauf unattraktiv wird, der Konsum sich aber nicht steigert (indem die Verkaufspreise den derzeitigen Schwarzmarktpreisen ähnlich sind). Wie oben erwähnt, dürfen Bürger_innen grundsätzlich maximal vier Pflanzen in ihren eigenen oder gemieteten Immobilien anbauen, wobei aber einige Provinzen und Gemeinden Regelungen schaffen möchten, die jeglichen Eigenanbau verbieten. Verkaufsstellen ähnlich den „Dispensaries“, die in Vancouver seit 2015 lokal reguliert sind, sind ebenfalls möglich gemäß C-45, wobei alle Entscheidungen bezüglich der Typen von Verkaufsstellen, Mindestalter, Preise und Steuern – unter Verweis auf deren Recht, Landnutzung zu kontrollieren – in den Händen der Provinzen und teilweise einzelner Gemeinden liegen. Die neue Regelung schränkt zudem das Marketing von Cannabisprodukten ein: Lediglich Informationen über THC- und CBD-Gehalte sowie die spezifische Cannabissorte sollen für den Käufer bzw. die Käuferin ersichtlich sein.

Medizinische Verwendung von Cannabis

Zugang zu Cannabis für medizinische Zwecke soll vom Zugang zu Freizeitzwecken getrennt bleiben. Gegenwärtige Regulierungen für Medizinalcannabis (ACMPR— Access to Marijuana for Medical Purposes Regulations), die es derzeit Patient_innen erlauben, selbst Cannabis anzubauen sowie andere zu beauftragen, für sie anzubauen, sollen fünf Jahre nach Inkrafttreten des Cannabis Act überprüft werden.

Im Februar 2016 urteilte Kanadas oberstes Gericht (Federal Court of Canada), dass die Pflicht, Medizinalcannabis nur über lizenzierte Produzenten zu beziehen, die Freiheits- und Sicherheitsrechte der Konsument_innen verletzt, die durch die in der Verfassung enthaltene Kanadische Charta der Rechte und Freiheiten geschützt werden. Kurz zusammengefasst urteilte das Gericht, dass viele Cannabispatient_innen aufgrund der Preis- und Produktbeschränkungen keinen ausreichenden Zugang zu ihrer Medizin haben. Die Gerichtsentscheidung erlaubt es medizinischen Nutzer_innen, ihr eigenes Cannabis anzubauen oder einen ausgesuchten Anbauer mit der Produktion von Cannabis für sie zu beauftragen – anders als in den Regelungen zu Cannabis für medizinische Zwecke (Marihuana for Medical Purpose Regulations; MMPR) 2013 festgelegt. Die MMPR hatten seinerzeit Bedingungen für eine Medizinalcannabis-Industrie festgelegt, die sowohl für die Produktion als auch die Distribution medizinischer Cannabisprodukte verantwortlich sein sollte (aber ursprünglich jegliche Heimproduktion der Droge untersagt hatte).

ist zwar nicht im Einklang mit den Bundesgesetzen, aber die entsprechenden Gemeinden verfolgen diese Verstöße nicht bzw. haben Regelungen geschaffen, die solche Läden erlauben. Somit handelt es sich um ein mittlerweile etabliertes Gewerbe, das rechtlich in einem Graubereich operiert.

In Reaktion auf die o.g. Gerichtsentscheidung beschloss die Trudeau-Regierung im August 2016 die neuen ACMPR-Regeln, welche die MMPR der vorherigen Regierung aus dem Jahr 2013 ersetzten. Diese Regulierungen sind denen der MMPR ähnlich, indem sie Rahmenbedingungen für die kommerzielle Produktion durch lizenzierte Produzenten festlegen. Diese Produzenten können frisches oder getrocknetes Marihuana oder Cannabisöl, wie auch Cannabissamen und Pflanzen verkaufen, mit unterschiedlichen gehalten an THC und CBD. Tatsächlich verkaufen diese Produzenten aktuell in erster Linie getrocknete Cannabisblüten und Cannabisöl; nur wenige Produzenten haben Samen und Pflanzen im Angebot (obwohl es für letztere, angesichts der hinzugefügten Regulierung für den Eigenanbau, eine verstärkte Nachfrage geben müsste).

Weiterführung der Kriminalisierung von Cannabisbesitz, Produktion und Distribution

Vor dem Hintergrund, dass mit der Bill C-45 der Cannabisverkauf legalisiert wird, wurde das Ausmaß der Kriminalisierung, die in der Regelung enthalten ist, wiederholt kritisiert, u.a. in Petitionen an das Unterhaus und den Senat (die beiden Kammern des kanadischen Parlaments) im Frühjahr 2018. Neue Delikte wurden eingeführt – Produktion, Distribution und Besitz von „unerlaubtem Cannabis“ (jegliche Cannabisprodukte, die nicht von einem lizenzierten Produzenten stammen), und die Strafen dafür reichen bis zu 14 Jahren Haft für Produktions- und Distributionsdelikte. Vielleicht etwas überraschender als diese in den Abschnitten 9 und 12 festgelegten Regelungen ist Abschnitt 8 des Cannabis Act, in dem eine Maximalstrafe von fünf Jahren für den einfachen Besitz von unerlaubtem Cannabis festgeschrieben ist. Angesichts dessen, dass diejenigen, die in Kanada Tabak an Minderjährige verkaufen, dafür nicht kriminalisiert werden, sondern lediglich Geldbußen zu befürchten haben (und dass der Besitz unerlaubten Tabaks keine Straftat ist), wurde die Logik derartig hoher Strafen für Cannabisbesitz, -verteilung und -produktion wiederholt scharf kritisiert.

Diskussion

Insgesamt ist die Einführung des neuen Systems zu Produktion, Distribution und Verkauf in engem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Verfolgung von „unerlaubtem Cannabis“ sowie zu Fragen der Preisgestaltung und Besteuerung zu betrachten. Sollte der Cannabispreis auf dem neuen Markt merklich vom derzeitigen Schwarzmarktpreis abweichen, entstünde ein Anreiz zur Fortführung des illegalen Marktes. Sowohl in Colorado als auch in Washington sind die Preise seit der Legalisierung indes gefallen, und Haftstrafen für die Verbreitung von nicht-lizenziertem Cannabis sind klar zurückgegangen, was als Beleg dafür gelten kann, dass der Schwarzmarkt immer weniger mit dem legalen Handel mithalten kann. Womöglich einer der wichtigsten Hinweise zum neuen Gesetz ist, dass Kanada mit Bedacht vorgehen sollte; nahezu 100 Jahre strafrechtlicher Verfolgung sollten mit Vorsicht „zurückgebaut“ werden, damit ausreichend Zeit dafür vorhanden ist, die Auswirkungen des Wandels zu evaluieren.

Die derzeitige Entwicklung des legalen Marktes über die bereits erlaubte Regulierung für die Distribution medizinischer Cannabisprodukte hat bereits jetzt eine breite Spanne an Produkten für potenzielle Konsument_innen zur Folge gehabt. Dieser Wandel könnte einen Einfluss auf das Ausmaß sowohl des medizinischen Konsums als auch des Freizeitgebrauchs in der Bevölkerung gehabt haben. Die Ausweitung des medizinischen Gebrauchs ist womöglich der wichtigste Aspekt der Legalisierung von Cannabis, da das Wissen und das praktische Potenzial für eine breite Spanne an therapeutischen Anwendungen ausgedehnt werden kann. Gleichzeitig sollte ein grundsätzlicher wichtiger Punkt berücksichtigt werden: Individuelle Gründe für den Konsum – das Bedürfnis nach Genuss und die Linderung von Schmerzen und anderen Beschwerden – können nicht immer klar auseinandergehalten werden; häufig überlappen sich unterschiedliche Motivationen für den Cannabiskonsum. Die Legalisierung der Droge in Kanada scheint nur noch einige Monate entfernt zu sein, aber dieser Zeitpunkt wird erst den Anfang eines Prozesses darstellen, die Auswirkungen dieses Wandels zu erfassen und zu verstehen.

Literatur

- Access to Cannabis for Medical Purposes Regulations (ACMPR), P.C. 2016-743, August 5, 2016, Canada Gazette. Volume 150, No. 17.
- Boyd, N. (1984): The Origins of Canadian Narcotics Legislation: The Process of Criminalization in Historical Context. 8 Dalhousie Law Journal 102-136.
- Cannabis Act, Bill C-45 (2017): An Act respecting cannabis and to amend the Controlled Drugs and Substance Act, the Criminal Code and other Acts, First Reading, April 13, 2017.
- Canada, Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs, and Gerald Le Dain (1972): Cannabis: A report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs. Information Canada.
- Cohen, E. (2015): Becoming a medicinal marijuana user: applying Becker's analysis of recreational cannabis users to a medicinal framework. Unpublished M.A. thesis, Simon Fraser University, School of Criminology.
- Decorte, T./Potter, G./Bouchard, M. (2011): World Wide Weed: Global Trends in Cannabis Cultivation and its Control. Ashgate, London.
- Erickson, P. G./Addiction Research Foundation of Ontario (1980): Cannabis criminals: the social effects of punishment on drug users. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Government of Canada, Justice Laws Website (2014): Marihuana for Medical Purposes Regulations, (SOR/2013-119), online verfügbar unter: <http://www.laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-2013-119>, letzter Zugriff: 28.05.2018.
- The Final Report of the Task Force on Cannabis Legalization and Regulation (2016): A Framework for the Legalization and Regulation of Cannabis in Canada, November 30, 2016, online verfügbar unter: <http://healthycanadians.gc.ca/task-force-marijuana-groupe-etude/framework-cadre/index-eng.php#a3.2>, letzter Zugriff: 28.05.2018.
- Government of Canada (2016): Toward the Legalization, Regulation and Restriction of Access to Marijuana. Discussion Paper, Task Force on Marijuana Legalization and Regulation.

- Kleiman, M. (2016): Legal Commercial Cannabis Sales in Colorado and Washington: What Can We Learn? Brookings, Center for 21st Century Security and Intelligence, Latin America Initiative (1-13).
- Nunberg, H./Kilmer, B./Pacula, R./Burgdorf, J. (2011): An Analysis of Applicants Presenting to a Medical Marijuana Specialty Practice in California. *Journal of Drug Policy Analysis*, 4 (1) 1-16.
- Walsh, Z./Callaway, R./Belle-Isle, L./Capler, R./Kay, R./Lucas, P./Holtzman, S. (2013): Cannabis for therapeutic purposes: Patient characteristics, access and reasons for use. *International Journal of Drug Policy*.

Effekte und Nebeneffekte der Umsetzung der Regulierung von Marihuana in den USA: Stand Herbst 2016

Gundula Barsch

Zusammenfassung

Vielfach wird in Debatten mit Statistiken jongliert, die am Beispiel der US-Bundesstaaten Washington und Colorado ein düsteres Bild von den Folgen einer Regulierung von Cannabis nachzeichnen. Mit diesem Auszug aus einem Forschungsbericht, der am Humboldt *Institute for interdisciplinary Marijuana Research (HiMR)* an der Humboldt State University in Arcata während eines Sabbaticals entstand, werden empirische Befunde zur Entwicklung des Konsums allgemein und unter Jugendlichen ausgelotet und in den Bezug zu einem radical political Shift gestellt, der mit einer Regulierungspolitik angeschoben wird.

Der Kampf um die Deutungshoheit drogenpolitischer Wendungen

In Zusammenhang mit drogenpolitischen Regulierungsbestrebungen, die sich in sehr verschiedenen Regionen der Welt regen, ist sowohl in den Medien als auch in Expert_innenkreisen eine Auseinandersetzung um die Deutungshoheit dieser Entwicklungen in Gang gekommen, die konträrer nicht sein könnte. Dabei wird regelmäßig mit Zahlen und Statistiken jongliert, die am Beispiel der US-Bundesstaaten Washington und Colorado ein düsteres Bild von den Folgen einer Regulierung von Cannabis nachzeichnen – Einschätzungen, die unerwartet sind und von mit der Datenlage nicht Vertrauten auch nicht nachvollzogen werden können. Immerhin rechtfertigten diese Skizzen Überschriften wie „Laborratten der Drogenpolitik“ (Müller-Jung 2016), mit denen jedes Bemühen um eine drogenpolitische Wende auch in Deutschland diskreditiert wird. Für eine seriöse Auseinandersetzung ist deshalb anzumahnen, vorliegende Daten sorgfältig zu prüfen, dabei selektive Ergebnisdarstellungen und einseitige Interpretationen zu vermeiden, auf den Einsatz kritikwürdiger methodischer Erhebungsinstrumente und Diagnosepraktiken hinzuweisen und die Hintergründe und Grenzen vorliegender Befunde aufzuzeigen. Auf diese Weise lässt sich schnell bewerten, wie und mit welcher Geisteshaltung mit statistischen Daten hantiert wird.

Die Umsetzung einer Regulierungspolitik – ein tiefgreifender sozialer Prozess

Diese Forderung nach einer fairen Berichterstattung beginnt bereits damit, die angeschobenen drogenpolitischen Wendungen in ihrer gesamten Tragweite und Tie-

fe angemessen einzuordnen: Verstanden werden muss, dass das Bestreben vieler US-amerikanischen Bundesstaaten, eine vormals illegalisierte Drogen in eine regulierte Zugänglichkeit zu überführen, einen komplexen sozialen Prozess anstößt, der als *radical political Shift* beschrieben werden muss. Dieser bleibt nicht auf das Schaffen entsprechender Institutionen für Anbau, Produktion und Verkauf beschränkt. Vielmehr führen Entkriminalisierung und vermehrte vielgestaltige Nutzung von Cannabis in allen sozialen Milieus zu veränderten empirischen Erfahrungen und sich wandelnden Einstellungen, Normen und Werten mit deutlichem Gewinn für eine Entstigmatisierung. Dadurch verändert sich auch die alltagspraktische Näherung an Cannabis insgesamt. Die Prognosen, welche sozialen Effekte diese Entwicklungen insgesamt haben, werden vor dem Hintergrund jeweiliger drogenpolitischer Standpunkte höchst unterschiedlich entworfen. Insofern ist das Interesse an empirischen Fakten groß. Bis heute ist allerdings unübersehbar, dass es *erstens* zu früh ist, Rückschlüsse zu den Effekten einer Regulierung abzuleiten: Im Herbst 2016 konnten ausschließlich die Bundesstaaten Washington und Colorado Daten vorlegen, die aber nur zwei Jahre Praxis beleuchten. *Zweitens* mahnt auch dieser Datenschnitt zur Vorsicht: Der Übergang von der Totalprohibition zur Regulierung ist kein alternierendes Ereignis, getan mit der Abstimmung über neue Gesetze! Die tatsächliche Umsetzung erfolgt in vielen Einzelschritten, mit denen eine neue soziale Praxis entwickelt und durchgesetzt wird. Gerade dieses Prozesshafte ist ja auch die Chance, sich tastend einer neuen Wirklichkeit nähern und ggf. mit Nachjustieren und Korrektur auf nicht vorhersehbare Entwicklungen reagieren zu können. *Drittens* existieren oft nur unzureichende Daten zu den Ausgangssituationen, so dass ein belastbarer Prä-Post-Vergleich nicht möglich ist. *Viertens* findet in den USA ein systematisches drogenpolitisches Monitoring, das zudem Vergleiche zwischen den unterschiedlich umgesetzten Modellen ermöglicht, bisher nicht statt. *Fünftens* gibt es keinen wissenschaftlichen Konsens, welche Daten geeignet sind, eine Rückmeldung zur Passfähigkeit von Regulierungsmodellen zu geben. Die drogenpolitische Neuregelung setzt *sechstens* zudem eine Umstrukturierung der an diesem Prozess beteiligten Institutionen voraus. Die hier handelnden Personen (u. a. Polizei, Justiz) sind oft zu einer grundsätzlichen Änderung ihrer bisherigen Konzepte und Haltungen aufgefordert; wichtige beteiligte Institutionen sind zudem erst aufzubauen. Dazu kommen *siebtens* Lern- und Entwicklungsprozesse in der konsumierenden, aber auch nichtkonsumierenden Bevölkerung, in deren Leben die Effekte der neuen Politik ankommen und sich bewähren, ggf. auch tariert oder berichtigt werden müssen – oft gegen Widerstände von Interessengruppen, die bis dahin von der Prohibition profitierten. Insofern gibt es unter amerikanischen Kolleg_innen Einigkeit dazu, dass die bisher überschaubaren Zeiträume zu den umfassenden sozialen Veränderungen zu kurz sind, um belastbare Beurteilungen vorzunehmen (Reed 2016: 5). Diese vielfältigen Aspekte, die der Prozess der Umsetzung der Regulierungspolitik für Cannabis insgesamt hat, sollte auch in ernstzunehmende Debatte in Deutschland Einzug halten.

Die Crux mit dem drogenpolitischen Monitoring

Zu bedenken ist weiterhin, dass unabhängig von Entscheidungen einzelner Bundesstaaten, Cannabis in den USA weiterhin durch Anlage 1 des Federal Controlled

Substances Act von 1970 illegalisiert ist. Unter der Obama-Präsidentschaft wurde allerdings eine Politik der Duldung praktiziert, durch die sich die drogenpolitischen Möglichkeiten für die Bundesstaaten und deren Countys/Landkreise erweiterten. Diese widersprüchliche Rechtslage setzt aber sowohl für die sich entwickelnde Praxis als auch für eine begleitende Forschung Grenzen: *Erstens* können viele Prozesse nicht so konsequent umgesetzt werden, wie es konzeptionell nötig wäre. *Zweitens* müssen Judikative und Exekutive oftmals widersprüchlichen Leitideen entsprechen. Da die Mehrheit der Gelder für Forschung zu Drogenpolitikthemen aus nationalen Fonds kommt und Regulierungsprozesse aus nationaler Sicht immer noch verbotene Praxis sind, werden entsprechende Begleitforschungen *drittens* nur bedingt gefördert. Dies erklärt, weshalb bisher viele Entwicklungen nicht umfassend empirisch abgebildet, konsultativ begleitet oder über das Bereitstellen von Forschungsmitteln unterstützt werden. Die gesetzlich vorgeschriebene Berichterstattung zu den Effekten von Regulierungsprozessen wird deshalb *viertens* von bereits existierenden Institutionen vorgenommen. Insofern ist bei den bisher vorgelegten Übersichtsarbeiten die Interessenlage der Berichterstatte_r_innen mitzudenken. Es bleibt abzuwarten, wie rasch sich eine unabhängige Begleitforschung etablieren kann.

Diese Mahnung zu einem besonnenen Umgang mit Daten soll keineswegs verhindern, sich mit Entwicklungen und Trends der Anfangszeit eines radical political Shifts auseinanderzusetzen, daraus für eigene Konzepte und Strategien zu lernen und dabei immer auch den besonderen kulturellen Background mitzudenken, in dem die drogenpolitische Wende umgesetzt wird.

Politische Maßnahmen und der Marihuana-Konsum der Bevölkerung

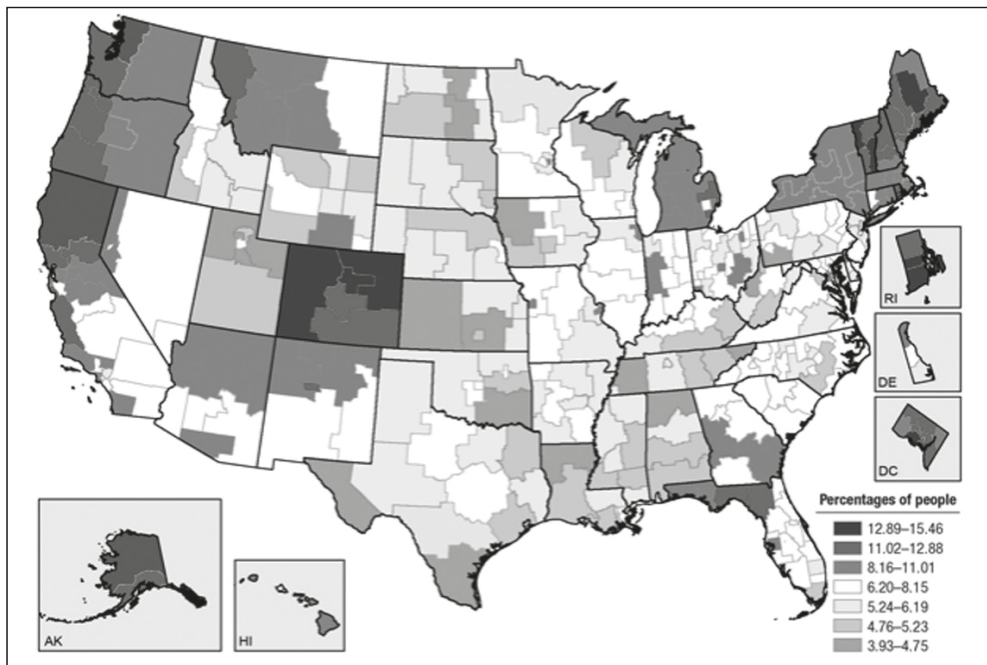
Mit den Debatten um Regulierung stellt sich als eine der Grundfragen, welche Effekte politische Regelungen auf die Verbreitung von Drogen in einer Bevölkerung tatsächlich haben. Diese eignet sich darzustellen, wie herausfordernd die Arbeit mit vorgelegten Statistiken ist.

Ausgangspunkt sollten immer die generellen Entwicklungen sein, die sich schon vor der drogenpolitischen Wende abzeichnete:

- In Colorado und Washington sind die Konsumraten der Lebenszeit- als auch der 30-Tages-Prävalenz seit Umsetzung der Regulierung weiter sanft gestiegen. Diese Entwicklungen sind weit entfernt von einem Dammbuch-Szenarium. Vielmehr setzt sich der Trend fort, der bereits seit 2002 USA-weit beobachtet wird: Cannabis ist zu der meist konsumierten illegalisierten Droge geworden und dies scheinbar unbeeinflusst durch Regulierung (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2015: 5).
- Der Anstieg der Konsumrate für die Gesamtbevölkerung geht hauptsächlich auf die erwachsene Bevölkerung (älter als 26 Jahre) und mit einem geringen Anteil auf die Altersgruppe der 12-17-Jährigen zurück; für die 18-25-Jährigen finden sich sogar rückläufige Konsumraten (SAMHSA 2012 und 2015). Es scheint, dass im Gefolge von Regulierungsprozessen damit zu rechnen ist, dass Bevölkerungsgruppen – in der Regel ältere Erwachsene, die bisher auf den Konsum verzichtet haben – die Chance nutzen, Erfahrungen nachzuholen, ohne einen regelmäßigen Konsum in

ihren Lebensstil zu integrieren. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieser anfängliche Anstieg des Probierkonsums wieder normalisiert.

- Aufschlussreich sind sowohl die Unterschiede in der Verbreitung des Marihuana-Konsums zwischen den Bundesstaaten als auch zwischen einzelnen Countys innerhalb eines Bundesstaates (Hughes/Rachel/Lipari/Matthew 2016: 2). Darin werden deutliche Unterschiede in den durchschnittlichen Raten aktuellen Marihuana-Konsums sichtbar, die sich nicht in einen Zusammenhang zu den drogenpolitischen Regelungen bringen lassen (Abbildung 1): Selbst in Bundesstaaten mit gleichen drogenpolitischen Regelungen ist der Marihuana-Konsum regional unterschiedlich verbreitet. Insofern bestätigt sich, dass die legale Verfügbarkeit einer psychoaktiven Substanz *erstens* nur einer von vielen Faktoren mit Einfluss auf die Verbreitung des Konsums ist, *zweitens* aus anderen sozialen Bezügen weit gravierendere Einflüsse auf Beginn, Fortsetzung und das mögliche problematische Entgleiten des Konsums kommen, die *drittens* politischen Maßnahmen eher nicht zugänglich sind.



Note: For substate region definitions, see the „2012-2014 National Survey on Drugs, Use and Health Substrate Region Definitions“ at <http://www.samhsa.gov/data/>

Source: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Surveys on Drug Use and Health (NSDUHs), 2012 to 2014.

Abbildung 1

Regionale Niveaus des Marihuana-Konsums in den USA (Hughes, Rachel, Lipari, Matthew 2016, S. 2)

Offene Fragen an Forschung und Politik

Die These vom geringen Einfluss drogenpolitischer Regelungen auf Drogenkonsumraten ist nicht neu (Reuband 2009: 187). Bis heute ist aber unklar, wieweit veränderte Lebensstile, eine andere Wahrnehmung der Risiken, ein Umstieg auf legale (Alkohol) oder andere illegalisierte Drogen, ein rückläufiger Zigarettenkonsum oder noch ganz andere Faktoren Einfluss auf die Verbreitung des Cannabiskonsums haben. Diesen Bezügen ist in weiteren Forschungen nachzugehen.

Zudem sind auch indirekte Einflüsse der Entkriminalisierung und Regulierung auf die Verbreitung des Konsums zu prüfen: So kann angenommen werden, dass sich durch eine Entstigmatisierung der Konsument_innen mehr Interessent_innen zu einem Konsum entschließen. Es kommt aber auch eine Normalisierung in Gang, durch die sich der Umgang mit dieser Substanz weniger als Statussymbol und Distinktionsmedium eignet und damit für bestimmte soziale Milieus an Attraktivität verliert. Insofern können sich Entwicklungen überlagern, die sich allerdings mit den bisher durchgeführten Studiendesigns *erstens* nicht erfassen lassen, *zweitens* keine direkten Folgen drogenpolitischer Maßnahmen sind, aber *drittens* von diesen beeinflusst werden. Auch hierzu zeichnet sich Forschungsbedarf ab.

Schließlich werden in keiner dieser Übersichtsarbeiten Fragen danach gestellt, ob mit steigenden Konsumraten auch die Zahl der Konsumprobleme zunimmt und wenn ja, in welcher Form. Zumindest was die Belastung des therapeutischen Systems betrifft, zeigt sich, dass die Nachfragen nach Therapie zurückgegangen sind. Dies wiederum überrascht nicht, wenn man weiß, dass auch in den USA eher mit Therapieauflagen sanktioniert wird, als entdeckte Konsument_innen den sehr harten Strafen von Polizei und Justiz zu überlassen (Barsch 2017: 80).

Regulierungsprozesse und deren Wirkungen für Jugendliche

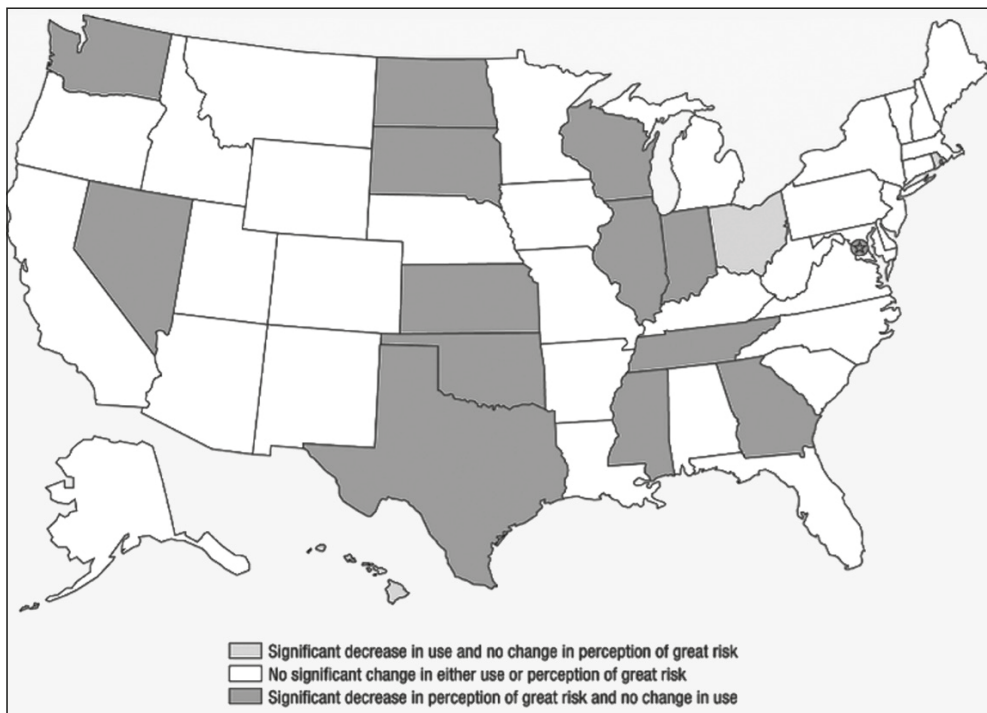
Der Einfluss von Regulierungsprozessen auf die Entwicklung Jugendlicher (12-21 Jahre) gehört zu den emotional besonders aufgeladenen drogenpolitischen Themen. Dazu liefert die Regulierungspolitik in den USA allerdings nur bedingt Hinweise, denn in den allen Bundesstaaten, die an einem radical political Shift arbeiten, sind Jugendliche bis 21 Jahre weiterhin einer Totalprohibition unterstellt. Es muss also berücksichtigt werden, dass sich an Hand vorgelegter Statistiken nur skizzieren lässt, welche Effekte sich für Jugendliche ergeben, wenn Erwachsene nun anders mit Marihuana umgehen.

Für eine Bewertung der Entwicklungen müssen die allgemeinen Entwicklungen der Vorjahre zum Ausgangspunkt werden:

- Für die Altersgruppe der 12-18Jährigen werden in den USA insgesamt bereits seit 2011 sinkende Cannabiskonsumraten ausgewiesen. Schon seit den 1990er Jahren kommen 20-22 % aller Marihuana-Konsument_innen aus der Gruppe der 18-25Jährigen, die damit schon lange die höchsten Konsumraten aufweist. Insofern hat der Marihuana-Konsum auch in den USA eher unter jungen Erwachsenen Bedeutung (Hughes/Rachel/Lipari/Matthew 2016).
- Die Raten des regelmäßigen Konsums unter Schüler_innen haben weiterhin keine außergewöhnliche Dynamik: Auch in Colorado und Washington sind sie schon

seit vielen Jahren konstant (12. Klasse), für Schüler der 8.-10. Klasse sogar rückläufig und unter Älteren (älter als 18 Jahre) sanft, aber nicht mit statistischer Signifikanz angestiegen (Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado 2016: 19).

- Interessant ist die berichtete Konsumintensität von Marihuana: Für Colorado zeichnet sich ab, dass unter Jugendlichen seit 2013 Konsumformen mit hoher Intensität (mehr als 20 Mal) abnehmen, während der lebenszeitliche Konsum 1-2 Mal und 3-9 Mal leicht zugenommen haben. Es bleibt abzuwarten, ob daraus ein tatsächlicher Trend wird (Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado 2016: 19)
- Insgesamt deutet sich eine leichte Verschiebung des Probieralters in höhere Altersgruppen an (Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado 2016: 15).
- Jugendliche berichteten mehrheitlich, dass es für sie trotz Totalprohibition einfach sei, an Marihuana heranzukommen (Healthy Kids Colorado Survey 2015: 9). Insgesamt ist die Diskrepanz zwischen der relativ hohen Verfügbarkeit von Marihuana für Jugendliche unter Prohibition und den moderaten Konsum-Prävalenzraten



Note: Statistically significant changes are at the .05 level of significance.

Source: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Surveys on Drug Use and Health (NSDUHs), 2012, 2013, and 2014.

Abbildung 2

Statistisch signifikante Veränderungen in den Konsumraten von Marihuana unter Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren (Hughes, Rachel, Lipari, Matthew 2015, S. 6)

hervorzuheben. Die vorliegenden Daten stützen die These, dass die Verbreitung des Konsums auch unter Jugendlichen durch ganz andere Erklärungsbündel beeinflusst wird.

- Drogenpolitische Veränderungen beeinflussen offensichtlich Risikobeurteilungen. Diese sind sowohl in den USA insgesamt als auch in Colorado kontinuierlich gefallen: Hier wurde der Marihuana-Konsum schon seit 2006 mit 5-6 Prozentpunkten als weniger riskant beurteilt als im nationalen Durchschnitt. Ein Jahr nach Beginn der Regulierung sank diese Risikoeinschätzung nochmals (aber nicht signifikant zu den Vorjahren (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, National Survey on Drug Use and Health – SAMHSA 2015). Daraus resultieren jedoch nicht direkt erhöhten Konsumraten.

Schlussfolgerungen für Politik und Forschung

Deutlich wird, dass die verfügbaren Daten aus den Bundesstaaten Colorado und Washington die gefürchteten Damm-Bruch-Szenarien (Dills/Goffard/Miron 2016) für weiterhin unter Prohibition stehende Jugendliche nicht bestätigen. Vielmehr setzen sich Entwicklungen fort, die schon vor der Regulierung existierten. Dies betrifft sowohl den Trend stagnierender bzw. leicht rückläufiger Konsumprävalenzen unter Jugendlichen (jünger als 18 Jahre), als auch (mit Einschränkungen wegen methodischer Mängel) die Relativierung der Risikoeinschätzung des Konsums. Wenn auch nicht in signifikant ausweisbaren Bezügen deuten sich jedoch wünschenswerte Entwicklungen wie die Erhöhung des Probialters und des Sinkens der Zahl intensiver Konsummuster an, die möglicherweise Folgen der Regulierungsprozesse sind. Es bleibt abzuwarten, ob diese Veränderungen zu einem stabilen Trend werden.

Deutsche Studien zeigen, dass die manipulative Dramatisierung negativer Effekte des Drogenkonsums in Präventionsbotschaften einen problematischen Dominoeffekt hat, wenn im Rahmen eigener empirischer Erfahrungen Jugendliche diese Informationsstrategien enttarnen und in der Folge jegliche Verweise auf Risiken und Gefahren nicht mehr annehmen (Kappler et al. 1999). In den USA könnte bereits die medizinische Vergabe von Marihuana eine Korrektur überzogener Risikodarstellungen angeht und eine realitätsgerechte Auseinandersetzung mit Konsumeffekten erlaubt haben: Basale Voraussetzungen, sich dieser Substanz mit gebotenem Respekt zu nähern.

Herauszufinden wäre deshalb, ob die sinkenden Raten für die Risikobeurteilung des Marihuana-Konsums im Sinne einer Normalisierung positiv zu bewerten sind.

Für die Bewertung vorliegender Surveys ist insgesamt zu fragen, ob unter dem Eindruck schneller, harter Strafen und angesichts der sozialen Unerwünschtheit des Marihuana-Konsums die Befragten im Rahmen eines Scham-Managements ihren Konsum sachgerecht berichten. Leider kann in keiner Untersuchung empirisch kontrolliert werden, ob und wie sich Regulierungsprozesse auf das Antwortverhalten Befragter auswirken: Ob z. B. vor der Regulierung weniger Konsum und im Zuge der Entstigmatisierung realitätsgerechter berichtet wird. Auf diese Weise würden sich Anstiege in den Prävalenzzahlen ergeben, die allerdings nicht auf reale Entwicklungen zurückgehen. Damit sind weitere methodische Fragen des Monitorings eines radical political

Shifts aufgeworfen, das schon jetzt mit einer passgenauen Dokumentation von Daten für die Zeit der Prä-Regulierung auch in Deutschland angelegt werden sollte.

Der vorliegende Text ist Ausschnitt eines umfangreichen Forschungsberichts: <http://p102252.typo3server.info>

Literatur

- Barsch, G. (2017): Der Prozess der Umsetzung der Regulierung von Marihuana in den USA: Effekte und Nebeneffekte, Stand Herbst 2016.
- Colorado Department of Education (2016): 10-Year Trend Data: Colorado State Suspension and Expulsion Incidents, online verfügbar unter: http://r.search.yahoo.com/_ylt=A0SO80YCUtYYg8AiB9XNyoA;_ylu=X3oDMTExa2MyY3N1BGNvbG8DZ3ExBHBvcwM-xBHZ0aWQDVUIDMV8xBHNiYwNzcg--/RV=2/RE=1479262338/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.cde.state.co.us%2fdereval%2f2013-2014sdtrenddata/RK=0/RS=qUyy9PJ61OHw3aCaudi.Z2b2hX0-; letzter Zugriff: 18.04.2018.
- Dills, A./Goffard, S./Miron, J. (2018): Dose of Reality: The Effect of State Marijuana Legalizations. CATO institute, Policy analysis NO. 799, September 16, 2016, online verfügbar unter: <https://www.cato.org/publications/policy-analysis/dose-reality-effect-state-marijuana-legalizations>; letzter Zugriff: 02.05.2018.
- Müller-Jung, J. (2016): Wie kiffen wirkt: Laborratten der Drogenpolitik. FAZ vom 01.12.2016, online verfügbar unter <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/junge-kiffer-die-laborratten-der-drogenpolitik-14550043-p3.html>; letzter Zugriff: 25.04.2018.
- Healthy Kids Colorado Survey (HKCS) (2015): Monitoring Changes in Marijuana Use Patterns in Colorado: 2015 Update, Retail Marijuana Public Health Advisory Committee, online verfügbar unter: https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/PF_Youth_HKCS-2015-Exec-Summary.pdf; letzter Zugriff: 18.04.2018.
- Hughes, A./Rachel, M.S./Lipari, N./Williams, M. R. (2016): Marijuana use and perceived risk of harm from Marijuana use varies within and across States. In: SAMHSA (2016): CBHSQ-Report from July 26. 2016, online verfügbar unter http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_2404/ShortReport-2404.html; letzter Zugriff: 18.04.2018.
- Kappeler, M./Barsch, G./Gaffron, K./Hayner, E./Leinen, P./Ulbricht, S. (1999): Jugendliche und Drogen: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung in Ost-Berlin nach der Maueröffnung, Leverkusen.
- Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado (2016): Retail Marijuana Public Health Advisory Committee, online verfügbar unter: <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/retail-marijuana-public-health-advisory-committee>; letzter Zugriff: 18.04.2018.
- Reed, J. K. (2016): Marijuana Legalization in Colorado: Early Findings. A Report Pursuant to Senate Bill 13-283. March 2016, Denver.
- Reuband, K.-H. (2009): Entwicklungen des Drogenkonsums in Deutschland und die begrenzte Wirksamkeit der Kriminalpolitik. In: Soziale Probleme: Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle. 20. Jahrgang, 2009, Heft 1/2, S. 182-206.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)(2015): Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2012): National Survey on Drug Use and Health: Comparison of 2002-2003 and 2010-2011 Model-Based Prevalence Estimates (50 States and the District of Columbia), table 1, online verfügbar unter: http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHStateEst2010-2011_v2/279/TrendTabs/NSDUHsaeTrendTabs2011.pdf; letzter Zugriff: 18.04.2018.

Die Zeit ist reif für kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe

Georg Wurth

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt den Stand der Dinge bezüglich kommunaler Anträge auf Pilotprojekte zur regulierten Abgabe von Cannabis an erwachsene Konsumierende. In mehreren deutschen Städten und Stadtbezirken gibt es Bestrebungen, solche Projekte durchzuführen, diese werden jedoch von der Bundesregierung blockiert. So wird verhindert, die schädlichen Nebenfolgen des Cannabisverbots zu untersuchen und ggf. abzuschaffen.

Vier deutsche Städte und einige Bezirksparlamente möchten im kleinen Rahmen und zeitlich begrenzt die Auswirkungen einer legalen Cannabisabgabe erproben. Da die Bundesregierung diese Vorstöße bisher blockiert, liegt die Verantwortung für eine rechtliche Klarstellung beim Bundestag.

Die Idee ist nicht neu. Schon in den 90er Jahren hatte Schleswig-Holstein den Antrag gestellt, ein wissenschaftliches Modellprojekt nach §3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) durchführen zu dürfen. Der Plan sah vor, Cannabisprodukte in Apotheken an alle Cannabis konsumierenden Einwohner des Bundeslandes zu verkaufen und das Projekt wissenschaftlich zu begleiten um herauszufinden, welche Auswirkungen ein legaler Cannabismarkt auf Konsumenten und Gesellschaft hat.

§ 3 BtMG ist eine sogenannte Experimentierklausel:

„§ 3 Erlaubnis zum Verkehr mit Betäubungsmitteln

(2) Eine Erlaubnis für die in Anlage I bezeichneten Betäubungsmittel kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nur ausnahmsweise zu wissenschaftlichen oder anderen im öffentlichen Interesse liegenden Zwecken erteilen.“

Zuständig für die Prüfung solcher Anträge ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das BfArM ist theoretisch fachlich unabhängig, aber der oberste Dienstherr der Behörde, der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer, hatte schon vor der Prüfung des Antrags aus Schleswig-Holstein klargestellt, dass es ein solches Modellprojekt nicht geben werde.

Angesichts der weltweiten Legalisierungstendenz und steigender Zustimmung zur Regulierung des Cannabismarktes unter Fachleuten und in der deutschen Bevölkerung ist es heute höchste Zeit, darüber nachzudenken, wie eine solche Regulierung aussehen könnte und welche Auswirkungen sie hat. Für derartige Forschung bieten kommunale Modellprojekte einen angemessenen Rahmen. Sie eröffnen die Möglich-

keit, zeitlich, räumlich und bei der Teilnehmerzahl begrenzt, die Legalisierung quasi unter Laborbedingungen zu testen.

Bei Heroin möglich, bei Cannabis nicht?

Die Diskussion um solche Cannabis-Modellprojekte wurde nach der Jahrtausendwende zunächst ruhiger, auch wenn sie nie ganz verstummt ist. Immer wieder fand sich diese Forderung in diversen Parteiprogrammen. Beim Thema Heroin zeigte sich jedoch, dass solche Modellprojekte auf Grundlage von §3 BtMG durchaus möglich sind. Ein Alleingang der Stadt Frankfurt zur Abgabe von Heroin an Abhängige scheiterte zunächst ebenfalls. Nach dem Regierungswechsel hin zu Rot-Grün 1998 wurde dann aber ein gemeinsamer Antrag von sieben deutschen Städten genehmigt, den „Originalstoff“ Heroin, in diesem Zusammenhang auch als Diamorphin bezeichnet, an 1.000 „Schwerstabhängige“ abzugeben, die mit Ersatzstoffen wie Methadon nicht erfolgreich behandelt werden konnten. Die Ergebnisse der Begleitstudie waren so vielversprechend, dass der Bundestag 2009 beschloss, die „diamorphingestützte Behandlung von Schwerstopiatabhängigen“ im BtMG zu verankern. Seitdem ist Heroin unter sehr strengen Auflagen verschreibungsfähig.

Auf den ersten Blick erscheint es erstaunlich, dass solche Modellprojekte bei Heroin rechtlich möglich sein sollen, bei Cannabis aber nicht. Tatsächlich sind viele Akteure der Meinung, dass das BfArM mit einer aufgeschlossenen Grundhaltung der Bundesregierung durchaus die Möglichkeit hätte, solche Projekte auch für Cannabis zuzulassen. Offensichtlich hat das BfArM aber umgekehrt zumindest genug Ermessensspielraum, jeden Antrag von Kommunen und Bundesländern abzulehnen.

Darüber wundert man sich zunächst, weil Heroin eine deutlich stärkere Abhängigkeit erzeugen kann, ein deutlich größerer Anteil der Konsumenten abhängig ist und weil bei Heroin im Gegensatz zu Cannabis eine tödliche Überdosierung möglich ist. Doch genau diese Unterschiede sind der Grund für die Ablehnung der Cannabis-Projekte, denn sie spiegeln sich auch in den vorgeschlagenen Studiendesigns wieder.

Das wesentliche Argument der Behörde ist, dass eine mögliche Ausweitung des Cannabiskonsums durch solche Modellprojekte dem Sinn des BtMG grundsätzlich widerspreche. Die Heroinabgabe war nur für Menschen zugänglich, die seit Jahren heroinabhängig und anderweitig therapieresistent waren. Die Abgabe geschah unter strenger ärztlicher Aufsicht, zunächst direkt in der Arztpraxis, und mit psychosozialer Betreuung. Ein solches Vorgehen wäre bei den überwiegend nicht abhängigen Freizeitkonsumenten von Cannabis völlig abwegig. Alle bisher eingereichten Anträge, damals von Schleswig-Holstein und neuerdings von Friedrichshain-Kreuzberg und Münster wollten die Cannabis-Abgabe auch für bisher nicht Konsumierende oder gar Abhängige ermöglichen. Schleswig-Holstein wollte alle erwachsenen Einwohner des Bundeslandes in den Versuch einbeziehen und Friedrichshain-Kreuzberg überhaupt alle Interessierten, also auch Touristen, um dem Schwarzmarkt im öffentlichen Raum ernsthaft das Wasser abzugraben. Der Versuch in Münster sollte zwar auf 200 Teilnehmer, aber nicht nur auf Konsumenten begrenzt werden, auch um bessere Studienergebnisse zu erhalten. So hätte zum Beispiel erforscht werden können, ob Nichtkonsumenten bei einem legalen Angebot eher den Konsum beginnen als unter Schwarzmarktbedingungen.

Ein Cannabis-Modellprojekt, das sich ausschließlich an bereits Konsumierende wendet, wurde bisher nicht beantragt. Außerdem sollte das Cannabis in allen Anträgen natürlich nicht unter ärztlicher Aufsicht konsumiert werden, sondern mit nach Hause genommen werden können, so dass eine Weitergabe an Dritte einfacher wäre als das beim Heroin-Projekt der Fall war. Jedenfalls sind Modellprojekte für Cannabis derart anders gelagert als für Heroin, dass die Bundesregierung sie mit juristischen Begründungen abschmettern kann, wenn sie das will. Zumindest hat bisher kein Antragsteller gegen die Ablehnung geklagt.

Der politische Änderungswille war bei Heroin sicher auch deshalb größer, weil es hier eindeutig darum ging, kranken und leidenden Menschen zu helfen und einigen von ihnen das Leben zu retten. Hier hat quasi ein politischer „Fürsorgereflex“ gegriffen und das sichtbare Elend der öffentlich erkennbaren Heroinszene hat für Handlungsdruck gesorgt. Bei Cannabis geht es vielmehr darum zu erforschen, ob die schädlichen Nebenwirkungen der Prohibition (Kriminalisierung der Konsumenten, Förderung organisierter Kriminalität, hohe Kosten der Strafverfolgung, Gesundheitsgefährdung der Konsumenten durch Schwarzmarktware etc.) durch eine legale Abgabe verhindert werden können und wie sich diese auf die Konsumverbreitung und problematische Konsummuster auswirkt. An der Stelle ihre Hausaufgaben zu machen, scheint für Teile der Politik weniger attraktiv zu sein als in Sachen Heroin Lösungen für das Elend der Betroffenen zu finden.

Städte machen Druck

Während die Bundesebene blockiert, interessieren sich immer mehr Kommunalpolitiker für das Thema. Sie haben einen engeren Kontakt zum Bürger und sind vom Handel mit Cannabis im öffentlichen Raum stärker konfrontiert. Nach der Ablehnung des Antrags aus Schleswig-Holstein 1997 war es lange ruhig um das Thema. Doch 2015 wurde es in vielen Städten wieder aufgegriffen. Auf Basis einer Kampagne des Deutschen Hanfverbandes (DHV) gab es in einigen Städten Bürgerpetitionen und unabhängig davon haben auch Kommunalpolitiker verschiedener Parteien Cannabis-Modellprojekte in vielen Städten beantragt. Eine Mehrheit dafür gab es zuerst im Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg. Es folgten Beschlüsse in Bezirksparlamenten in Hamburg, Köln und Frankfurt sowie den Städten Bremen, Düsseldorf, Münster und zuletzt ganz Berlin. Interesse gibt es in weiteren Städten, doch die Kommunen sind verunsichert von der ablehnenden Haltung der Bundesregierung.

Konkrete Anträge gab es bisher nur von Friedrichshain-Kreuzberg und Münster. Beide wurden vom BfArM abgelehnt. Die Bezirksparlamente in Köln, Frankfurt und Hamburg brauchten im Gegensatz zu Friedrichshain-Kreuzberg jeweils die Unterstützung des Stadtrates bzw. der Hamburger Bürgerschaft, die ihnen jeweils verweigert wurde. Der Bezirk Köln-Innenstadt hat im März 2018 einen erneuten Anlauf gestartet, dessen Beratung im Stadtrat nun ansteht. Bremen hat 2017 die rechtliche Klarstellung im Bundesrat beantragt, konnte aber keine Mehrheit erringen. Düsseldorf sucht noch nach einem Partner für die Begleitforschung. Die Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität hatte ihre Mitarbeit nach der Ablehnung für das Projekt in Münster beendet. Auch Berlin hat bisher keinen Antrag erarbeitet und wünscht sich eine Klarstellung auf Bundesebene.

Modellprojekte auch Thema in mehreren Nachbarländern

Auch in Dänemark, der Schweiz und den Niederlanden werden kommunale Modellprojekte zu Cannabis diskutiert bzw. durchgeführt.

Die Stadt Kopenhagen hat schon viermal ein Modellprojekt zur Cannabisabgabe beantragt. Wie in Deutschland wurden alle Anträge von der dänischen Bundesebene abgelehnt.

In der Schweiz ist die Debatte dagegen weit fortgeschritten. Mehrere Städte stehen bereit und haben konkrete Pläne für Modellprojekte ausgearbeitet. Der erste eingereichte Antrag der Stadt Bern wurde zwar ebenfalls von der Bundesebene abgelehnt. Anders als in Deutschland und Dänemark zeigt sich das Schweizer Bundesamt für Gesundheit aber aufgeschlossen und sieht Änderungsbedarf am Betäubungsmittelgesetz, um ein solches Modellprojekt genehmigen zu können. Der Ständerat hat einer entsprechenden Initiative bereits zugestimmt, nun scheint auch eine endgültige Zustimmung des Nationalrats wahrscheinlich. Die Schweiz steht kurz davor, wieder einmal Vorreiter für eine moderne Drogenpolitik zu werden und kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe zu realisieren.

In den Niederlanden sind kommunale Modellprojekte bereits beschlossene Sache. Die neue Regierungskoalition hat sich darauf geeinigt. Hier geht es allerdings nicht um die legale Abgabe an Konsumenten, die gibt es ja schon in den Coffeeshops, sondern um den legalen Anbau von Cannabis zur Versorgung dieser Fachgeschäfte.

Die Umsetzung der Projekte in der Schweiz und den Niederlanden werden sicherlich auch hierzulande die Debatte weiter befeuern.

Brauchen wir überhaupt noch Modellprojekte?

Viele werden sich fragen, wozu wir überhaupt noch Modellprojekte brauchen. Anders als in den 90ern gibt es mittlerweile vollständig legalisierte Cannabismärkte in Uruguay und einigen US-Staaten, die Auswirkungen sind gut dokumentiert und größtenteils positiv, die Zustimmung der Bürger in den entsprechenden US-Staaten ist auch nach teils jahrelanger Erfahrung mit der neuen Herangehensweise ungebrochen hoch. Und die Vorteile einer Regulierung liegen ebenso klar auf der Hand wie die Nachteile der Prohibition. Von daher könnte sich der Bundestag auch sofort an die Arbeit machen und optimale Rahmenbedingungen ausarbeiten für die Legalisierung von Cannabis in ganz Deutschland. Allerdings gibt es dafür weder eine Mehrheit in der Bevölkerung, noch im Bundestag, auch wenn die Umfragen bzw. Abstimmungen immer knapper werden. Umfragen zeigen aber auch, dass eine Mehrheit der Deutschen unabhängig von der eigenen Meinung glaubt, dass Cannabis mittelfristig auch in Deutschland legalisiert werden wird. Und das ist angesichts der internationalen Entwicklung nicht abwegig. Schließlich hat Deutschland auch das Verbot von Cannabis nicht selbst erfunden, sondern sich damals internationalen Einflüssen angepasst.

Wenn wir die Modellprojekte jetzt angehen, passen sie also gut in den Zeitrahmen, bis die Legalisierung sowieso kommt, und können so vielleicht tatsächlich noch gute Hinweise liefern, was bei einer Regulierung des Marktes beachtet werden sollte. Und sollte die Begleitforschung wider Erwarten ergeben, dass die Projekte nicht nur in den

jeweiligen Details, sondern grundsätzlich negative Folgen haben, dann wäre auch das eine wichtige Erkenntnis.

Debatte auf Bundesebene angekommen

Schon 2017 hatte Bremen die Debatte um kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe mit einem Antrag im Bundesrat zum Thema gemacht. Die Ermöglichung der Modellprojekte durch eine Änderung des BtMG bekam zwar noch keine Mehrheit, aber mehrere Bundesländer stimmten für den Vorstoß aus Bremen.

Nun hat die FDP das Thema mit einem Antrag auch in den Bundestag getragen. Eine Zustimmung scheint nicht ausgeschlossen, wenn es eine Gewissensabstimmung ohne Koalitions- und Fraktionszwang geben sollte. Auch hier stellt sich die Frage, ob die Große Koalition den Stillstand verteidigt, oder ob insbesondere die SPD ihren Erneuerungswillen ernst nimmt. Und schließlich geht es nicht darum, dass der Bund selbst solche Versuche befürworten oder gar durchführen soll. Es geht nur darum, die Mehrheitsbeschlüsse diverser kommunaler Parlamente zu respektieren und ihnen keine Steine in den Weg zu legen, wenn sie stellvertretend für alle die Auswirkungen einer legalen Cannabisabgabe erproben und erforschen wollen.

Es ist an der Zeit, den Kopf aus dem Sand zu ziehen und die Möglichkeit kommunaler Modellprojekte zur Cannabisabgabe im BtMG zu verankern!

Internetlinks zu den genannten geplanten Modelprojekten:

Deutschland:

Berlin:

- http://www.die-linke-berlin.de/politik/positionen/politik_fuer_berlin/koalitionsvereinbarung/gesundenes_berlin/
- <https://www.neues-deutschland.de/artikel/1055431.fast-alle-fuer-cannabis-versuch.html>
- <https://www.berlin.de/ba-friedrichshain-kreuzberg/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/aktuelles/artikel.158549.php>

Münster:

- <http://www.wn.de/Muenster/3082039-Kiffen-zu-Genusszwecken-Nach-Ablehnung-durch-Gesundheitsamt-Cannabis-Projekt-vor-dem-Aus>

Bremen:

- http://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-bundesrat-lehnt-bremens-cannabisantrag-ab-_arid,1622249.html
- http://www.weser-kurier.de/deutschland-welt/deutschland-welt-politik_artikel,-bremen-will-cannabis-ohne-rezept-_arid,1617724.html

Düsseldorf:

- <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/duesseldorf/kein-ende-im-streit-um-cannabis-legalisierung-in-duesseldorf-aid-1.7120938>
- <http://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/universitaet-duesseldorf-studie-gefaehrlichkeit-cannabis-100.html>

Schweiz:

- <http://www.bielertagblatt.ch/nachrichten/biel/cannabisregulierung-biel-unterstuetzt-pruefung-von-neuen-studiengesuchen>
- <https://www.nau.ch/politik/cannabis-bald-legal-aus-der-apotheke-65276846>
- <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/cannabis-legalisierung-breiter-widerstand-gegen-bersets-absage-131975241>
- <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-68781.html>
- <https://www.nau.ch/politik/gruene-machen-druck-fur-legalen-cannabis-verkauf-65271701>
- <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/bund-laedt-staedte-zum-hanf-gipfel-trotz-verhindertem-testverkauf-in-apotheken-131917012>

Niederlande:

- http://www.wienerzeitung.at/nachrichten/welt/weltchronik/937089_Wenn-der-Staat-Gras-anbaut.html
- <http://www.taz.de/!5468032/>
- http://www.t-online.de/nachrichten/ausland/eu/id_82568822/drogenpolitik-niederlande-bauen-selbst-cannabis-an.html
- <https://brf.be/national/1120536/>
- <http://www.heute.de/niederlande-sieben-monate-nach-parlamentswahl-koalition-steht-48102032.html>

Dänemark/Kopenhagen:

- <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/denmark/8899243/Copenhagen-votes-to-legalise-marijuana.html>
- <http://cphpost.dk/news/local-news/legal-cannabis-rejected-by-government.html>
- <http://www.independent.co.uk/news/world/europe/copenhagen-legalise-cannabis-marijuana-fourth-attempt-reduce-gang-warfare-a7484746.html>

Internetlinks zu den genannten Umfragen:

- <https://hanfverband.de/nachrichten/blog/infratest-dimap-mehrheit-gegen-legalisierung-aber-fuer-entkriminalisierung>
- <https://hanfverband.de/nachrichten/pressemitteilungen/neue-umfrage-zustimmung-zur-legalisierung-von-cannabis-innerhalb-eines-jahres-drastisch-gestiegen>
- <https://www.politico.com/story/2015/02/poll-colorado-marijuana-115457#ixzz3SitwqEHB>

Cannabisregulierung und Jugendschutz

Michael Büge & Nina Pritzens

Zusammenfassung

Der Jugendschutz wird in Bezug auf eine mögliche Cannabisregulierung oft nur von der strafrechtlichen Perspektive aus gesehen. Es ist jedoch wichtig, jugendliche Cannabiskonsum_innen als Subjekte wahrzunehmen, die ihre Konsumententscheidungen unabhängig von repressiven Vorgaben treffen. Aktiver Jugendschutz muss deshalb darauf abzielen, die Jugendlichen und deren Eltern dabei zu unterstützen diese Entscheidungen gut informiert zu treffen und Menschen, bei denen der Konsum problematisch geworden ist, altersadäquate Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen.

Kaum ein anderes Thema der Drogen- und Suchtpolitik wurde in den letzten Jahren so häufig öffentlich angesprochen wie die Regulierung von Cannabis. Die Gewährleistung des Jugendschutzes wird dabei sowohl von Kritiker_innen wie auch Befürworter_innen einer Cannabisregulierung als wichtiges Argument für die jeweils eigene Haltung angeführt.

Es ist daher notwendig, sich dem Thema Jugendschutz im Rahmen des Paradigmenwechsels in der Cannabispolitik verstärkt zu widmen.

Aktuell ist der Besitz von Cannabis durch das BtMG verboten und wird strafrechtlich verfolgt. Im Hinblick auf die Konsument_innenzahlen wird allerdings offensichtlich, dass der generalpräventive Ansatz des Betäubungsmittelgesetzes versagt hat.

Cannabis hat als Probiert-, Freizeit- und Alltagsdroge eine dauerhafte Präsenz in der Gesellschaft entwickelt und zwar alters- und milieuübergreifend. Diese Entwicklung ist europaweit zu beobachten und weitgehend unabhängig von der jeweiligen Ausgestaltung der Drogenpolitik in den Ländern (EMCCDA 2011). Der epidemiologische Suchtsurvey 2015 weist Cannabis bei Erwachsenen zwischen dem 18ten und dem 64ten Lebensjahr als am häufigsten konsumierte illegale Substanz aus (Piontek et al 2016).

In den vergangenen Jahren ist bundesweit ein deutlicher Anstieg von Klienten_innen mit Cannabisdiagnosen in der Suchthilfe zu verzeichnen. In Berlin hat sich die Anzahl in einem Zeitraum von 10 Jahren verdreifacht. 2015 wurden ca. 2.500 Klient_innen ambulant oder stationär betreut bzw. behandelt. (Freie Träger der Berliner Suchthilfe 2015)

Diese Entwicklung ist auch ein Erfolg der ständig verbesserten Hilfsangebote in der Sucht- und Drogenhilfe, auch für junge Konsument_innen. Es muss jedoch betont werden, dass bisher überwiegend junge Erwachsene mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren erreicht werden.

Dies sollte vor dem Hintergrund, dass insbesondere Jugendliche, die sehr früh mit dem Konsum beginnen, ein erhöhtes Risiko haben, Folgeschäden zu erleiden (Hoch et al 2018) dringend verändert werden.

Im Umgang mit jugendlichen Cannabiskonsumt_innen besteht deshalb ein deutlicher Verbesserungsbedarf. Die Zugänge für minderjährige Jugendliche in Beratungs- und Therapieangebote erfordern eine intensive, multidisziplinäre Kooperation verschiedener Hilfesysteme, insbesondere der Jugendhilfe, Suchthilfe, Jugendpsychiatrie und Schule, die es zu verbessern gilt.

Jugendliche und Cannabiskonsum

Nahezu alle im Moment diskutierten Regulierungsmodelle sehen vor, dass ein Verkauf von Cannabis erst ab dem 18. Lebensjahr erfolgen darf.

Neben dem Umstand, dass eine Regulierung für unter 18jährige gesellschaftlich nicht durchsetzbar wäre, gibt es auch fachlich gute Gründe.

Hierfür sprechen nicht nur die oft zitierten Befunde (u.a. stärkere kognitive Beeinträchtigung, größeres Abhängigkeitsrisiko) über die negativen Einflüsse des Cannabiskonsums auf das sich entwickelnde Gehirn im Jugendalter.

Darüber hinaus führt regelmäßiger und intensiver Konsum meist auch zu Vernachlässigung anstehender Entwicklungsnotwendigkeiten. Die Pubertät zeichnet sich durch eine Vielzahl solcher Entwicklungsnotwendigkeiten aus. Hierzu gehören unter anderen die schrittweise Lösung aus dem Elternhaus, die Ausbildung einer Geschlechtsidentität, die Aufnahme intimer Kontakte, die Findung der Rolle innerhalb der Familie und in der Gesellschaft, der Schulabschluss, die Entwicklung einer beruflichen Perspektive und die Entwicklung eines Umgangs mit Alkohol und Drogen. Viele dieser Entwicklungen haben einen entscheidenden Einfluss auf das weitere Leben des Menschen.

Es ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass auch nach einer Regulierung auch Jugendlichen unter 18 Jahren Cannabis konsumieren werden. Es zeigt sich heute schon, dass das Einstiegsalter beim Cannabiskonsum bei ca. 16 Jahren liegt und der weitest- aus größte Teil erwachsener Cannabiskonsumt_innen ihre ersten Erfahrungen mit Cannabis schon vor dem 18. Lebensjahr gemacht haben. Darum stellt sich die Frage, was Jugendschutz unter dieser Prämisse bedeutet.

Aktiver Jugendschutz

Jugendschutz wird in den aktuellen Diskussionen viel zu stark aus der strafrechtlichen Perspektive definiert. Es wird ein Lebensalter festgelegt und Maßnahmen vorgeschlagen, die verhindern sollen, dass Jugendliche in den Besitz von Cannabis kommen könnten. Darüber hinaus wird diskutiert, welche Strafen es geben sollte, wenn Erwachsene Cannabis an Jugendliche weitergeben. Diese Überlegungen sind sicherlich sinnvoll, greifen allerdings viel zu kurz. Nicht wenige Jugendliche halten sich einfach nicht an die Verbote, fühlen sich weniger geschützt als vielmehr bevormundet.

Solche, hauptsächlich auf die Verhinderung des Erwerbs abzielender Strategien kranken daran, dass die Jugendlichen hier nicht als Subjekte wahrgenommen werden.

Jugendschutz muss deshalb die Jugendlichen auch als Personen wahrnehmen, die für sich selbst riskante Entscheidungen treffen und sie deshalb dabei unterstützen, diese Entscheidungen gut zu treffen (Arbeitsgruppe „Jugendschutz im regulierten Cannabismarkt« des Dachverbands der offenen Jugendarbeit DOJ, des Fachverbands Sucht FS und der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV 2015). Wir können davon ausgehen, dass der größte Teil cannabiskonsumierender Jugendlicher bereits heute risikokompetent mit Cannabis umgeht.

Harmreduction und Safer Use

Die Wahrscheinlichkeit eine Abhängigkeit von Cannabis zu entwickeln, nachdem ein Mensch den Konsum überhaupt ausprobiert hat, liegt bei 9%. Auch wenn wir wissen, dass diese Wahrscheinlichkeit auf 17% steigt, wenn der Beginn des Konsums vor dem 18. Lebensjahr liegt (Hoch et al 2015), zeigen immer noch 83% der Konsumenten, dass sie längerfristig zu einem risikoarmen Konsum in der Lage sind.

Jugendliche müssen deshalb über die Gefahren des Cannabiskonsums aufgeklärt werden, aber auch darüber, wie sie diese Gefahren vermindern können. Informationen z.B. zu „harm reduction“ und „Safer Use“, müssen als wichtige Hilfestellung bei der Entwicklung eines Konsummusters betrachtet werden und nicht als Verharmlosung der Droge oder gar Werbung für diese.

Der Gesundheits- und Verbraucherschutz ist im Rahmen eines regulierten und kontrollierten Cannabismarkts, auch durch die verbindliche Kennzeichnung von Cannabisprodukten, überhaupt erst möglich. Die Angaben über THC- und CBD-Gehalt je Cannabisprodukt können die Konsument_innen darin unterstützen weniger riskant bzw. risikoarm zu konsumieren.

Ebenso wichtig ist es, für diejenigen, die bei sich selber einen riskanten Konsum feststellen oder von anderen auf diesen aufmerksam gemacht werden, einen niedrigschwelligen, altersadäquaten Zugang zu einem Beratungs- und Behandlungsangebot anzubieten. Hierbei können zieloffene Beratungskonzepte, die bereits etabliert sind („*realize it*“ / *“quit the shit“*) genutzt werden, um Jugendliche, die eine Abstinenz (noch) nicht wollen, zusätzlich auch bei bewusstem, risikoarmen Konsum zu unterstützen. (Tossmann et al 2016): Für minderjährige Cannabiskonsument_innen besteht darüber hinaus ein zusätzlicher Bedarf, da eine eigenständige Motivation der Verhaltensänderung in diesem Alter noch gering ausgeprägt ist und die Nutzungsquote dieser Angebote entsprechend gering ist.

Jugendschutz durch glaubhafte Botschaften in der Prävention und Frühintervention

Das Anliegen von Suchtprävention und Suchthilfe ist ein offener, differenzierter und konstruktiver Dialog über die Risiken des Cannabiskonsums und die Förderung dieses Dialogs in allen Bereichen der Gesellschaft.

Eine besondere Herausforderung besteht darin, Wissensbestände, Botschaften und Haltungen zum Thema Cannabiskonsum für unterschiedliche Zielgruppen – Jugendliche, Eltern, Erwachsene, vulnerable Personen – angemessen und spezifisch zu vermitteln.

Eine einseitige, nur auf Risiken abzielende Informationsvermittlung und Aufklärung zu Cannabis muss abgelöst werden durch eine Perspektive, die stärker auf Konsummuster und Konsumkontexte fokussiert.

Eine notwendige präventive, beratende und therapeutische Bearbeitung problematischer Konsummuster wird durch drohende strafrechtliche Maßnahmen erschwert, und teilweise sogar verhindert, weil Schwierigkeiten im Umgang mit dem Substanzkonsum häufig tabuisiert werden bzw. angst- und schambesetzt sind, sowohl für Konsument_innen als auch für deren Angehörige.

Die Illegalität und Strafverfolgung jedweden Umgangs mit Cannabis zieht zusätzliche, substanz- und wirkungsunabhängige, soziale und juristische Risiken für konsumierende Personen nach sich.

Jugendschutz kann nur eingeschränkt wirksam werden unter den Bedingungen des illegalen Marktes und primär repressiver Maßnahmen, die sich direkt gegen Jugendliche wenden, selbst bei Besitz zum Eigenverbrauch. Die Maßnahmen der Jugendförderungen setzen dort an, wo Jugendliche trotz des Cannabisverbots konsumieren.

Jugendliche in ihren Lebenswelten erreichen

Neben einer Stärkung von systemisch-orientierter Eltern- und Familienarbeit sollten die Angebote in den Lebenswelten von Jugendlichen ausgebaut werden.

Institutionen wie Schule, Ausbildungsbetriebe sowie Freizeiteinrichtungen, welche auch einen ebenfalls an Bedeutsamkeit nicht zu unterschätzenden Teil der Lebenswelt von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ausmachen, haben einen Bedarf an institutionell verankerten Maßnahmen im Umgang mit Cannabiskonsum.

Der Einsatz von Instrumenten zur Förderung der Risikokompetenz wie z.B. „reflecting“ (Koller 2004) oder das Lebenskompetenz- und Präventionsprogramm „REBOUND“ (Kröninger-Jungaberle et al 2014): in Schule, Ausbildung sowie im Jugendfreizeitbereich begleitet durch Fachkräfte der Suchtprävention und der Drogenberatung könnten hier einen weiteren missing Link darstellen, um der Entwicklung eines problematischen Konsums vorzubeugen und frühzeitig junge Risikokonsument_innen durch Angebote der Suchtprävention und Drogenhilfe wie z.B. Konsumreduktionsprogramme zu erreichen.

Gezielte Beratungs- und Behandlungsangebote für Jugendliche und Familien

Eltern bleiben auch in der Ablösungsphase der Pubertät weiterhin wichtige Bezugspersonen für ihre Kinder. Neben der zunehmenden Bedeutung der Peer-Group sowie

Schule/Ausbildung ist die Familie ein Ankerpunkt jugendlichen Lebens. Der Einfluss der Eltern ist auch in dieser Entwicklungsphase groß und stärker, als die meisten Eltern denken. Dabei schätzen nicht nur Eltern ihren Einfluss als zu gering ein, auch in der Beratung/Behandlung ist der Blick oft zu stark auf das konsumierende Individuum und zu wenig auf das Familiensystem gerichtet. Stärkung der Elternkompetenz, die adäquat und altersangemessen auf den potentiellen Konsum der Kinder eingeht, ist in dieser Hinsicht der beste „Jugendschutz“, wird in den Beratungsangeboten aber stark vernachlässigt.

Der international beforschte und evidenzbasierte MDFT-Ansatz (Multidimensionale Familientherapie) gilt im Bereich der Therapie für Minderjährige mit Cannabismissbrauch als besonders wirksam (Gantner 2015). Eltern und weitere Bezugspersonen aus dem Umfeld werden aktiv und intensiv einbezogen, so dass die Motivation für Verhaltensänderung an unterschiedlichen Stellen gestärkt und wirksam werden kann.

Diese bisher in Deutschland kaum zur Anwendung kommende Behandlungsstrategie (im Rahmen von SGB VIII Jugendhilfeleistung) sollte auch auf den wesentlich niedrigschwelligen Bereich der Jugend- und Suchtberatung ausgeweitet werden. Hierzu ist in Berlin ein erstes Transferprojekt geplant.

Fazit

Die Regulierung des Cannabismarktes hat nicht nur unter Wahrung des Jugendschutzes zu erfolgen, sondern wird letztlich durch die Maßnahmen des Gesundheits- und Verbraucherschutz sowie durch die einhergehende Enttabuisierung des Cannabis-Themas die Rahmenbedingungen für den Jugendschutz nachhaltig verbessern.

Auf die Kriminalisierung jugendlicher Cannabiskonsument_innen ist daher zu verzichten.

Effektiver Jugendschutz ist durch Maßnahmen der aktiven Jugendförderung und durch die Stärkung von Erziehungsinstanzen wie Eltern, Lehrer_innen und Pädagog_innen nachhaltiger zu gewährleisten.

Hierzu sind folgende Maßnahmen grundlegend erforderlich:

- Mit gezielten Kampagnen müssen Botschaften und Haltungen der Drogenaufklärung und Suchtprävention in Familien, Schulen, Einrichtungen der Jugendhilfe glaubwürdig vermittelt werden.
- Eltern und Familien müssen mit ressourcenorientierten systemischen Konzepten stärker als bisher erreicht und unterstützt werden.
- Maßnahmen der Jugendförderung wie z.B. standardisierte Programme zur Entwicklung von Risikokompetenz sollten flächendeckend eingeführt bzw. ausgebaut werden.

Sollte die, aus unserer Sicht sinnvoll und notwendige, Regulierung des Cannabismarktes in Deutschland umgesetzt werden, empfiehlt es sich einen Teil der Steuereinnahmen durch den regulierten Cannabisverkauf zweckgebunden für Präventions- und Frühinterventionsangebote zur Verfügung zu stellen, um die Finanzierung der not-

wendigen Beratungs- und Präventionsprojekte zu finanzieren. Die bestehenden Steuergesetze sind dementsprechend anzupassen und zu verändern.

Literatur

- Arbeitsgruppe „Jugendschutz im regulierten Cannabismarkt« des Dachverbands der offenen Jugendarbeit DOJ, des Fachverbands Sucht FS und der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV (2015): Jugendschutz im regulierten Cannabismarkt. Grundlagenpapier Mai.
- EMCDDA (2011): EMCDDA Annual Report: Policies and Laws.
- Freie Träger der Berliner Suchthilfe (2015): Neue Wege in der Cannabispolitik. Positionen von freien Trägern der Berliner Suchthilfe. Berlin, 08. Juni 2005.
- Gantner A. (2014): Nationaler Transfer der in der INCANT Studie evaluierten MDFT als familienbasierter Frühintervention in die Jugendsuchthilfe. Sachbericht. Bundesministerium für Gesundheit, online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Cannabis/Downloads/Sachbericht_MDFT_Transfer-INCANT.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2018
- Hoch, E./Bonnet, U./Thomasius, R./Ganzer, F./Havemann-Reinecke, U./Preuss, UW. (2015): Risiken bei nichtmedizinischen Gebrauch von Cannabis. Deutsches Ärzteblatt Jg. 112, Heft 16, 17. April 2015.
- Hoch, E./Friemel, C./Schneider, M. (2018): Cannabis: Potential und Risiko. Eine wissenschaftliche Analyse. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Koller, G. (2004): Risikokompetente Suchtprävention: Voraussetzung und Wegbegleitung für Jugendliche, Rausch- und Risikobalance zu entwickeln [Risk competent prevention: Premise and companion for young people to develop balance concerning intoxication and risk]. AJS-Informationen, 47(2), 14-19. Google Scholar.
- Kröninger-Jungaberle, H./Nagy, E./von Heyden, M./DuBois, F./the REBOUND Participative Development Group (2014): REBOUND: A media-based life skills and risk education programme. Health Education Journal, 74, 705-719. doi:10.1177/0017896914557097 Google Scholar, SAGE Journals, ISI.
- Piontek, D./Gomes de Matos, E./Atzendorf, J./Kraus, L. (2016): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Tossmann, P./Gantner, A. (2016): Frühintervention, Beratung und Behandlung bei Cannabisstörungen, in: Suchttherapie 2016; 17: 1–5.

E-Zigaretten und Tabakwerbeverbot – Eckpunkte eines Kompromissvorschlags

Dietmar Jazbinsek & Heino Stöver

Zusammenfassung

Das von Gesundheitspolitikern angestrebte Außenwerbeverbot für Tabakprodukte ist bisher an Vorbehalten innerhalb der Großen Koalition gescheitert. Um die aktuelle Blockade zu überwinden, wird ein Kompromissvorschlag unterbreitet, der dem Grundrecht der Hersteller auf Berufsfreiheit und den Interessen der Werbewirtschaft ebenso Rechnung trägt wie der Pflicht des Gesetzgebers zum Schutz der Bevölkerungsgesundheit. Der Vorschlag läuft im Kern darauf hinaus, die Werbung für Tabakprodukte strenger zu regeln, als es bisher vorgesehen ist, und im Gegenzug Werbung für E-Zigaretten in größerem Umfang zu erlauben als ursprünglich geplant. Unter Fachleuten auf dem Gebiet der Tabakkontrolle ist unumstritten, dass die Gesundheitsrisiken des Konsums von Tabakprodukten weitaus größer sind als die des E-Zigaretten-Konsums. Deshalb ist es sinnvoll, auch bei der gesetzlichen Regulierung zwischen diesen beiden Produktkategorien zu unterscheiden. Eine solche Differenzierung findet sich weder in dem Gesetzentwurf, den das Bundeskabinett im April 2016 verabschiedet hat, noch in dem Gesetzentwurf der Bundestagsfraktion der Grünen vom April 2018.

1. Vorgeschichte

Im April 2016 hat das damalige Bundeskabinett einen Entwurf zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes verabschiedet, der ein Verbot der Außenwerbung, eine Beschränkung der Kinowerbung sowie ein Verbot der kostenlosen Abgabe von Tabakprodukten umfasste (Bundestags-Drucksache 18/8962). Dieser Entwurf stieß insbesondere auf Seiten von Wirtschaftspolitikern der regierenden Großen Koalition auf Ablehnung und wurde deshalb bis zum Ende der Legislaturperiode nicht zur Abstimmung in den Bundestag eingebracht. Während der Anfang 2018 laufenden Verhandlungen zwischen CDU/CSU und SPD zur Bildung einer neuen Regierung hieß es längere Zeit, man habe sich auf ein Verbot der Außenwerbung für Tabakprodukte verständigt. Der entsprechende Passus wurde jedoch kurz vor Abschluss der Verhandlungen aus dem Koalitionsvertrag gestrichen. Daraufhin hat die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen im April 2018 einen neuen Entwurf zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes eingebracht, der sich von dem der vorangegangenen Legislatur kaum unterscheidet (Bundestags-Drucksache 19/1878). Und genau darin liegt das Problem.

2. Problem

Die Unternehmen der Tabakindustrie geben Geld für Werbung aus, um mehr Tabakprodukte zu verkaufen. Die Marketingausgaben der Tabakindustrie haben sich in Deutschland seit Inkrafttreten des Werbeverbots in Printmedien im Jahr 2007 beinahe verdoppelt und haben 2015 einen Rekordwert von 232 Millionen Euro erreicht (Drogen- und Suchtbericht 2017). Von dieser Gesamtsumme entfielen nur rund 39% auf die Außen- und 1% auf die Kinowerbung. Den Großteil ihres Werbebudgets investierten die Unternehmen in direkte Werbung, Promotion und Sponsoring. In diese Kategorien fallen Marketingmaßnahmen wie der Camel-Pavillon auf dem Rockfestival Deichbrand, die Gauloises-Promo-Stände vor bundesdeutschen Hochschulen, die Secret Dinners des Zigarillo-Produzenten Dannemann, die Wohngemeinschafts-Partys des Schnupftabakherstellers Pöschl, die Präsenz von American Spirit auf deutschen Filmfestivals, die von Günter Jauch moderierte Verleihung des Journalistenpreises „Liberty Award“ durch die Firma Reemtsma und die Gewinnspiele auf der Internetseite lucky-strike.de. Mit anderen Worten: Diejenigen Maßnahmen zur Verkaufsförderung, von denen sich die Tabakindustrie den größten Werbeeffekt erhofft, werden in den vorliegenden Gesetzentwürfen gar nicht erfasst. Hinzu kommt, dass in beiden Entwürfen Schlüsselbegriffe wie „Außenwerbung“ oder „indirekte Werbung“ nicht präzise genug definiert werden. Das ist die eine Seite des Problems.

Auf der anderen Seite sollen konventionelle und elektronische Zigaretten ein- und denselben Werbebeschränkungen unterworfen werden, obwohl sich die beiden Produktkategorien grundsätzlich unterscheiden (Stöver 2016). Wenn Tabak verbrannt wird, entstehen Tausende von Rauchbestandteilen, von denen viele giftig und krebserregend sind. Das ist beim Dampfen nicht der Fall. Britische Experten haben 2015 und 2018 im Auftrag des Gesundheitsministeriums den aktuellen Stand der Forschung ermittelt und sind dabei zu der Einschätzung gelangt, dass E-Zigaretten 95% weniger gesundheitsschädlich sind als Tabakzigaretten (McNeill et al. 2018). Großbritannien ist nicht nur Spitzenreiter auf dem Gebiet der Tabakkontrolle in Europa, sondern fördert auch gezielt Alternativen zum Tabakkonsum. So ist die E-Zigarette im Vereinigten Königreich zum wichtigsten Hilfsmittel beim Rauchstopp geworden. Der Anteil erwachsener Tabakkonsumenten an der britischen Gesamtbevölkerung ist dem Office for National Statistics zufolge in jüngster Zeit deutlich gesunken und hat 2016 mit 15,8% einen historischen Tiefstand erreicht. In Deutschland dagegen ist die Raucherquote im letzten Vierteljahrhundert nur geringfügig zurückgegangen und liegt derzeit – je nach Erhebung – zwischen 25 und 30% (Kuntz et al. 2018).

Befürchtungen, wonach die E-Zigarette für viele Jugendliche zu einer Einstiegsdroge in den Tabakkonsum werden könnte, haben sich in den 10 Jahren seit ihrer Markteinführung nicht bewahrheitet (siehe hierzu den Beitrag von Jazbinsek im vorliegenden Band). Deshalb gehen die frühere Bundesregierung und die jetzige Bundestagsfraktion der Grünen von einer falschen Prämisse aus, wenn sie in ihren Gesetzentwürfen behaupten: „Die Eingriffe in die Freiheitsrechte der Hersteller von elektronischen Zigaretten und Nachfüllbehältern sind aus Gründen des Gesundheits- und Jugendschutzes gerechtfertigt.“ Tatsächlich würde es einen schwerwiegenden Verstoß gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit darstellen, wenn man die Freiheitsrechte der Hersteller eines risikoarmen Produkts in der gleichen Weise ein-

schränkt wie die Freiheitsrechte der Hersteller von Tabakprodukten, die bei bestimmungsgemäßem Gebrauch die Hälfte ihrer Konsumenten das Leben kosten.

3. Lösung

Beschränkungen der Tabakwerbung sollten strenger geregelt und präziser formuliert werden, um die Reichweite der Tabakwerbung auf die Kommunikation zwischen den Produzenten und Konsumenten von Tabakprodukten einzugrenzen. Zugleich sollten die Möglichkeiten zur Außenwerbung und zum Sponsoring für Hersteller und Händler von E-Zigaretten bestehen bleiben, sofern dabei Auflagen zum Jugendschutz eingehalten werden. Ein solcher Kompromiss zwischen den Erfordernissen der Tabakkontrolle und den Freiheitsrechten der Hersteller bietet mehrere Vorteile gegenüber den bislang vorliegenden Gesetzentwürfen:

- Vorteile für den Jugendschutz: Tabakwerbung bei jugendaffinen Großereignissen wie Musikfestivals wird ebenso verboten wie jede E-Zigaretten-Reklame, die in besonderer Weise Jugendliche anspricht (siehe unten, Kapitel 4.2 und 4.3).
- Vorteile für die Tabakentwöhnung: Umfragen zufolge ist eine Mehrheit der Deutschen der Ansicht, elektronische Zigaretten seien genauso gefährlich wie konventionelle Zigaretten oder sogar noch gefährlicher. E-Zigarettenwerbung kann dazu beitragen, solche Fehleinschätzungen zu korrigieren, und dadurch mehr Raucher zu einem Umstieg motivieren.
- Vorteile für den Verbraucherschutz: Das Tempo der Produktinnovationen im Segment der E-Zigaretten hat die Betriebssicherheit der Geräte und die Qualitätsstandards der Liquids deutlich erhöht. Investitionen in Innovationen rentieren sich jedoch nur, wenn für innovative Produkte auch geworben werden darf.
- Vorteile für die Werbewirtschaft: Mit der E-Zigaretten-Werbung etabliert sich ein neuer, zukunfts-trächtiger Bereich der Außenwerbung und des Eventmarketings. Wenn sich die hier vorgeschlagene Regelung für E-Zigaretten bewährt, wäre zudem eine Lockerung des Werbeverbots in Zeitschriften und anderen Medien denkbar.
- Vorteile für die Kommunen: Die Städte und Gemeinden müssen keinen Einbruch bei den Einnahmen befürchten, die sie ihren Verträgen mit der Werbewirtschaft verdanken (Wissenschaftliche Dienste 2016a).
- Vorteile für unabhängige Hersteller und Händler von E-Zigaretten: Ein undifferenziertes Werbeverbot für alte und neue Produkte zementiert die Wettbewerbsvorteile der Marktführer und schützt das Oligopol der Tabakkonzerne vor Konkurrenz durch Start-Up-Unternehmen und mittelständische Betriebe.
- Vorteile für die Konzerne der Tabakindustrie: Großunternehmen wie British American Tobacco und Imperial Brands haben die Absicht bekundet, die Folgeschäden des Rauchens durch das Angebot von E-Zigaretten und anderen risikoreduzierten Produkten verringern zu wollen („harm reduction“). Manager von Philip Morris International, dem größten privaten Tabakkonzern der Welt, beteuern neuerdings sogar, eine „rauchfreie Welt“ anzustreben. Derartige Verlautbarungen wirken glaubwürdiger, wenn die Zigarettenhersteller in Zukunft weitgehend auf Zigarettenwerbung verzichten.

4. Regelungsvorschläge im Einzelnen

4.1 Werbung für Tabakprodukte

Es soll Herstellern von Tabakprodukten weiterhin erlaubt sein, im direkten Kontakt mit erwachsenen Rauchern für ihre Produkte zu werben. Das schließt Werbung in Tabakfachgeschäften, das Eventmarketing für aktuelle Kunden sowie Werbe-Mails oder Werbebeilagen in Zigarettenpackungen mit ein. Verboten werden sollen dagegen alle Marketingmaßnahmen, die zwangsläufig auch Jugendliche und Nichtraucher mit Tabakwerbung konfrontieren.

- Tabakwerbung in Zeitungskiosken, Tankstellen, Duty Free-Shops und anderen Verkaufsstellen, die überwiegend von Nichtrauchern frequentiert werden, fällt unter das Werbeverbot.
- Anders als im Gesetzentwurf der Großen Koalition aus dem Jahr 2016 vorgesehen gilt das Verbot der Außenwerbung auch für nicht ortsfeste Werbeträger wie Aufsteller, Gerüste, Sonnenschirme und Fahrzeuge.
- Anders als im aktuellen Gesetzentwurf der Grünen vorgesehen gilt das Verbot der Außenwerbung auch für Gebäudeaußenflächen von Geschäftsräumen des Fachhandels.
- Analog zum Verbot des Sponsorings von Veranstaltungen mit „grenzüberschreitender Wirkung“ soll auch das Sponsoring von innerdeutschen Veranstaltungen durch Zigarettenhersteller verboten werden. Dieses Verbot schließt das Sponsoring von Parteiveranstaltungen mit ein.
- Kinowerbung für Tabakprodukte wird verboten.
- Werbung ist „jede Art kommerzieller Kommunikation mit dem Ziel oder mit der direkten oder indirekten Wirkung, den Verkauf eines Erzeugnisses zu fördern“ (TabakerzG Abschnitt 1 § 2 Punkt 6). Indirekt verkaufsfördernd wirken auch und insbesondere die Firmenreklamen der Tabakunternehmen und die Werbekampagnen ihrer Branchenverbände in Parteizeitungen und anderen Printmedien. Das bestehende Werbeverbot soll deshalb auf die Firmen- und Verbandswerbung der Tabakindustrie ausgeweitet werden.

4.2 Werbung für E-Zigaretten

Einige der heute noch bestehenden Werbemöglichkeiten für Zigaretten sollen in Zukunft ausschließlich für E-Zigaretten erhalten bleiben. Zugleich sollen die Auflagen zur Gewährleistung des Jugend- und Verbraucherschutzes strenger geregelt werden.

- Die Außenwerbung für E-Zigaretten bleibt erlaubt, sofern die Werbemotive ihrer Art nach nicht „besonders dazu geeignet sind, Jugendliche oder Heranwachsende zum Konsum zu veranlassen oder darin zu bestärken“ (TabakerzG Abschnitt 4 § 21 Absatz 1 Punkt 2).
- Die Kinowerbung für E-Zigaretten bleibt bei allen Filmen erlaubt, die für Zuschauer ab 18 Jahren freigegeben sind.

- Das Sponsoring innerdeutscher Veranstaltungen durch Anbieter von E-Zigaretten bleibt erlaubt. Das gilt auch für das Sponsoring von Parteiveranstaltungen, sofern der E-Zigaretten-Anbieter keine Tabakprodukte herstellt oder vertreibt.
- Es ist erlaubt, in der Werbung den Eindruck zu erwecken, dass eine E-Zigarette weniger schädlich ist als ein Tabakerzeugnis. Nicht erlaubt sein soll dagegen die Werbebotschaft, E-Zigaretten seien „gesund“ oder „gesundheitlich unbedenklich“. Ausdrücklich erwünscht sind Informationen zum Verbraucherschutz, wie zum Beispiel der Hinweis, dass die Gesundheitsvorteile der E-Zigarette nur dann zum Tragen kommen, wenn der Nutzer vollständig auf Zigaretten verzichtet.
- E-Zigaretten-Anbieter sollen dazu verpflichtet werden, vor Beginn einer Werbekampagne das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit – oder eine andere, noch zu schaffende Meldestelle, siehe unten – über die geplanten Werbemotive und Werbebotschaften zu informieren. Die Prüfinstanz kann eine Änderung des Werbekonzepts verlangen, wenn sie einen offenkundigen Verstoß gegen die geltenden Bestimmungen des Jugend- und Verbraucherschutzes feststellt.

4.3 Sonstige Bestimmungen

Die folgenden Vorschläge gelten für die Tabakwerbung und die E-Zigaretten-Werbung in gleicher Weise:

- Es sollte ein Meldestelle eingerichtet werden, deren Aufgabe es ist, die Werbung der E-Zigarettenanbieter zu prüfen, bevor die damit an die Öffentlichkeit gehen. Darüber hinaus sollte sie die Werbeaktivitäten der Tabakindustrie dokumentieren und Beschwerden von Verbrauchern nachgehen. Ein Vorbild hierfür ist das Schweizer „Observatorium zur Beobachtung der Marketingstrategien für Tabakprodukte“. Organisatorisch könnte diese Meldestelle z.B. an den Bundesverband der Verbraucherzentralen angehängt sein.
- Verstöße gegen die neuen Richtlinien für die Zigaretten- und die E-Zigaretten-Werbung sollen empfindliche Sanktionen zur Folge haben. So könnten die Hersteller nach US-amerikanischem Vorbild dazu verpflichtet werden, eine dem verausgabten Werbebudget entsprechende Summe für Gegenwerbung zur Verfügung zu stellen. Als Empfänger der Bußgelder käme z.B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Frage.
- Wie die frühere Bundesregierung und die jetzige Bundestagsfraktion der Grünen schlagen wir den 1. Juli 2020 als Termin für das Inkrafttreten des Gesetzes vor.
- Drei Jahre nach ihrem Inkrafttreten sollte eine Evaluation der Werberichtlinien erfolgen. Zu diesem Zweck könnte eine unabhängige Institution wie das Deutsche Krebsforschungszentrum damit beauftragt werden, die Informationen der Meldestelle (siehe oben) mit Daten zur Entwicklung des Rauchverhaltens und Forschungsergebnissen zur Risikobewertung der relevanten Produkte abzugleichen. Der Evaluationsbericht sollte Aussagen darüber enthalten, inwieweit sich die geltenden Bestimmungen für die Zigaretten- und E-Zigarettenwerbung bewährt haben oder ob sie verschärft werden müssen bzw. gelockert werden können.

4.4 Sonderfall Tabakerhitzer

Heat-not-burn-Geräte stellen eine neuartige Hybridtechnologie dar, die Eigenschaften der Zigarette und der E-Zigarette in sich vereint. Im Gegensatz zur E-Zigarette kommt bei den Tabakerhitzern echter Tabak zum Einsatz, der aber nicht mehr verbrannt, sondern – wie der Name schon sagt – nur erhitzt wird. Das hierzulande bekannteste Gerät dieses Typs ist der Tabakerhitzer Iqos, den Philip Morris Mitte 2016 in Deutschland eingeführt hat und seitdem mit einer massiven Marketingkampagne bewirbt (Jazbinsek/Gießelmann 2018). Auch British American Tobacco („Glo“) und Japan Tobacco International („Ploom“) haben Heat-not-burn-Geräte entwickelt, die heute schon in Ländern wie der Schweiz zu kaufen sind.

Einer aktuellen Untersuchung des Bundesinstituts für Risikobewertung zufolge liegt die Schadstoffbelastung der Iqos-Emissionen um 80% bis 99% unter der des Zigarettenrauchs (Mallock et al. 2018). Bei einer Anhörung der US-amerikanischen Food and Drug Administration im Januar 2018 warfen Gesundheitsexperten jedoch die Frage auf, ob sich aus einer deutlichen Reduktion der Schadstoffbelastung eine gleich große Reduktion des Erkrankungsrisikos ableiten lässt. Diese Frage ist derzeit schwer zu beantworten, weil im Gegensatz zu den E-Zigaretten über die Tabakerhitzer bislang nur relativ wenige hersteller-unabhängige Studien vorliegen. Deshalb wird an dieser Stelle darauf verzichtet, Werberichtlinien für Tabakerhitzer auszuformulieren. Stattdessen schlagen wir vor, auch in Deutschland eine Expertenanhörung durchzuführen, um einen Überblick über die sich rasch wandelnde Forschungslage zu bekommen. Bevor der Gesetzgeber eine Entscheidung in Sachen Heat-not-burn-Werbung trifft, sollte in jedem Fall untersucht werden, ob und wie die Iqos-Plakate von Philip Morris auf Jugendliche gewirkt haben.

Anhang: Werbe- und Lobbystrategien der Tabakindustrie

Das Bundesverfassungsgericht hat 1997 in seinem Urteil zu den Warnhinweisen und 2008 in seinem Urteil zum Nichtraucherchutz unmissverständlich klargestellt, dass der Schutz der Bevölkerung vor den Gesundheitsgefahren des Tabakkonsums ein „überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“ darstellt. Ungeachtet der Verfassungsmäßigkeit eines Außenwerbeverbots (Wissenschaftliche Dienste 2016b) und obwohl über 70% der Bundesbürger ein solches Verbot befürworten (Schaller/Mons 2016), ist es der Tabaklobby bis heute gelungen, jede Initiative für eine entsprechende Gesetzesänderung abzuwehren. British American Tobacco feierte diesen Erfolg im Oktober 2017 auf eigene Weise: „Vive le Moment“ so lautete der Claim einer fröhlichen Plakatserie, mit der das Unternehmen für seine Gauloises-Zigaretten Reklame machte. Auf einem der Plakate sind zwei junge Frauen zu sehen, die im Fond eines Wagens ihre Wäsche wechseln. Man muss kein Werbepsychologe sein, um sich vorstellen zu können, dass solch ein Bildmotiv auch bei Jugendlichen Interesse weckt: Bei Mädchen, weil es ums Styling geht, und bei Jungs, weil die Fotomodelle kaum noch was anhaben. Wäre Kritik an diesem Werbetrick laut geworden, hätte BAT mit Sicherheit erwidert, auf den Plakaten seien ausschließlich Fotomodelle abgebildet, die mindestens 30 Jahre alt sind – so wie es der Werbekodex des Deutschen Zigarettenverbandes vorsieht.

Dass Models dem Geburtsdatum nach 30 oder älter sind, schließt nicht aus, dass sie auf Jugendliche wesentlich jünger wirken können, wenn man sie entsprechend in

Szene setzt. Das hat zuletzt die Begleitforschung zur Be Marlboro-Kampagne von Philip Morris in Deutschland gezeigt (Jazbinsek 2014). Die Marlboro-Motive mit Mutproben wie Stage Diving und Parcouring, die im Frühjahr 2012 an jeder Straßenecke zu sehen waren, haben sich dem Teenager-Publikum damals nachhaltig eingepägt. Bei einer Online-Befragung von 1.000 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren stellte sich im September 2012 heraus, dass die Fotomodelle auf den Zigarettenplakaten oft als gleichaltrig oder kaum älter eingeschätzt wurden. Später belegten Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, dass der Anteil minderjähriger Raucher im Jahr 2012 – also während der Intensivphase der Außenwerbung durch Philip Morris – zum ersten Mal seit langer Zeit wieder gestiegen war. Der Abwärtstrend setzte erst wieder ein, nachdem die zuständigen Behörden die Fortführung der Be Marlboro-Kampagne untersagt hatten.

Die Wirkung der Tabakwerbung auf Jugendliche ist aus Sicht der Hersteller kein Versehen, sondern gewollt. Weil Raucher zu den Konsumentengruppen mit der höchsten Markentreue gehören, stehen die Zigarettenfirmen unter dem ökonomischen Zwang, neue Kunden möglichst in einem Alter zu gewinnen, in dem sie noch keine Vorliebe für eine bestimmte Marke entwickelt haben. In internen Dokumenten bezeichnen die Tabakkonzerne die Zielgruppe der Minderjährigen mit Tarnbegriffen wie „starter“, „replacement smoker“ oder „entry level user“ (Cummings et al. 2002).

Vor diesem Hintergrund ist es wenig überraschend, dass sich der Deutsche Zigarettenverband 2017 vehement für eine Verhinderung des Außenwerbeverbots eingesetzt hat. Ein solcher Eingriff von Seiten des Staates laufe auf ein „totales Kommunikationsverbot“ für die Hersteller eines legalen Produktes hinaus, empörte sich der Branchenverband. Der Aufschrei der Lobbyisten soll übertönen, dass sich die Branche schon längst auf ein Verbot der Außenwerbung eingestellt hat – schließlich ist Deutschland das einzige Land der EU, in dem Werbeplakate für Tabakprodukte überhaupt noch erlaubt sind. Die Zigarettenindustrie hat andere Werbekanäle ausgebaut, um an neue Kunden heranzukommen. Dazu gehören u.a. die Spaß-Aktionen, mit denen die Tabakkonzerne auf vielen Musikfestivals in Deutschland präsent sind (DKFZ 2015). Großveranstaltungen wie das Wacken-Festival oder „Rock im Park“ werden keineswegs nur von Erwachsenen besucht.

Dass sich die Zigarettenhersteller schon längst auf ein Verbot der Plakatwerbung eingestellt haben, belegt auch das Protokoll einer Sitzung, die am 21. Dezember 2010 in einem Bonner Büro des Landwirtschaftsministeriums stattfand (Forum Rauchfrei 2017). Mehrere Vertreter der Tabakindustrie, darunter ein Sprecher von Philip Morris sowie Repräsentanten des Zigarettenverbandes und des Rauchtakverbandes, trugen dem zuständigen Staatssekretär damals ihre Bedenken gegen die EU-Pläne zur Einführung einer Einheitspackung für Zigaretten vor. Der Gesprächsnotiz eines Ministerialbeamten zufolge kamen in diesem Zusammenhang auch andere Themen zur Sprache: „Es wurde auch über die Aussen- und Kinowerbung gesprochen. Von Seiten der Wirtschaft wurde offen zugestanden, dass in diesem Bereich (in Deutschland) noch inkonsequente Regelungen gelten (Erlaubnis der Plakat- und Kinowerbung), man sei hier durchaus zum Verzicht auf diese Werbemaßnahmen bereit.“ Die Politik hat bekanntermaßen auf die Einführung einer Einheitsverpackung verzichtet. Darum wird es höchste Zeit, dass die Tabakindustrie ihren Teil der Absprache ebenfalls erfüllt.

Literatur

- Cummings, K.M./Morley, C.P./Horan, J.K. et al. (2002): Marketing to America's youth. Evidence from corporate documents. In: *Tobacco Control*, 11(Suppl. I): i5-i17.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2015): *Direktmarketing für Tabakprodukte in Deutschland*. Heidelberg.
- Forum Rauchfrei (2017): *Aus den Akten der Ministerien: Politik und Tabakindustrie*, online verfügbar unter: <http://www.forum-rauchfrei.de/en/2017/09/01/aus-den-akten-der-ministerien-politik-und-tabakindustrie-2/>; letzter Zugriff: 16.05.2018.
- Jazbinsek, D. (2014): Die Be Marlboro-Kampagne von Philip Morris und ihre Wirkung auf Jugendliche. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2014*. Lengerich: Pabst.
- Jazbinsek, D./Gießelmann, K. (2018): Tabakerhitzer – Streit um rauchfreie Alternative. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 115: 130-136.
- Kuntz, B./Zeiber, J./Starker, A./Lampert, T. (2018): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2018*. Lengerich: Pabst.
- Mallock, N./Böss, L./Burk, R. et al. (2018): Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. In: *Archives of Toxicology*: Epub ahead of print.
- McNeill, A./Brose, L.S./Calder, R./Bauld, L./Robson, D. (2018): *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products*. London: Public Health England.
- Schaller, K./Mons, U. (2016): *Große Zustimmung zu einem Verbot der Tabakaußenwerbung*. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Stöver, H. (2016): *Die E-Zigarette. Geschichte – Gebrauch – Kontroversen*. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Wissenschaftliche Dienste (2016a): *Einzelfragen zum Verbot der Außenwerbung für Tabakwaren*. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Wissenschaftliche Dienste (2016b): *Verfassungsmäßigkeit eines umfassenden Verbots der Werbung für Tabakerzeugnisse*. Berlin: Deutscher Bundestag.

E-Zigaretten und ihr Einfluss auf den Konsum konventioneller Zigaretten

Anmerkungen zu einer aktuellen Kohortenstudie mit Jugendlichen aus Deutschland

Dietmar Jazbinsek

Zusammenfassung

„Studie zeigt: Junge Dampfer werden öfter zu Rauchern“: Mit dieser alarmierenden Botschaft ging die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie Anfang April 2018 an die Öffentlichkeit. Anlass hierfür war ein Artikel aus dem Deutschen Ärzteblatt, in dem Ergebnisse einer Kohortenstudie mit mehreren Tausend Schülern aus Niedersachsen und Schleswig-Holstein präsentiert werden. Dieser Studie zufolge verdoppelt sich das Risiko des „Einstiegs in den Konsum konventioneller Zigaretten“, wenn die Nieraucher unter den Schülern zuvor elektronische Zigaretten ausprobiert haben. Im vorliegenden Beitrag wird dargelegt, warum der von den Studienautoren behauptete Einstiegseffekt um ein Vielfaches zu hoch gegriffen ist. Dokumentiert wird zudem, wie Fehlinformationen, irreführende Zitate und rhetorische Wendungen dazu beitragen, den Eindruck von empirischer Evidenz zu erzeugen. Die Autoren der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Kieler Instituts für Therapieforschung sind nicht die einzigen Vertreter der Tabakkontrolle, die vor einer „Re-Normalisierung des Rauchens“ durch die Einstiegsdroge E-Zigarette warnen. Wäre diese Warnung berechtigt, dann hätte der Anteil jugendlicher Raucher seit der Markteinführung der E-Zigarette vor gut zehn Jahren deutlich ansteigen müssen. Tatsächlich gab es in den letzten Jahrzehnten unter den Jugendlichen noch nie so wenige Raucher wie heute.

1. Anlass, Ablauf und zentrale Aussage der Kohortenstudie

Was auch immer über die iPhone-Generation gesagt und geschrieben wird, in einem Punkt hebt sie sich positiv von allen anderen Nachkriegsgenerationen ab: Heute rauchen so wenige Jugendliche wie nie zuvor. Und in der vergleichsweise kleinen Minderheit der rauchenden Teenager gibt es immer weniger, die täglich zur Zigarette greifen. Parallel zur Verbreitung des iPhones hat auch die E-Zigarette vor gut zehn Jahren ihren Siegeszug um die Welt angetreten. Viele Jugendliche haben die neuen Dampfgeräte schon einmal ausprobiert, doch nach allem, was wir wissen, sind nur wenige von ihnen dazu übergegangen, regelmäßig zur E-Zigarette zu greifen. Und wenn sie dies tun, dann verwenden sie häufig Liquids ohne Nikotin. Wichtig ist auch, dass die Mehrheit der jugendlichen Dampfer schon Zigaretten oder Wasserpfeifen geraucht hat, bevor sie mit dem Dampfen anfang. Herkömmliche Zigaretten bieten nicht an-

satzweise so viele Aromen wie die E-Zigaretten-Liquids, und die Rauchwolken, die man mit ihnen erzeugen kann, sind kümmerlich im Vergleich zu den Dampfvolken der elektronischen Konkurrenzprodukte. Auf Dauer teurer sind sie außerdem. Alles in allem könnte die Entwicklung darauf hinauslaufen, dass den Zigarettenkonzernen in absehbarer Zeit die Kunden ausgehen – zumindest in entwickelten Industriestaaten wie Deutschland.

Im Deutschen Ärzteblatt ist Anfang April 2018 ein Artikel erschienen, der ein ganz anderes, sehr viel düsteres Bild von der zukünftigen Entwicklung des Rauchverhaltens zeichnet (Morgenstern et al. 2018). Eine Autorengruppe aus Mitarbeitern des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) und der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) präsentiert in diesem Artikel die Ergebnisse einer Kohortenstudie. Ende 2015 wurden 4.163 Zehntklässler aus 61 Schulen in Niedersachsen und Schleswig-Holstein u.a. zu ihren Erfahrungen mit Zigaretten und E-Zigaretten befragt. 57% der Befragten waren ihren eigenen Angaben zufolge Nieraucher ($n=2.358$), 43% waren Jemalsraucher ($n=1.805$), d.h. sie hatten zum Zeitpunkt der Befragung zumindest einmal in ihrem Leben ein paar Züge an einer Zigarette gezogen. Ein halbes Jahr später wurden dieselben Schulklassen erneut befragt. Die Daten, die im Ärzteblatt veröffentlicht wurden, beziehen sich fast ausschließlich auf die Gruppe der ursprünglichen Nieraucher. Von ihnen haben 2.186 an der Follow Up-Befragung teilgenommen. Gut 12% der ursprünglichen Nieraucher, die ein halbes Jahr später wieder befragt wurden, hatten ihren eigenen Angaben zufolge in der Zwischenzeit zumindest einmal eine Zigarette geraucht ($n=268$).

Die Autoren haben bei der Auswertung der Daten die Gruppe der ursprünglichen Nieraucher in zwei Untergruppen eingeteilt: In diejenigen, die zum Zeitpunkt der ersten Befragung mindestens einmal in ihrem Leben an einer E-Zigarette gezogen haben ($n=313$), und die anderen, die das bis dahin noch nie getan hatten ($n=1.873$). Man könnte – analog zur Unterscheidung beim Rauchverhalten – erstere als „Jemalsdampfer“ und letztere als „Niedampfer“ bezeichnen. Beim Vergleich der beiden Untergruppen haben die Autoren einen markanten Unterschied festgestellt: Von den Niedampfern gaben 9,9% an ($n=185$), in der Zeit zwischen der ersten und der zweiten Befragung mindestens einmal an einer Zigarette gezogen zu haben, bei den Jemalsdampfern waren es dagegen 21,6% ($n=68$). Das zentrale Ergebnis der Kohortenstudie lautet folgerichtig: „Das relative Risiko für das Experimentieren (mit Zigaretten) war bei Nutzern von E-Zigaretten um das 2,2fache erhöht“ (Morgenstern et al. 2018, 243).

Die Brisanz dieses mühsam herausgesiebten und umständlich verklausulierten Befundes wird erst dann deutlich, wenn man liest, welche Schlussfolgerung die Autoren daraus ziehen: Morgenstern et al. unterstellen, dass das Experimentieren mit konventionellen Zigaretten gleichbedeutend ist mit dem „Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten“ – so der Titel ihres Artikels. Soll heißen: Wenn Schüler E-Zigaretten ausprobieren, greifen sie danach häufiger zu Tabakzigaretten und werden schließlich zu richtigen Rauchern. Wenn solch ein Gateway-Effekt einträte, wäre das aus Public Health-Sicht eine wirklich schlechte Nachricht: Die E-Zigarette könnte als Einstiegsdroge in den Tabakkonsum zu einer Re-Normalisierung des Rauchens führen, und das in einer Generation, die sich bislang als wenig empfänglich für die Verlockungen der Tabakindustrie gezeigt hat.

Wegen der gesundheitspolitischen Bedeutung der Kohortenstudie werden in den beiden folgenden Kapiteln die Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung sowie die Präsentation der Daten und deren Verbreitung in der Öffentlichkeit einer kritischen Revision unterzogen. Dabei wird sich – soviel sei vorweggenommen – die Warnung der Autoren vor der Einstiegsdroge E-Zigarette als Fehlalarm erweisen. Im Schlusskapitel geht es darum, welche Folgen es haben kann, wenn der Öffentlichkeit ein falsches Bild von den gesundheitlichen Risiken und Chancen der E-Zigarette vermittelt wird.

2. Anmerkungen zur Datenerhebung und Datenauswertung

Das Experimentieren mit E-Zigaretten durch Jugendliche verdoppelt angeblich das Risiko ihres Einstiegs in den Konsum konventioneller Zigaretten: Dieser von Morgenstern et al. behauptete Einstiegseffekt wird in den folgenden Abschnitten auf seine Reichweite (2.1) seine Ausprägung (2.2 bis 2.5) und auf seine Plausibilität hin (2.6 bis 2.11) überprüft.

2.1 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt betrifft nicht einmal 1% der Jugendlichen in Deutschland.

Wenn man die absoluten Zahlen zugrunde legt, haben dreimal so viele Nieraucher ohne Dampferfahrung Zigaretten ausprobiert wie Nieraucher mit Dampferfahrung. Morgenstern et al. interessieren sich jedoch allein für das relative Risiko. Die Risikodifferenz des Erstkontakts mit E-Zigaretten im Vergleich zur E-Zigaretten-Abstinenz beträgt 11,7% (21,6% minus 9,9%). Bezogen auf die 313 E-Zigaretten-Probierer der Basiserhebung ergibt das eine Risikogruppe von 37 Schülern, die den Autoren zufolge keine Zigaretten ausprobiert hätten, wenn sie nicht vorher an einer E-Zigarette gezogen hätten. Der unterstellte Einstiegseffekt betrifft also nur 1,7% der bei der zweiten Befragung erreichten ursprünglichen Nieraucher (n=2.186). Der Altersdurchschnitt der befragten Schüler lag bei 15,5 Jahren. Der Anteil der Jemalskonsumenten von Zigaretten war in der Studienpopulation mit 43% mehr als doppelt so hoch wie der Durchschnittswert für die Gesamtheit der Jugendlichen in Deutschland. Laut Alkoholsurvey der BzGA hatten 19% der 12- bis 17-Jährigen im Jahr 2016 mindestens einmal in ihrem Leben eine Zigarette geraucht (BzGA, 2017). Der in der Studie ermittelte Einstiegseffekt dürfte demnach nicht einmal 1% der Jugendlichen insgesamt betreffen. Dieser Hinweis soll die Größenordnung des Problems verdeutlichen, vor dem die Autoren warnen.

2.2 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt ist um ein Vielfaches zu hoch gegriffen, weil nur eine Minderheit der Jugendlichen nikotinhalige E-Zigaretten-Liquids konsumiert.

Eine der möglichen Erklärungen für den postulierten Einstiegseffekt ist Morgenstern et al. zufolge das Suchtpotential des Nikotins, wobei sie an die Gateway-Theorie von

Eric und Denise Kandel anknüpfen (Kandel/Kandel 2014). Allerdings wurden die Schüler aus Niedersachsen und Schleswig-Holstein nicht danach befragt, ob sie überhaupt nikotinhaltige Liquids konsumiert haben. Stattdessen gehen die Autoren unter Berufung auf frühere Surveys aus Deutschland davon aus, dass dies bei „etwa einem Drittel der konsumierenden Jugendlichen“ der Fall war. Bei einer Befragung von 1.142 Schülern aus Niedersachsen gab 2017 nur jeder vierte E-Zigaretten-Nutzer im Alter zwischen 14 und 16 Jahren an, nikotinhaltige Liquids zu konsumieren. Konkret waren das 92 von 375 Befragten der deutschen SILNE-R-Studie (Mlinaric 2018). Ein nikotinbedingter Einstiegseffekt kann sich demnach allenfalls bei einem Drittel oder Viertel der Risikogruppe – d.h. bei 9 bis 12 von 37 E-Zigaretten-Nutzern – eingestellt haben.

2.3 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt ist um ein Vielfaches zu hoch gegriffen, weil nur eine Minderheit der Jugendlichen regelmäßig E-Zigaretten konsumiert.

Eine andere mögliche Erklärung für den postulierten Einstiegseffekt ist die „mit dem regelmäßigen E-Zigaretten-Konsum einsetzende Vertrautheit mit habituellen und rituellen Vorgängen“ des Rauchens. Morgenstern et al. berufen sich in diesem Zusammenhang auf das Katalysatormodell des E-Zigaretten-Konsums von Katharina Diehl und Sven Schneider (Schneider/Diehl 2016). Allerdings finden sich in dem Ärzteblatt-Artikel keinerlei Angaben dazu, wie regelmäßig die Schüler in Niedersachsen und Schleswig-Holstein E-Zigaretten benutzen. Bei der bereits erwähnten SILNE-R-Studie lag der Anteil der Jemalskonsumenten von E-Zigaretten bei 23,3% der befragten Schüler, dagegen hatten nur 1,8% der 14- bis 16-Jährigen mindestens einmal pro Woche gedampft (Mlinaric 2018). Das Verhältnis experimenteller versus regelmäßiger Konsum lag hier also bei 13:1. Laut einer bundesweiten Umfrage aus dem Jahr 2016 wurden E-Zigaretten von 13,9% der 14- bis 19-Jährigen ausprobiert, aber nur von 0,9% dieser Altersgruppe regelmäßig genutzt (Eichler et al. 2016). Daraus ergibt sich ein Verhältnis experimenteller versus regelmäßiger Konsum von 15:1. Ein gewöhnungsbedingter Einstiegseffekt kann sich demnach nur bei 2 bis 3 der 37 E-Zigaretten-Probierer aus der Risikogruppe der Kohortenstudie eingestellt haben.

2.4 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt ist um ein Vielfaches zu hoch gegriffen, weil nicht alle Jugendlichen, die jemals an einer Zigarette gezogen haben, auch tatsächlich anfangen zu rauchen.

Morgenstern et al. werfen in ihrem Artikel selber die Frage auf, „ob das Ergebnis ‚jemals geraucht‘ überhaupt einen klinisch oder gesundheitlich relevanten Parameter darstellt.“ Gesundheitlich relevant ist es in jedem Fall, wenn Jugendliche regelmäßig Zigaretten rauchen. In der Kohortenstudie in Norddeutschland wurden die Zehntklässler u.a. danach befragt, ob sie gar nicht/ seltener als einmal im Monat/ mindestens einmal im Monat, aber nicht jede Woche/ mindestens einmal in der Woche, aber nicht jeden Tag oder ob sie jeden Tag geraucht haben. Die Schlüsselinformation, wie viele Jugendliche regelmäßig – d.h. mindestens einmal in der Woche – geraucht haben,

wurde von der Autorengruppe allerdings nicht im Ärzteblatt publiziert. Der Leser ist deshalb auch an dieser, für die Aussagekraft der Studie entscheidenden Stelle darauf angewiesen, anderswo nach vergleichbaren Zahlen zu suchen. Angaben der Weltgesundheitsorganisation zufolge wird nur aus jedem zweiten oder dritten Jugendlichen, der mit Zigaretten experimentiert, später ein regelmäßiger Raucher (WHO 2010). Wenn also – realistisch betrachtet, siehe Anmerkungen oben – nur 2 bis 3 der befragten Schüler erst regelmäßig E-Zigaretten konsumiert und danach einmal an einer Zigarette gezogen haben, dann sind allenfalls 1 oder 2 von ihnen zum regelmäßigen Zigarettenkonsum übergegangen. Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt betrifft demnach maximal 0,09% der zum zweiten Zeitpunkt erreichten ursprünglichen Nieraucher (n=2.186).

2.5 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt ist um ein Vielfaches zu hoch gegriffen, weil es Jugendliche gibt, die sich mit Hilfe der E-Zigarette das Rauchen abgewöhnen.

Morgenstern et al. zufolge sind 83 Teilnehmer an der Kohortenstudie zwischen der ersten und der zweiten Befragung von einem nicht-täglichen zum täglichen Tabakkonsum übergegangen. Das relative Risiko für die Initiierung des täglichen Tabakkonsums soll bei Jemalsdampfern fast dreimal so hoch sein wie bei Niedampfern. Wie viele Probanden diese Risikoerhöhung betrifft, geht aus der dazugehörigen e-Tabelle 3 nicht hervor. Es könnten 3 sein, vielleicht sind es auch mehr. Was die Autoren ignorieren, ist die Zahl der Schüler, die ihren Tabakkonsum zwischen der ersten und der zweiten Befragung eingeschränkt oder sogar ganz aufgegeben haben und ob auch hierbei der E-Zigaretten-Konsum eine Rolle gespielt haben könnte. Wieder ist der Leser auf andere, vergleichbare Erhebungen angewiesen. Bei der Umfrage von Eichler et al. (2016) antworteten 10 von 67 Jugendlichen zwischen 14 und 19, sie würden die E-Zigaretten nutzen, um vom Tabakkonsum wegzukommen. Eine Jugendstudie im Rhein-Neckar-Gebiet hat ergeben, dass die Tabakentwöhnung nur für eine Minderheit der Schüler der primäre Grund ist, warum sie E-Zigaretten ausprobieren (Schneider et al., 2016). Doch selbst wenn nur 1 oder 2 Schüler mit dem Rauchen aufgehört haben, nachdem sie auf das Dampfen umgestiegen sind, würde das genügen, um den von Morgenstern et al. postulierten Einstiegseffekt zu kompensieren.

2.6 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt ist um ein Vielfaches zu hoch gegriffen, weil es Jugendliche gibt, die wegen der E-Zigarette gar nicht erst anfangen zu rauchen.

Bei der bereits erwähnten Schülerbefragung im Rhein-Neckar-Raum gaben 22% der E-Zigaretten-Nutzer an, E-Zigaretten würden ihnen besser schmecken als Tabakzigaretten (Schneider et al. 2016). Einmal angenommen, dass ein Schüler zuerst eine elektronische und danach eine konventionelle Zigarette ausprobiert, dann kann es sein, dass es genau diese Kontrasterfahrung ist, die ihn von einem Weiterräumen abhält. Morgenstern et al. sehen das anders: Wer beim ersten Zug an einer Tabakzigarette Brechreiz verspürt und danach nie wieder in seinem Leben eine Zigarette anfasst,

wird von den Autoren der Kohortenstudie in die Rubrik „Initiierung des Konsums konventioneller Zigaretten“ einsortiert. Neben dem besseren Geschmack hat die E-Zigarette aus Sicht der Jugendlichen noch weitere Vorteile. Dazu gehören die „vape tricks“, die man mit den Dampfvolken vollführen und auf Youtube zur Schau stellen kann. Die Rauchwolken der herkömmlichen Zigaretten wirken dagegen vergleichsweise kläglich. Mit anderen Worten: Es ist durchaus vorstellbar, dass das Experimentieren mit E-Zigaretten einen Immunisierungseffekt gegenüber dem Rauchen bewirkt und dass sich dieser Effekt vor allem bei Zielgruppen bemerkbar macht, die von den herkömmlichen Präventionskampagnen und Entwöhnungsangeboten kaum erreicht werden. Denn der „typische Nutzer von E-Zigaretten ist männlich, hat einen Migrationshintergrund und besucht eine Werkreal- oder Hauptschule“, so Schneider et al. (2016, 157).

2.7 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt des E-Zigaretten-Konsums ist möglicherweise ein Artefakt der Methode, weil der Tabakkonsum im Umfeld der Jugendlichen nicht erfasst wurde.

Die konzeptionelle Alternative zu der von Morgenstern et al. favorisierten Gateway-Theorie ist der Common Liability-Ansatz (Vanyukov et al. 2012). Übertragen auf den Gegenstand der Kohortenstudie besagt dieser Ansatz, dass die Reihenfolge des Erstkonsums von E-Zigaretten und Zigaretten beliebig sein kann, wenn beide Verhaltensweisen von einer Drittvariablen abhängen, die im Hintergrund wirkt. Eine der denkbaren Hintergrundvariablen ist der Tabakkonsum im Umfeld der Jugendlichen. Aller Erfahrung nach hat das Rauchverhalten im Freundeskreis und im Elternhaus einen entscheidenden Einfluss auf den Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten. Es könnte sein, dass in der Risikogruppe der Kohortenstudie überproportional viele Schüler vertreten sind, deren Eltern, Geschwister oder Freunde rauchen oder dampfen. Ob dem so ist, wissen die Autoren nicht, weil sie die Schüler nicht danach befragt haben.

2.8 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt des E-Zigaretten-Konsums ist möglicherweise ein Artefakt der Methode, weil der Substanzkonsum der Jugendlichen nicht hinreichend berücksichtigt wurde.

Den e-Tabellen 1 und 2 des Ärzteblatt-Artikels kann man entnehmen, dass sich das relative Risiko des Einstiegs in den Konsum konventioneller Zigaretten mehr als verdoppelt, wenn ein Nieraucher bereits über Erfahrungen mit dem Rauschtrinken und dem Cannabis-Konsum verfügt. Zugleich besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Rauschtrinken und dem Cannabis-Konsum auf der einen Seite und der Nutzung von E-Zigaretten auf der anderen. Zusammengenommen ergibt sich daraus die Schlussfolgerung, dass der von den Autoren behauptete Einfluss des E-Zigaretten-Erstkonsums auf den Folgekonsum von Zigaretten seinerseits stark von anderen Formen des Substanzkonsums – insbesondere vom Umgang der Jugendlichen mit Alkohol und Cannabis – beeinflusst wird. Zu den relevanten anderen Substanzen gehören zweifellos auch andere Tabakprodukte. Der Drogenaffinitätsstudie der BzgA zufolge hatten 2015 rund 12% der 12- bis 17-Jährigen Erfahrungen mit E-Zigaretten

gemacht, mehr als doppelt so viel aber – nämlich 27% – hatten Erfahrungen mit Wasserpfeifen (Orth 2016). Die Autoren der Kohortenstudie haben die Schüler danach befragt, ob sie Wasserpfeifen rauchen, aber sie haben die dazugehörigen Daten nicht im Ärzteblatt publiziert.

2.9 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt des E-Zigaretten-Konsums ist möglicherweise ein Artefakt der Methode, weil der Medienkonsum der Jugendlichen außer Acht gelassen wurde.

Neben dem sozialen Umfeld der Jugendlichen beeinflusst auch ihre symbolische Umwelt das Rauchverhalten. Wer in jungen Jahren häufig Tabakwerbung auf Plakaten oder viele Rauchszenen im Kino, Fernsehen oder Internet gesehen hat, neigt möglicherweise eher dazu, Zigaretten und E-Zigaretten auszuprobieren. Dass diese Faktoren in der Kohortenstudie außer Acht gelassen wurden, ist deshalb bemerkenswert, weil eine der beiden beteiligten Institutionen – das IFT-Nord – an mehreren Untersuchungen beteiligt war, die einen erheblichen Einfluss der Tabakwerbung (z.B. Hanewinkel et al. 2012) und der fiktionalen Rauchszenen (z.B. Morgenstern et al. 2013) auf den Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten behaupten. Die Entscheidung, den Risikofaktor Medienkonsum auszublenden, ließe sich mit den Zwängen der Forschungsökonomie begründen. Im Fall der norddeutschen Kohortenstudie scheidet eine solche Begründung jedoch aus, weil die Autoren den Schülern eine ganze Batterie von Fragen zu anderen möglichen Beweggründen wie Impulsivität, Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit, Extraversion, soziale Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Offenheit, Neurotizismus und Sensation Seeking vorgelegt haben. Bei der Auswertung der Antworten haben sich 9 dieser 10 Faktoren als bedeutungslos oder nahezu bedeutungslos erwiesen.

2.10 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt des E-Zigaretten-Konsums ist möglicherweise ein Artefakt der Methode, weil das Konstrukt eines Persönlichkeitsmerkmals der Jugendlichen überbewertet wurde.

Morgenstern et al. schreiben, der Einfluss des E-Zigaretten-Konsums auf den Zigarettenkonsum scheine „stärker zu sein für Jugendliche, die ein generell niedrigeres Risiko haben, mit dem Rauchen zu beginnen“ (Morgenstern et al. 2018, 243). Diese Formulierung ist insofern irreführend, als das generelle Risiko des Rauchbeginns in erster Linie durch Einflussfaktoren bestimmt wird, die von den Autoren – siehe oben – gar nicht untersucht wurden. Ihre Vermutung stützt sich auf ein einziges der Persönlichkeitsmerkmale, nach denen sie die Studienpopulation unterteilt haben, und zwar auf die Sensationssuche. Sensation Seeking wird definiert als „das Suchen nach Abwechslung und neuen Erlebnissen, um immer wieder Spannungsreize zu erleben“. Ermittelt wird dieses Merkmal anhand von Meinungsbekundungen zu hypothetischen Items wie „Mir würden lange Wanderungen durch wildes und unbewohntes Gebiet Spaß machen“. Bei der Auswertung der Psychotestfragen stellte sich heraus, dass die Schülergruppe mit einem niedrigen Sensation Seeking-Score häufiger von der E-Zi-

garette zur Zigarette gewechselt ist als die Schülergruppe mit einem hohen Sensation Seeking-Score. Mit anderen Worten: Wer sonst Spannungsreize meidet, wird durch das einmalige Ziehen an einer E-Zigarette scheinbar zum Draufgänger. Die Autoren unternehmen keinen Versuch, diesen paradoxen Befund zu erklären. Vielleicht trauen sich die wirklichen Draufgänger unter den Schülern eher, Quatschantworten auf Quatschfragen zu geben.

2.11 Der von den Autoren behauptete Einstiegseffekt des E-Zigaretten-Konsums ist möglicherweise ein Artefakt der Methode, weil die für Jugendliche geltenden Gesetzesbestimmungen nicht hinreichend berücksichtigt wurden.

Während der Laufzeit der Kohortenstudie war es für Jugendliche in Deutschland verboten, Tabakprodukte zu erwerben, aber erlaubt, E-Zigaretten zu kaufen. Es wäre interessant zu wissen, ob die Schüler der Kohortenstudie dies jemals getan haben, doch leider wurden sie nicht danach gefragt. Davon abgesehen ist es naheliegend, dass ein Teil der Schüler zuerst Erfahrungen mit dem für sie leichter zugänglichen Produkt gemacht hat. Daraus einen Einstiegseffekt des E-Zigaretten-Konsums ableiten zu wollen, ist – gelinde gesagt – gewagt. Und selbst wenn man unterstellt, dass es solch einen Einstiegseffekt gegeben hat, wäre die einzige praktische Konsequenz, die man hieraus ziehen könnte, das Verbot des Verkaufs von E-Zigaretten an Minderjährige. Genau solch ein Verkaufsverbot ist im April 2016, also beinahe zwei Jahre vor der Veröffentlichung der Studienergebnisse, in Deutschland in Kraft getreten.

3. Anmerkungen zur Präsentation der Daten

Im folgenden Abschnitt geht es darum, wie die Autorengruppe die Ergebnisse der Kohortenstudie im Deutschen Ärzteblatt präsentiert hat (3.1 bis 3.4) und wie der Ärzteblatt-Artikel in der Öffentlichkeit verbreitet wurde (3.5 bis 3.6).

3.1 Fehlinformationen

Bei einem routinemäßigen Faktencheck erwiesen sich mehrere Textstellen in dem Beitrag von Morgenstern et al. als unpräzise und missverständlich. Die Fehlinformationen beginnen mit dem ersten Satz des Ärzteblatt-Artikels. Er lautet: „Die E-Zigarette ist ein batteriebetriebenes elektronisches Gerät, das aerosolisiertes Nikotin ohne Verbrennungsprozesse zur Einatmung freigibt“. Selbstverständlich kann die E-Zigarette auch dazu verwendet werden, nikotinfreie Aerosole zu erzeugen. Bei Wikipedia wird die E-Zigarette deshalb in neutraler Weise als ein Gerät definiert, „das durch eine elektrisch beheizte Wendel eine Flüssigkeit, das sogenannte Liquid, zum Verdampfen bringt.“ Einatmung von Nikotin klingt bedrohlicher, ist aber nicht korrekt.

Der zweite Absatz des Ärzteblatt-Artikels beginnt mit dem Satz: „Die Zahl der regelmäßigen Konsumenten elektronischer Zigaretten in Deutschland ist in den letzten Jahren stark angestiegen.“ Starker Anstieg klingt dramatisch, ist aber insofern

missverständlich als sich der Anstieg auf einem sehr niedrigen Niveau vollzieht. Laut Eurobarometer ist der Anteil der regelmäßigen Konsumenten elektronischer Zigaretten an der Gesamtbevölkerung in Deutschland (Alter ≥ 15 Jahre) von 1% im Jahr 2012 auf 2% im Jahr 2017 angestiegen (Eurobarometer 2017). Bei den 12- bis 17-Jährigen ist die 30-Tages-Prävalenz des E-Zigaretten-Konsums von 2,6% im Jahr 2012 auf 3,6% im Jahr 2016 angestiegen (BzGA 2017). Der Anteil der Jugendlichen, die regelmäßig dampfen, dürfte noch deutlich geringer sein (siehe Abschnitt 2.3), weil die 30-Tages-Prävalenz den Probierkonsum innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung mit einschließt.

Die beiden Beispiele haben mit anderen Fehlinformationen in dem Ärzteblatt-Artikel gemeinsam, dass es sich offenkundig nicht um Flüchtigkeitsfehler handelt, sondern um sorgsam formulierte Botschaften, die dazu geeignet sind, beim Leser ein Gefühl der Bedrohung zu erzeugen.

3.2 Irreführende Zitierweise

Jedes Zitieren läuft unweigerlich darauf hinaus, eine Aussage aus ihrem Zusammenhang zu reißen. Problematisch ist, wenn dies in sinnentstellender Weise geschieht. Was hier mit sinnentstellend gemeint ist, soll am Beispiel von zwei Konzepten illustriert werden, die in der Argumentation von Morgenstern et al. eine zentrale Rolle spielen. Das erste Beispiel bezieht sich auf die Gateway-Theorie von Eric und Denise Kandel (2014). Über deren Tierversuche heißt es in dem Ärzteblatt-Artikel, „dass nach der vorherigen Gabe von Nikotin die Verabreichung von Kokain zu verschiedenen Effekten im Maus-Organismus führte, etwa einer verstärkten Acetylisierung im Striatum.“ Selbst wenn man von der Grundsatzfrage absieht, inwieweit ein solches Mausmodell auf den Menschen übertragbar ist, und auch über den nicht unwesentlichen Umstand hinwegsieht, dass es bei den Tierversuchen um den Einfluss des Nikotinkonsums auf den Kokainkonsum ging, führt die Zitierweise von Morgenstern et al. in die Irre. Kandel & Kandel betonen nämlich in dem zitierten Artikel, dass sich der Einstiegseffekt via Acetylisierung im Striatum nur dann einstellt, wenn man den Mäusen 7 Tage hintereinander Nikotin verabreicht. Soll heißen: Den beiden prominentesten Vertretern der Gateway-Theorie zufolge ist die Regelmäßigkeit des Konsums von entscheidender Bedeutung. Morgenstern et al., die sich fast ausschließlich mit dem Jemalskonsum befassen, lassen diesen Sachverhalt unter den Tisch fallen.

Das zweite Beispiel für sinnentstellende Kürzungen betrifft die Darstellung des Katalysatormodells von Schneider und Diehl (2016). In dem Modell werden mehrere Faktoren aufgeführt, die den Umstieg von der E-Zigarette auf die Zigarette fördern könnten, wie zum Beispiel eine Nikotinabhängigkeit der E-Zigarettennutzer (siehe Anmerkung 2.2) oder ihre Gewöhnung an das Rauchritual (siehe Anmerkung 2.3). Morgenstern et al. diskutieren im Detail die Plausibilität dieser Übertragungsmechanismen. Was sie weglassen, sind die Faktoren, die einen Umstieg von der E-Zigarette auf die Zigarette verhindern könnten. Für Schneider und Diehl gehören hierzu u.a. der niedrigere Preis der E-Zigaretten und der bessere Geschmack der dazugehörigen Aromen. Diese immunisierenden Faktoren (siehe Anmerkung 2.6) sind expliziter Bestandteil des Katalysatormodells, fehlen aber in der Darstellung des Modells durch die Autoren der Kohortenstudie.

Nun könnte man einwenden, dass bei der Kurzdarstellung analytischer Konzepte Abstriche vom Original unvermeidlich sind. Auffällig ist jedoch, dass die von Morgenstern et al. praktizierte Zitierweise stets in dieselbe Richtung tendiert: Sie lässt die Risiken des jugendlichen E-Zigaretten-Konsums größer erscheinen, als sie der Originalliteratur nach sind. Diese Tendenz zeigt sich selbst bei der Wiedergabe simpler Umfragedaten. So heißt es in dem Ärzteblatt-Artikel über die Ergebnisse einer Querschnittsbefragung aus dem Jahr 2016, „dass bei Jugendlichen das Ausprobieren von E-Zigaretten unter Nichtrauchern weiter verbreitet zu sein scheint als in anderen Altersgruppen.“ Der entsprechende Passus in dem ebenfalls im Ärzteblatt erschienenen Originaltext geht aber noch weiter: „Bei Jugendlichen und Schülern ist das Ausprobieren von E-Zigaretten unter Nie-Rauchern weiter verbreitet als in anderen Altersgruppen. Der regelmäßige Gebrauch ist seltener“ (Eichler et al. 2016, 852). Die von Morgenstern et al. vorgenommenen Kürzungen erinnern an das Handwerker-Motto „Was nicht passt, wird passend gemacht.“

3.3 Einseitige Literatúrauswahl

Die E-Zigarette ist das am intensivsten erforschte Konsumprodukt der Gegenwart. Allein für das Jahr 2017 verzeichnet Pubmed über 600 Einträge zum Stichwort „e-cigarettes“. Selbst Expertenteams kann es deshalb passieren, dass sie eine Neuerscheinung übersehen. Etwas Anderes ist es, wenn die Literatúrauswahl in tendenziöser Weise erfolgt. Das ist – ähnlich wie bei der Zitierweise – in dem vorliegenden **Ärzteblatt**-Artikel der Fall.

Im Literaturverzeichnis des Beitrags werden 17 longitudinale Studien aufgeführt, „deren Ergebnisse insgesamt darauf hindeuten, dass der initiale Konsum von E-Zigaretten im Jugendalter mit einem höheren Risiko der Initiierung des Konsums konventioneller Zigaretten assoziiert sein könnte“, so Morgenstern et al. Im Anschluss verweisen sie auf eine Übersichtsarbeit (Soneji et al. 2017) und schreiben: „Als Hauptkritikpunkte werden die begrenzte Zahl erfasster Störvariablen sowie die sehr hohe Attritionsrate im Beobachtungszeitraum, die in einigen Fällen bei etwa der Hälfte der untersuchten Jugendlichen lag, genannt.“ Diese Darstellung ist insofern missverständlich, als es in mehreren der genannten Kohortenstudien nicht um Jugendliche ging, sondern um junge Erwachsene bis zu einem Alter von 30 Jahren. Unerwähnt bleibt zudem, dass an der Übersichtsarbeit ein Dutzend derselben Autoren beteiligt war, die auch die Einzelstudien verfasst haben. Experten für Tabakkontrolle, die nicht zu diesem Zitierkartell gehören, haben ganz andere „Hauptkritikpunkte“ am Design der longitudinalen Erhebungen vorgebracht (z.B. Kozłowski/Warner 2017). Demnach bestehen die gravierendsten Schwächen dieser Studien u.a. darin, aus dem Probierverhalten von Jugendlichen deren Einstieg in den Dauerkonsum abzuleiten und mögliche Ausstiegeffekte erst gar nicht in Betracht zu ziehen. Morgenstern et al. haben aus den kritischen Beiträgen zwei ausgewählt (Etter 2017; Gartner 2017) und in ihr Literaturverzeichnis aufgenommen, gehen aber mit keinem Wort auf die dort vorgebrachten Einwände ein. Das mag daran liegen, dass die deutschen Autoren die Kohortenstudien aus Angloamerika nicht nur referiert, sondern deren Forschungsdesign auch weitgehend kopiert haben – mitsamt der darin enthaltenen Kardinalfehler.

3.4 Rhetorische Erzeugung von Evidenz

Auf die Schwachpunkte ihres Forschungsdesigns gehen Morgenstern et al. im Abschnitt „Limitationen“ ein, wo sie u.a. schreiben: „Insbesondere der Einfluss des unmittelbaren sozialen Umfelds, wie zum Beispiel rauchende Eltern oder rauchende Freunde, wurde nur unzureichend einbezogen. Es ist auch nicht gänzlich auszuschließen, dass die Nutzer/innen von E-Zigaretten zu einem späteren Zeitpunkt ohnehin mit dem Rauchen von konventionellen Zigaretten begonnen hätten.“ Diese kurze, sachlich und selbstkritisch klingende Textstelle enthält drei unsachliche Aussagen. Die Autoren haben – erstens – das Rauchverhalten von Eltern und Freunden keineswegs „nur unzureichend“ einbezogen, sondern überhaupt nicht, jedenfalls nicht im vorliegenden Artikel. Die Autoren können – zweitens – schlicht nicht ausschließen, dass die Nutzer/innen von E-Zigaretten auch ohne die Nutzung von E-Zigaretten einmal eine konventionelle Zigarette geraucht hätten. Das Adjektiv „gänzlich“ ist in diesem Kontext eine rhetorische Zutat. Der dritte Punkt ist der wichtigste: Ihre zentrale Aussage über den Einstiegseffekt der E-Zigarette bezieht sich ausschließlich auf den Jemalskonsum, also darauf, ob die Schüler einmal in ihrem Leben eine konventionelle Zigarette ausprobiert haben. Wenn Morgenstern et al. schreiben, die betreffenden Schüler hätten „mit dem Rauchen von konventionellen Zigaretten begonnen“, dann suggerieren sie, dass es nicht bei einem einmaligen Ausprobieren geblieben ist. Derselbe Dreh findet sich auch in anderen Abschnitten des Ärzteblatt-Artikels. So wird aus der korrekten Formulierung des „Experimentierens“ mit Zigaretten an anderen Textstellen die „Initiierung des Konsums konventioneller Zigaretten“. Unbefangene Leser verbinden mit dem Begriff „Initiierung“ wahrscheinlich so etwas wie eine Initialzündung, also das Auslösen eines Prozesses mit weitreichenden Folgen.

Ein anderes Beispiel für dasselbe Muster: „Kausale Schlussfolgerungen sind aufgrund des Studiendesigns nicht möglich“, schreiben Morgenstern et al. in einem Kasten mit Kernaussagen. Im Text selber lassen die Autoren dann eben jene Kausalitätsbeziehung anklingen, die sie offiziell dementieren, zum Beispiel wenn sie schreiben, „dass Personen, die riskantes Verhalten tendenziell vermeiden, durch E-Zigaretten-Nutzung animiert wurden, auch konventionelle Zigaretten auszuprobieren“ (Morgenstern et al. 2018, 246). Wer behauptet, dass A von B zu C animiert wurde, der zieht ohne jeden Zweifel eine kausale Schlussfolgerung. Den gravierendsten Fall subtiler Irreführung stellt jedoch die Überschrift dar. Der Titel „E-Zigaretten und der Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten“ weckt beim Leser die Erwartung, dass der Artikel Aufschluss gibt über den Einstieg der Jugendlichen in einen gesundheitlich relevanten Konsum konventioneller Zigaretten. Doch das ist faktisch nicht der Fall. Angesichts der suggestiven Wortwahl im Titel soll der Abschnitt „Limitationen“ offenbar eine ähnliche Funktion erfüllen wie das Kleingedruckte in Versicherungsverträgen. Er sichert die Verfasser gegen den Vorwurf ab, Gutgläubige mit der Überschrift absichtlich täuschen zu wollen.

3.5 Stellungnahmen nach Erscheinen der Studie

Die letzte Anmerkung enthält Mutmaßungen darüber, wie die Wortwahl von Morgenstern et al. auf die Leser wirken könnte. Wie stichhaltig derartige Überlegungen

sind, lässt sich anhand der Resonanz auf die Schülerbefragung in der Öffentlichkeit überprüfen. Die Kernaussagen der Kohortenstudie, das sei noch einmal betont, betreffen den Einfluss des Jemalskonsums von E-Zigaretten auf den Jemalskonsum von Tabakzigaretten. Daraus macht die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) in einer Pressemitteilung vom 6. April 2018 die Meldung „Studie zeigt: Junge Dampfer werden öfter zu Rauchern“. Im Text der Pressemitteilung heißt es dazu: „Das breite Angebot an Geschmacks- und Aromastoffen für E-Zigaretten machen das Rauchen bei jungen Menschen wieder beliebter“, sagt Professor Dr. med. Berthold Jany, Pastpräsident der DGP.“ Die Behauptung, das Rauchen werde bei jungen Menschen in Deutschland wieder beliebter, kann man unter ‚frei erfunden‘ verbuchen.

Die Berliner Morgenpost berichtet am 9. April 2018: „Experten warnen seit Langem, dass Kinder und Jugendliche sich durch den Konsum von scheinbar ungefährlichen Produkten ans regelmäßige Rauchen gewöhnen und später dann auch zu nikotinhaltigen Produkten greifen. Eine neue Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat den Zusammenhang gerade erst für Zehntklässler gezeigt“. Abgesehen von der originellen Idee, Kinder würden regelmäßig etwas anderes rauchen, bevor sie zu nikotinhaltigen Produkten greifen, ist es richtig, dass Experten schon seit Langem vor der Verführung von Kindern durch E-Zigaretten warnen. So forderten 50 medizinische Fachgesellschaften und andere deutsche Gesundheitsorganisationen im Mai 2015 in einem gemeinsamen Memorandum das „Verbot von tabakfremden Aromen, die den Gebrauch von E-Zigaretten attraktiver machen, insbesondere für Kinder“ (Memorandum 2015). Davon würde vor allem die Tabakindustrie profitieren, die in ihrem eigenen E-Zigaretten-Sortiment nur relativ wenige tabakfremde Aromen anbietet, womöglich, weil tabakfremde Aromen eben nicht nach Tabak schmecken.

„Mehr als 90% des E-Zigarettenmarktes sind in der Hand der großen Tabakkonzerne“: Das schreibt Tobias Welte, ein anderer Pastpräsident der DGP, im Editorial derselben Ärzteblatt-Ausgabe, in der die Ergebnisse der Kohortenstudie publiziert wurden (Welte 2018). Auch diese Behauptung muss man unter ‚frei erfunden‘ verbuchen, denn es gibt für Deutschland keine verlässlichen Daten über den Anteil der diversen Anbieter am Umsatz mit E-Zigaretten. Der zuständige Branchenverband – der Verband des e-Zigarettenhandels – schätzt den Marktanteil der Tabakkonzerne auf 10%.

Die im Ärzteblatt veröffentlichte Kohortenstudie scheint den Vorverurteilungen und Verbotsforderungen der Fachgesellschaften im Nachhinein Recht zu geben. „Die Bedeutung der E-Zigarette als Türöffner fürs Rauchen ist ein wesentlicher Aspekt bei der Gesamtbewertung. Es ist ein klares Warnsignal, dass E-Zigaretten das Tabakrauchen für Jugendliche wieder attraktiver machen könnten“, sagte der Studienleiter Reiner Hanewinkel vom IFT-Nord im Interview mit den Kieler Nachrichten. Der Zeitungsbericht vom 5. April 2018, dem dieses Zitat entnommen ist, trägt die Überschrift „Elektrische Verführung“.

Mit ihrer Verführungstheorie versetzen die Gegner der E-Zigarette eine Öffentlichkeit in Alarmstimmung, die ohnehin schon ein völlig verzerrtes Bild von den Risiken des Dampfens hat. Bei der Erhebung des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015 gaben 46% der Befragten an, die E-Zigarette sei genauso schädlich wie die Tabakzigarette; 10% hielten sie sogar für gefährlicher, 13% hatten dazu keine Meinung (Piontek et al. 2017). Nur 31% gaben die Antwort, über die sich alle Fachleute einig

sind, unabhängig davon, ob sie das Dampfen grundsätzlich befürworten oder ablehnen, nämlich dass die elektronische Zigarette eindeutig weniger schädlich ist als die konventionelle Zigarette. Dass 2 von 3 Deutschen nicht oder nicht richtig über die Risiken des Dampfens informiert sind, stellt angesichts von mehr als 100.000 Tabaktoten pro Jahr ein eklatantes Versagen der gesundheitlichen Aufklärung dar. Die für die gesundheitliche Aufklärung zuständige Bundeszentrale trägt mit ihrer neuen Untersuchung nicht dazu bei, der Desinformation der Öffentlichkeit in Sachen E-Zigarette entgegenzuwirken. Im Gegenteil.

3.6 Reaktionen auf Presseanfragen

Laut Ärzteblatt-Artikel sind 21,6% der 313 Jemalsdampfer zwischen der ersten und der zweiten Befragung zu Jemalsrauchern geworden. In absoluten Zahlen müsste das auf 68 Schüler zutreffen. Von den 1.873 Schülern, die zum Zeitpunkt der Basiserhebung weder Zigaretten noch E-Zigaretten ausprobiert hatten, haben dagegen 9.9% anschließend mindestens einmal an einer Zigarette gezogen. In absoluten Zahlen müsste das auf 185 Schüler zutreffen. Die absoluten Zahlen für die beiden Teilgruppen ($68+185=253$) addieren sich nicht zu der von Morgenstern et al. genannten Gesamtzahl der zusätzlichen Zigaretten-Konsumenten ($=268$). Nur zur Erinnerung: Die Kernaussage der Autoren bezieht sich auf eine Risikogruppe von 37 Schülern, die ihrer Ansicht nach keine Zigaretten ausprobiert hätten, wenn sie nicht vorher an einer E-Zigarette gezogen hätten. Deshalb ist es keine Bagatelle, wenn sich die Prozentwerte und die absoluten Zahlen um 15 Probanden unterscheiden. Reiner Hanewinkel, der Geschäftsführer des IFT-Nord und Leiter der Kohortenstudie, führt diese Differenz auf Adjustierungseffekte und „kleinere Abweichungen“ aufgrund fehlender Werte zurück. In seiner Antwort auf eine Presseanfrage ging Hanewinkel auch auf andere Unklarheiten ein, die in dem Ärzteblatt-Artikel vorzufinden sind, wie z.B. die Diskrepanz zwischen der darin enthaltenen Grafik und dem dazugehörigen Text. Hier ein Auszug aus dem Schriftwechsel; die Fragen stammen von mir (25.4.2018), die kursiv gesetzten Antworten von Reiner Hanewinkel (3.5.2018):

- „Wie viele der 313 neuen E-Zigaretten-Konsumenten der zweiten Befragung haben regelmäßig (d.h. mindestens einmal in der Woche) E-Zigaretten konsumiert? Bitte die absolute Zahl.
Antwort: Diese Studie sagt den Einstieg in den konventionellen Zigarettenkonsum vorher. Es wurden keine neuen E-Zigaretten-Konsumenten betrachtet.
- Wie viele der Einsteiger in den E-Zigaretten-Konsum ($n=313$) gaben bei der zweiten Befragung an, regelmäßig (d.h. mindestens einmal in der Woche) zu rauchen? Bitte die absolute Zahl.
Antwort: Hier noch einmal der Punkt, dass wir den Einstieg in den E-Zigaretten-Konsum nicht untersucht haben.
- Könnte man (analog zur e-Tabelle 3) anhand der Daten berechnen, wie viele Schüler ihren Tabakkonsum innerhalb des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums verringert haben?
Antwort: Da wir ausschließlich Schüler/innen untersucht haben, die zum ersten Messzeitpunkt noch NIE Tabak geraucht hatten, können wir auch nicht berech-

nen, ob sich der Tabakkonsum im Laufe des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums verändert hat.“

An diesem Schriftwechsel sind drei Dinge bemerkenswert:

1. Reiner Hanewinkel ist offenbar irritiert, weil ich die von ihm gewählte Begrifflichkeit übernehme. Wenn ein Schüler einmal an einer Zigarette gezogen hat, spricht Hanewinkel vom „Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten“. Diesen Schüler bezeichne ich folgerichtig als „Einsteiger“. Analog spreche ich vom „Einstieg in den E-Zigaretten-Konsum“, wenn ein Schüler einmal an einer E-Zigarette gezogen hat.
2. Reiner Hanewinkel kann sich allem Anschein nach nicht mehr genau daran erinnern, was er oder sein Koautoren-Team berechnet hat. Die von mir angesprochene e-Tabelle 3 trägt den Titel „Relatives Risiko für die Initiierung des täglichen Tabakkonsums innerhalb des 6-monatigen Beobachtungszeitraums bei vormals nichttäglichen Konsumenten“. Es geht – mit anderen Worten – um Schüler/innen, die zum ersten Messzeitpunkt NICHTTÄGLICH Tabak geraucht hatten.
3. Reiner Hanewinkel weigert sich hartnäckig, zwei Zahlen mitzuteilen, die wesentlich zum Verständnis der Kohortenstudie beitragen würden und die er in Minuten-schnelle aus der Rohdatendatei abrufen könnte: die Zahl der regelmäßigen Dampfer und die Zahl der regelmäßigen Raucher unter den befragten Schülern.

Aus meiner Sicht ist eine solche Verweigerung wesentlicher Informationen bei einem Forschungsprojekt, das mit öffentlichen Geldern gefördert wurde und das der gesundheitlichen Aufklärung der Öffentlichkeit dienen soll, nicht hinnehmbar. Die erste Forderung, die sich aus der vorliegenden Revision ergibt, lautet daher, dass sämtliche Datensätze, Fragebögen und Codebücher, die in Forschungsprojekten mit finanzieller Beteiligung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung anfallen, zeitgleich mit der Publikation des Forschungsberichts der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Die BzgA tut dies – sporadisch und mit Zeitverzögerung – bei eigenen Projekten auf der Internetseite gesis.org des Leibniz-Instituts für Sozialwissenschaften.

4. Fazit und Ausblick: Worum es eigentlich geht

Jede empirische Studie hat Stärken und Schwächen. Zu den Stärken der Kohortenstudie von Morgenstern et al. gehört ihre vergleichsweise hohe Fallzahl. Zwar bezieht sich die Kernaussage lediglich auf 68 Fälle, in denen ein minderjähriger Nieraucher angab, erst zu einer elektronischen und danach zu einer konventionellen Zigarette gegriffen zu haben (siehe Abschnitt 1). In manchen der Voruntersuchungen, an die Morgenstern et al. anknüpfen, war die entsprechende Fallzahl jedoch noch deutlich niedriger. In einer Studie, die in der Fachzeitschrift Tobacco Control erschienen ist, geht es um insgesamt 4 Fälle, in denen Jugendliche zuerst an einer E-Zigarette gezogen und in dem gesamten Jahr danach 1 oder 2 Zigaretten geraucht hatten (Miech et al. 2017; siehe hierzu auch Siegel 2017). Aus diesen 4 Fällen leiten die Autoren eine Erhöhung des Einstiegsrisikos um das 4,8fache ab und gelangen zu der Schlussfolgerung, dass das Dampfen für die US-amerikanische Jugend einer „Einbahnstraße

in das Rauchen“ (one-way bridge) gleichkommt. Ein anderes Manko der Vorstudien kann man einer von Morgenstern et al. zitierten Übersichtsarbeit entnehmen (Soneji et al. 2017): In 6 der 9 ausgewerteten Studien lag die Attritionsrate bei rund 30% oder mehr; in zwei Fällen nahm sogar weniger als die Hälfte der befragten Jugendlichen an der Follow-Up-Erhebung teil. Im Gegensatz dazu betrug die Ausfallquote bei der deutschen Kohortenstudie lediglich 3%. Soll heißen: Trotz all ihrer Mängel gehört die Schülerbefragung in Niedersachsen und Schleswig-Holstein noch zu den weniger unsoliden Projekten dieser Forschungssparte. Würde man sich mit jeder der bislang vorliegenden rund 20 Kohortenstudien zum Einstiegseffekt der E-Zigarette genauso detailliert auseinandersetzen, wie dies in den beiden vorangegangenen Abschnitten am Beispiel der deutschen Version geschehen ist, wären die Mängellisten wahrscheinlich ebenso lang, wenn nicht länger – was hier aus Platzgründen jedoch nur konstatiert und nicht mit Belegen dokumentiert werden kann.

Es gibt aber eine einfache Möglichkeit, die Evidenzbasis der Einstiegsdrogentheorie auf ihre Belastbarkeit hin zu testen, ohne sich im Einzelnen mit den einschlägigen Kohortenstudien auseinanderzusetzen. Wenn die in den Studien berechnete Verdoppelung, Vervierfachung oder sonstige Vervielfachung des Risikos für einen Rauchbeginn bei jugendlichen E-Zigarettennutzern eine reale Gefahr darstellen würde, dann hätte der Anteil der jugendlichen Raucher seit der Markteinführung der E-Zigarette vor gut 10 Jahren deutlich ansteigen müssen. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall. In den USA hat sich Rückgang des Raucheranteils unter den Jugendlichen mit der Verbreitung des Dampfens nicht verlangsamt, sondern beschleunigt. Innerhalb von nur 5 Jahren ist die Raucherquote bei den Schülern im High School-Alter von 16% (2011) auf 8% (2016) gefallen (Jamal et al. 2017). Auch in Großbritannien ist der Anteil der minderjährigen Raucher in der jüngsten Vergangenheit rasant zurückgegangen und erreichte 2016 einen historischen Tiefstand (McNeill et al. 2018). In Deutschland schließlich hat sich der schon länger anhaltende Trend zur Zigarettenabstinenz der 12- bis 17-Jährigen auch nach der Markteinführung der E-Zigarette fortgesetzt und 2016 einen Rekordanteil der Nieraucher von 80% erreicht (BzGA 2017).

Zumindest was die Entwicklung in Deutschland betrifft, kann man eine denkbare Erklärung für den starken Rückgang beim jugendlichen Rauchen mit Sicherheit ausschließen: An einer weitsichtigen Gesetzgebung zugunsten der Tabakprävention kann es in dem Land, in dem Musikfestivals und andere jugendaffine Großereignisse von Tabakkonzernen gesponsert werden, in dem Plakat- und Kinowerbung für Zigaretten noch immer erlaubt sind, in dem die Tabaksteuer in den letzten 15 Jahren nur in homöopathischen Dosen erhöht wurde und in dem es immer noch ungezählte Raucherkneipen und mehr als 300.000 Zigarettenautomaten gibt, weshalb Deutschland auf dem vorletzten Platz der europäischen Tabakkontrollskala rangiert (Joossens/ Raw 2017), nicht gelegen haben. Damit soll keineswegs gesagt sein, dass es der Umstieg vom Rauchen aufs Dampfen ist, der die zunehmende Zigarettenabstinenz der 12- bis 17-Jährigen erklären könnte. Dafür ist die Zahl der Jugendlichen, die regelmäßig dampfen, zu gering (siehe Anmerkung 2.3). Denkbar ist eher, dass der Trend zum Nierauchen, der in vielen Industrieländern nahezu zeitgleich einsetzte, etwas mit der eingangs erwähnten Verbreitung von Mobiltelefonen zu tun hat. Die Angehörigen der iPhone-Generation haben einfach keine Hand frei, um sich eine Zigarette anzuzünden. Sie haben ihre Handys, um Momente der Langeweile zu überbrücken, und

brauchen offenbar keine Zigaretten mehr, um sich und anderen zu demonstrieren, wie erwachsen respektive rebellisch sie sind (Twenge 2017).

Das Fazit der Auseinandersetzung mit der Kohortenstudie von Morgenstern et al. lautet schlicht, dass die E-Zigarette aktuell keine Einstiegsdroge in den Tabakkonsum darstellt. Doch das ist bloß eine Zwischenbilanz, denn es ist nicht auszuschließen, dass die insgesamt positive Entwicklung, was das Rauchverhalten der Jugendlichen betrifft, irgendwann umschlägt. Niemand kann vorhersehen, wie die Werbekampagne für den Tabakerhitzer „Iqos“ in Deutschland oder der Medienhype um neue Gerätetypen wie „Juul“ in den USA auf Dauer wirken. Deshalb ist Morgenstern et al. zuzustimmen, wenn sie empfehlen, die Trends auf dem E-Zigaretten-Markt (Tabakerhitzer inklusive) aufmerksam zu beobachten. Solch ein Monitoring setzt allerdings Beobachter voraus, die unvoreingenommen genug sind, um nicht nur hypothetische Risiken der E-Zigarette für eine kleine Zahl von Jugendlichen in Betracht zu ziehen, sondern auch deren möglichen Nutzen für die rund 18 Millionen Bundesbürger, die immer noch Tabakzigaretten rauchen. Denn selbst wenn eintreten würde, was bislang oft behauptet, aber kaum belegt wurde, dass nämlich der E-Zigaretten-Konsum Kinder und Jugendliche in nennenswerter Zahl zum Zigarettenkonsum „verführt“, kann die Gesamtbewertung der E-Zigarette aus Public Health-Sicht immer noch positiv ausfallen. Das hängt letztlich davon ab, wie viele Raucher es dank der E-Zigarette schaffen, ganz und dauerhaft auf Zigaretten zu verzichten. Von den Gegnern des Dampfens liegen mittlerweile einige Studien vor, die den Nutzen der E-Zigarette für die Tabakentwöhnung grundsätzlich in Zweifel ziehen. Diese Studien sind von ähnlicher Qualität wie das Gros der Kohortenstudien zum Jugendkonsum.

Da sie auf die Risiken der E-Zigaretten-Nutzung fixiert sind, verlieren viele Vertreter der Tabakkontrolle aus dem Blick, welche Risiken mit der Nicht-Nutzung der E-Zigarette verbunden sind: Das massenhafte Sterben an den Folgen des Rauchens ginge ungebrochen weiter, vor allem in den ohnehin schon sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen der Industriestaaten und in vielen Ländern des globalen Südens; das Potential der ersten wirklich disruptiven Innovation seit Beginn der industriellen Massenproduktion von Zigaretten vor mehr als hundert Jahren ginge verloren und aus der E-Zigarette würde ein Nischenprodukt für Liebhaber, so wie Pfeife und Zigarre. Wir brauchen deshalb – das ist die zweite Schlussfolgerung, die sich aus der vorliegenden Revision ergibt – nicht unbedingt mehr, sondern vor allem bessere Forschung auf dem Gebiet der Tabakprävention. Einseitige und methodisch mangelhafte Forschungsprojekte wie die Kohortenstudie von Morgenstern et al. zerstören über kurz oder lang die Glaubwürdigkeit der Tabakkontrolle und nutzen deshalb allein der Tabakindustrie.

Literatur

- BzgA (2017): Rauchverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland – Ergebnisse zum Rauchverhalten aus dem Alkoholsurvey 2016. Info-Blatt. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Eichler, M./Blettner, M./Singer, S. (2016): Nutzung elektronischer Zigaretten. In: Deutsches Ärzteblatt, 113: 847–854.
- Etter, J.F. (2017): Gateway effects and electronic cigarettes. *Addiction*: Epub ahead of print.

- Eurobarometer (2017): Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brüssel: Special Eurobarometer 485.
- Gartner, C. (2017): E-cigarettes and youth smoking: be alert but not alarmed. In: Tobacco Control: Epub ahead of print.
- Hanewinkel, R./Blohmke, S./Sargent, J.D. (2012): Rauchen in Filmen und Etablierung des Rauchens im Jugendalter. In: Gesundheitswesen, 74: 476-484.
- Jamal, A./Gentzke, A./Hu, S. et al. (2017): Tobacco use among middle and high school students – United States, 2011-2016. Centers for Disease Control and Prevention.
- Joossens, L./Raw, M. (2017): The tobacco control scale 2016 in Europe. Brüssel: Association of European Cancer Leagues.
- Kandel, E.R./Kandel, D.B. (2014): A molecular basis for nicotine as a gateway drug. In: New England Journal of Medicine, 371: 932-943.
- Kozlowski, L.T./Warner, K.E. (2017): Adolescents and e-cigarettes: objects of concern may appear larger than they are. In: Drug and Alcohol Dependence, 174: 209-224.
- McNeill, A./Brose, L.S./Calder, R./Bauld, L./Robson, D. (2018): Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products. London: Public Health England.
- Memorandum des Deutschen Krebsforschungszentrums und des Aktionsbündnisses Nichtraucher e.V. zur gesetzlichen Regulierung von nikotinhaltigen und nikotinfreien E-Zigaretten (2015). Bonn und Heidelberg.
- Miech, R./Patrick, M.E./O'Malley, P.M./Johnston, L.D. (2017): E-cigarette use as a predictor of cigarette smoking: results from a 1-year follow-up of a national sample of 12th grade students. Tobacco Control, 26: e106-111.
- Mlinaric, M. (2018): Sonderauswertung der SILNE-R-Studie, Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, persönliche Mitteilung vom 23. April 2018.
- Morgenstern, M./Sargent, J.D./Isensee, B./Hanewinkel, R. (2013): From never to daily smoking in 30 months: the predictive value of tobacco and non-tobacco advertising exposure. In: BMJ Open, 3(6): pii: e002907.
- Morgenstern, M./Nies, A./Goecke, M./Hanewinkel, R. (2018): E-Zigaretten und der Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten. In: Deutsches Ärzteblatt, 115: 243-248.
- Orth, B. (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015: Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Piontek, D./Gomes de Matos, E./Atzendorf, J./Kraus, L. (2017): Substanzkonsum und Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in Bayern, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. München: Institut für Therapieforchung.
- Schneider, S./Diehl, K. (2016): Vaping as a catalyst for smoking? An initial model on the initiation of electronic cigarette use and the transition to tobacco smoking among adolescents. Nicotine & Tobacco Research, 18: 647-653.
- Schneider, S./Görig, T./Herr, R. et al. (2016): Die E-Zigarette – Verbreitung, Konsummuster und Nutzer motive bei Siebt- und Achtklässlern. In: Sucht, 62: 153-162.
- Siegel, M. (2017): Tobacco control study provides strong evidence that vaping is not a one-way bridge to smoking. In: <http://tobaccoanalysis.blogspot.de> (9. Februar 2017).
- Soneji, S./Barrington-Trimis, J.L./Wills, T.A. et al. (2017): Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 171: 788-797.

- Twenge, J.M. (2017): *iGen – Why today’s super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy – and completely unprepared for adulthood*. New York: Atria Books.
- Vanyukov, M.M. (2012): Common liability to addiction and “gateway hypothesis”: Theoretical, empirical and evolutionary perspective. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 123: S3-S17.
- Welte, T. (2018): Ein Déjà-vu – warum man dieselben Fehler nie zweimal machen sollte. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 115: 233-234.
- WHO (2010): *Gender, women, and the tobacco epidemic*. Genf: World Health Organisation.

Reduktion des Alkoholkonsums in Deutschland: Wirkungsvolle Maßnahmen zur Zielerreichung sind nicht in Sicht

Jakob Manthey

Zusammenfassung

Alkoholkonsum und die damit verbundene Gesundheitsbelastung stagniert in Deutschland seit einem Jahrzehnt auf sehr hohem Niveau, obwohl die Reduktion des Alkoholkonsums als nationales Gesundheitsziel formuliert wurde. Während effektive Instrumente zur Zielerreichung fehlen, werden Forderungen nach wirksamen, an alkoholbedingten Schäden ausgerichteten Maßnahmen abgewiesen. Der politische Stillstand in Deutschland wird besonders sichtbar durch die Umsetzung erfolgreicher Strategien im europäischen Ausland. Druck durch internationale Abkommen könnte diesen Stillstand beenden.

Deutschland – ein Hochtrinkland

Im Jahr 2017 lag die 12-Monatsprävalenz von Alkoholkonsum in Deutschland bei 79.2% und damit über westeuropäischem Niveau (72.2%) (Manthey et al., in preparation). Die Pro-Kopf Trinkmenge in Deutschland betrug 2017 ca. 13 Liter Reinalkohol. Umgerechnet auf alle Konsumierenden in der erwachsenen Bevölkerung wird damit im Durchschnitt ca. 16,4 Liter Reinalkohol im Jahr getrunken. Dies entspricht einem Konsum von ca. drei kleinen Bier (300ml mit 5% Alkoholgehalt) oder drei Gläsern Wein (100ml mit 14% Alkoholgehalt) pro Tag. Dieser durchschnittliche Tageskonsum liegt oberhalb der Grenzwerte für riskanten Konsum, welcher bei einem kleinen Bier/einem Glas Wein für Frauen und zwei kleinen Bier/zwei Gläsern Wein für Männer liegt.

Der Pro-Kopf Konsum ist in Deutschland seit 1990 zurückgegangen, aber seit ca. einem Jahrzehnt stagniert dieser Trend mit leichten Schwankungen. In den meisten Ländern Europas konnte eine Reduktion der Trinkmengen unterdessen weitergeführt werden (siehe Abbildung 1). Auch im globalen Vergleich schneidet Deutschland nicht gut ab: gemessen am Pro-Kopf Konsum ist Deutschland seit 1990 die meiste Zeit über in den Top 10 aller Länder (1990: 3. Platz, 2000: 9. Platz, 2010: 10. Platz, 2017: 7. Platz; siehe Tabelle 1).

Eine Stagnation des Konsumverhaltens wird auch durch Daten des ‚Epidemiologischen Suchtsurveys‘ bestätigt (Piontek et al. 2016). Während zwischen 1995 und 2003 ein Anstieg der Abstinenzraten für Männer und Frauen zu beobachten war, gab es auch hier seit 2006 keine Veränderungen mehr. Die Prävalenz von episodischem Rauschtrinken (Konsum von fünf oder mehr Gläsern Alkohol an einem Tag)

Tabelle 1
Länder mit den höchsten Trinkmengen im Jahr 2017

Land	Trinkmenge	Anteil Trinker_innen
Litauen	14.7	79.0%
Tschechische Republik	14.5	74.8%
Nigeria	13.4	51.7%
Irland	13.2	81.3%
Lettland	13.1	75.2%
Deutschland	13.2	79.2%
Bulgarien	12.8	65.4%
Luxemburg	12.7	92.9%
Rumänien	12.6	66.9%

Quelle: Manthey et al., in preparation

entwickelte sich ähnlich, mit einem deutlichen Rückgang bei Männern in den 1990er Jahren und kaum Bewegung im letzten Jahrzehnt.

Die negativen Folgen von Alkoholkonsum sind umfangreich und betreffen nicht nur Menschen mit problematischen Konsummustern. Neben den rund 1,9 Millionen Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit (Kraus et al. 2015) sind viele Menschen von akuten Vergiftungen, Verkehrsunfällen durch Trunkenheit am Steuer oder von einer chronischen alkoholbedingten Krankheit betroffen. Im Jahr 2016 sind in Deutschland rund 62.000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums gestorben, was ca. 7% aller Todesfälle ausmacht. Die meisten alkoholbedingten Todesfälle gehen dabei auf Krebserkrankungen (37%), Herzerkrankungen (21%) und Leberzirrhosen (16%) zurück, nur ein kleiner Teil auf Alkoholkonsumstörungen (9%). Damit ist Alkoholkonsum in Deutschland einer der wichtigsten Risikofaktoren für Mortalität und Morbidität, der zudem vollständig vermeidbar wäre (GBD 2016 Risk Factors Collaborators 2017).

Umriss der aktuellen Alkoholpolitik

In den letzten Jahren wuchs die Aufmerksamkeit auf Alkoholkonsum und den damit verbundenen negativen Folgen. In internationalen Vereinbarungen der Vereinten Nationen (United Nations 2016) und der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 2013) wurde diese Problematik diskutiert und entsprechende Ziele zur Reduktion der Trinkmengen formuliert. Zur Zielerreichung wurden zudem kosteneffiziente und leicht umzusetzende Maßnahmen empfohlen, die sogenannten ‚best buys‘ (World Health Organization 2011; 2014b) (siehe Tabelle 2).

Eine Umsetzung dieser Maßnahmen hierzulande würde sehr wahrscheinlich den pro-Kopf Konsum bedeutsam senken, jedoch lässt sich nicht erkennen, dass dies po-

Tabelle 2

„Best buys“ der Weltgesundheitsorganisation zur Reduzierung der Trinkmengen und Umsetzung in Deutschland

Maßnahme	Kosteneffizienz	Kosten bei Umsetzung	Umsetzbarkeit
1) Verfügbarkeit von Alkohol regulieren	Hoch	Sehr niedrig	Hoch
2) Alkoholwerbung einschränken oder verbieten	Hoch	Sehr niedrig	Hoch
3) Mittels Preispolitik alkoholische Getränke teurer machen	Hoch	Sehr niedrig	Hoch
4) Gesetze zu Trunkenheit am Steuer durchsetzen (mittels Überprüfung des Atemalkohols)	Mittel	Niedrig	Mittel
5) Kurzinterventionen für schädlichen Konsum anbieten	Mittel	Niedrig	Eingeschränkt

Quelle: World Health Organization (2011)

litisches gewollt ist. Aus den Zielen der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ aus dem Jahr 2012 geht hervor, dass zumindest das Problem erkannt wird (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). So werden unter anderem eine Reduktion von Rauschtrinken bei Kindern und Jugendlichen, Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Alkoholwerbung, Reduktion von Alkoholkonsum im Straßenverkehr und Nüchternheit während der Schwangerschaft als Ziele angestrebt. Die dafür geplanten Maßnahmen gehen aber über Forschungsarbeiten, Kampagnen zur Aufklärung, und (Evaluation von) Modellprojekten nicht hinaus.

Nach der Drogen- und Suchtstrategie hat die Bundesregierung keine weiteren Ziele oder Maßnahmen zur Verbesserung der alkoholbedingten Problematik ausgegeben. Im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten Modellprojekts „Forum gesundheitsziele.de“ wurde jedoch im Jahr 2015 das Ziel „Alkoholkonsum reduzieren“ veröffentlicht (gesundheitsziele.de 2015). Konkrete Maßnahmen zur Erreichung des Ziels wurden bislang nicht formuliert, eine Arbeitsgruppe ist aber mit der Erarbeitung dieser beauftragt.

Ein Vergleich zur Tabakpolitik

Um die Erfolge der bestehenden Alkoholpolitik besser einschätzen zu können, lohnt ein vergleichender Blick in das Tabak-Kapitel der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“. Daraus geht hervor, dass wesentlich weitreichendere Maßnahmen wie die Einführung von Bildwarnhinweisen, Durchsetzung von Rauchverbote und Erhöhung von Abgaben akzeptiert und umsetzbar sind. Mit diesen Maßnahmen wurde der aktuelle Kenntnisstand zur bestmöglichen Reduzierung des Tabakkonsums aufgegriffen (siehe „best buys“ in World Health Organization 2011), wobei auch hier

die größten Effekte auf Preiserhöhungen zurückzuführen sind (Wilson et al. 2012). Die Erfolge dieser Maßnahmen lässt sich in einer deutlichen Reduzierung des Gesamtabsatzes von Tabakprodukten (Kuntz et al. 2017), sowie in einer Halbierung der Konsumraten bei Jugendlichen (Kuntz/Lampert 2016) ablesen. Die aufgeführten Kontrollinstrumente werden unter anderem durch Aufklärungskampagnen begleitet, jedoch sind die messbaren Effekte durch diese Kampagnen auf Konsumraten nicht konsistent und eher gering (Bala et al. 2017). Daher ist anzunehmen, dass eine Tabakpolitik, die nur auf Aufklärung setzt, kaum solch eindrucksvolle Ergebnisse vorzuweisen hätte.

Vergleicht man die von der Bundesregierung akzeptierten und umgesetzten Maßnahmen im Bereich Alkohol und Tabak, ist eine klare Schieflage zu erkennen. Während zur Reduktion des Tabakkonsums Kontrollmaßnahmen durchgesetzt werden, soll die Verbesserung der alkoholbedingten Problematik vor allem durch Aufklärung erreicht werden.

Parlamentarischer Diskurs

Durch die letzten Bundesregierungen gab es in den letzten Jahren keine alkoholpolitischen Initiativen, jedoch wurden sie wiederholt von der Opposition aufgefordert zu wissenschaftlichen Erkenntnissen oder öffentlichen Diskursen Stellung zu beziehen.

Im Jahr 2016 griff die Bundestagsfraktion „BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN“ die Forderungen der Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) in einer kleinen Anfrage an die Bundesregierung auf. Die Forderungen entstammten dem „Aktionsplan Alkohol“ (Bartsch et al. 2008), welcher unter anderem eine Reduktion des pro-Kopf Konsums auf 7,1 Liter Reinalkohol anstrebte. Die DHS forderte zudem die steuerliche Gleichstellung von Bier und Wein durch die Einführung eines einheitlichen Steuersatzes für Reinalkohol (Höhe 15€/Liter), eine Heraufsetzung des Mindestalters für Erwerb und Konsum von Alkohol auf 18 Jahre, die Festlegung der Verkaufszeiten für Alkohol und ein Verkaufsverbot alkoholischer Getränke durch Tankstellen.

Die Antwort der Bundesregierung machte deutlich, dass derzeit keinerlei Initiativen zur Änderung des Status Quo angestrebt werden (Deutscher Bundestag 2016). Eine Vereinheitlichung sowie Anhebung der Steuern wäre aufgrund geltender EU-Richtlinien nicht möglich. Des Weiteren gäbe es keine Notwendigkeit die Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken einzuschränken, jedoch wurde das nächtliche Verkaufsverbot von Alkohol an Tankstellen in Baden-Württemberg genannt. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2015 legt nahe, dass mithilfe dieser Maßnahme alkoholbedingte Krankenhausaufenthalte unter jungen Erwachsenen reduziert werden konnten (Marcus/Siedler 2015), dennoch wurde das Verbot Ende 2017 wieder aufgehoben (Stuttgarter Zeitung 2017). Schließlich wurde von der Bundesregierung hervorgehoben, dass die bestehenden Gesetze mit einer begleitenden Aufklärungsarbeit zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums ausreichen. In puncto Jugendschutz würde wiederum eine „nachhaltige Informations- und Aufklärungsarbeit“ einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol ermöglichen, welches laut Bundesregierung erfolversprechender wäre, als das Abgabalter auf 18 Jahre heraufzusetzen.

Im Jahr 2017 folgte eine weitere kleine Anfrage der Bundestagsfraktion „DIE LINKE“ zum Thema „Regulierung und Prävention bei Alkohol“ (Deutscher Bundes-

tag 2017), welche sich explizit auf den Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ bezog. Aus der Antwort der Bundesregierung geht hervor, dass bislang kein Konsens über Empfehlungen zur Zielerreichung getroffen werden konnten. Im Hinblick auf Maßnahmen zu Preiserhöhung, eingeschränkte Verfügbarkeit und Werbeverbot wurden im Großen und Ganzen Antworten zur kleinen Anfrage der Fraktion „BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN“ wiederholt.

Die aktuellste kleine Anfrage wurde im März 2018 von der Fraktion der FDP gestellt (Bundestag 2018). In der Beantwortung bekräftigte die Bundesregierung lediglich ihre aktuelle Alkoholpolitik und verwies bezüglich der Zielsetzung zur Verminderung des Alkoholkonsums auf das Forum „gesundheitsziele.de“ und auf die Nationale Sucht- und Drogenpolitik.

Ein Blick über den Tellerrand

Basierend auf diesem kurzen Abriss kann die derzeitige Alkoholpolitik in Deutschland weitestgehend als Stillstand beschrieben werden. Dies wird umso deutlicher, wenn man berücksichtigt, welche Entwicklungen in anderen europäischen Ländern stattfinden.

Russland

In Russland stieg der Pro-Kopf Konsum in den späten 1990er Jahren stark an und erreichte 2003 einen vorläufigen Höhepunkt von 20 Liter Reinalkohol. Parallel dazu war ein starker Anstieg alkoholbedingter Mortalität zu beobachten, die Anzahl akuter Vergiftungsfälle wuchs zwischen 1997 und 2002 um 60%. Ausschlaggebend für diese Entwicklung war, dass die Alkoholpreise durch die Hyperinflation stark sanken und dadurch immer erschwinglicher wurden. Nachdem im Jahr 2004 die Abgaben auf Spirituosen inflationsbereinigt erhöht wurden, konnte ein Absenken des verkauften Alkohols erreicht werden, jedoch wuchs zeitgleich der Konsum von illegal produziertem Vodka und alkoholischen Produkten, die nicht für den menschlichen Verzehr produziert wurden (z.B. medizinische, kosmetische, Haushaltsprodukte). Dieser Sektor von nicht registriertem Alkohol konnte dagegen ab dem Jahr 2006 durch eine Reihe von Maßnahmen beschnitten werden. Dazu zählten einerseits die Schließung kleinerer Produktionsstätten von Reinalkohol (für industrielle Zwecke) und Spirituosen und andererseits die Angleichung der Steuern von Spirituosen und anderen alkoholhaltigen Produkten (Khaltourina/Korotayev 2015). Des Weiteren wurden nächtliche Sperrzeiten für den Verkauf alkoholischer Getränke erlassen, welches zunächst in einzelnen Regionen und im Jahr 2012 schließlich flächendeckend umgesetzt wurde. Infolge der umfangreichen Maßnahmen war eine Umkehr der Mortalitätszahlen zu beobachten. Ab dem Jahr 2006 fielen die Mortalitätszahlen wieder, mit dem stärksten Gefälle zwischen 2006 und 2007 (Neufeld/Rehm 2013). Seit 2014 liegt die pro-Kopf Trinkmenge in Russland unterhalb der von Deutschland (siehe auch Abbildung 1).

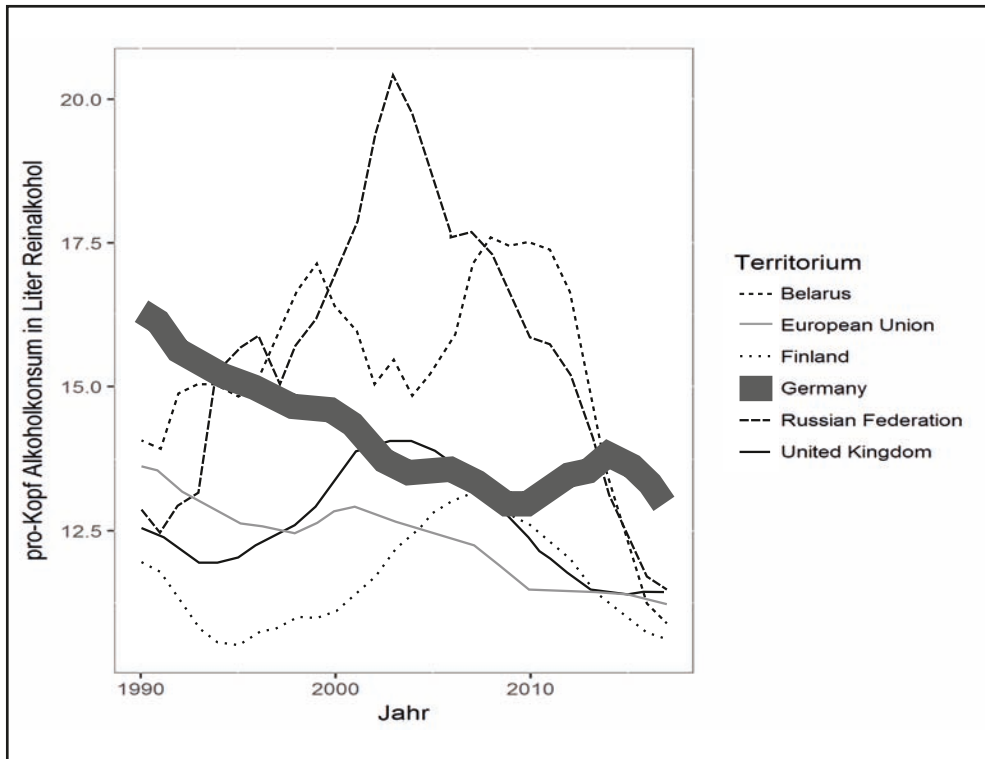


Abbildung 1
Zeitliche Entwicklung der Trinkmengen in ausgewählten Ländern und in der Europäischen Union

Weißrussland

Im Jahr 2011 wurde in Weißrussland ein Programm zur Trinkmengenreduktion angestoßen, welches unter anderem schärfere Gesetze für Trunkenheit am Steuer, Verbot von Radio- und Fernsehwerbung für Alkoholprodukte zwischen 7 und 22 Uhr, als auch eine Erhöhung der Verbrauchssteuer umfasste (World Health Organization 2014a). In den Folgejahren gingen die Trinkmengen drastisch zurück, von 17.5 Liter im Jahr 2010 auf 11.2 Liter im Jahre 2016 (siehe auch Abbildung 1).

Großbritannien

Nachdem in Großbritannien alkoholische Getränke immer bezahlbarer wurden und die alkoholbedingte Mortalität parallel dazu anstieg, wurde im Jahr 2008 eine inflationsbereinigte Abgabe auf alkoholische Getränke eingeführt. Dadurch stiegen die relativen Preise und die alkoholbedingten Todesfälle stagnierten (Burton et al. 2016). Nach der Abschaffung dieses Regulierungsinstruments im Jahr 2013/2014 war zu beobachten, dass Alkohol wieder bezahlbarer wurde und die Mortalität anstieg.

Im Jahr 2012 wurde in Schottland ein Gesetz zur Regulierung der Alkoholpreise verabschiedet. Durch das sogenannte „minimum unit pricing“ (MUP) sollte ein Mindestverkaufspreis vorgeschrieben werden, welcher sich am Alkoholgehalt des jeweiligen Produkts orientiert (z.B. £0.50 für 200ml Bier). Modellschätzungen zufolge sollte diese Maßnahme den Gesamtkonsum senken, vor allem bei Menschen mit problematischen Konsummustern (Holmes et al. 2014). Die „Scotch Whiskey Association“ führte daraufhin einen jahrelangen Rechtsstreit mit der Schottischen Regionalregierung, welcher erst Ende 2017 beendet wurde. Besonders interessant hierbei ist, dass dieser Prozesses bestätigte, dass das MUP Modell nicht gegen EU Richtlinien verstößt (Christie 2015). Mit dieser Entscheidung wird Schottland das erste Land sein, indem eine MUP Regelung in Kraft tritt, wobei sich Wales und Nordirland bald anschließen wollen (Christie 2017).

Zusammenfassender Ausblick

Entgegen sinkendem Pro-Kopf Konsums in der Europäischen Union bleiben in Deutschland sowohl Trinkmengen als auch alkoholbedingte Krankheiten und Todesfälle auf international höchstem Niveau. Ein Blick in den Koalitionsvertrag der neu gebildeten großen Koalition zeigt auf, dass in der aktuellen Legislaturperiode ein alkoholpolitisches Umdenken nicht zu erwarten ist (CDU et al. 2018).

Die Entwicklungen im europäischen Ausland geben Hoffnung, dass auch in Deutschland effektive Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums eingeführt werden können. Von hoher Bedeutung wird in Zukunft die Rolle der EU in der Ausgestaltung und Umsetzung von Maßnahmen in der Alkoholpolitik sein. Das erst kürzlich veröffentlichte Fundament für eine gemeinsame Strategie enthält leider keine Vorschläge wirksamer Maßnahmen (European Commission 2018). Dabei wäre vor allem eine Überarbeitung der Preispolitik wünschenswert, damit Mindestabgaben auf alkoholische Getränke generell angehoben (Mindestabgabe auf Wein liegt derzeit bei 0%), sowie am Alkoholgehalt ausrichtet (z.B. MUP Modell) und inflationsbereinigt werden.

Eine EU-weite Strategie sollte außerdem beachten, dass in grenznahen Regionen ein reger Import von Alkohol stattfindet, wenn im Nachbarland Alkohol deutlich billiger ist. In einzelnen Ländern kann dies einen beträchtlichen Anteil des Gesamtkonsums ausmachen, wie zum Beispiel in Finnland (17%) und Schweden (13%) (eu2017. ee 2017). So wurden beispielsweise in Finnland nach dem Eintritt Estlands in die EU zunächst die Alkoholabgaben gesenkt. Die niedrigeren Alkoholpreise in Finnland führten zwar zur gewünschten Eindämmung des Alkoholimports durch nach Estland reisende Finn_innen, aber andererseits auch zu einem Anstieg des Gesamtkonsums (OECD 2015). Erschwert wird eine EU-weite Lösung für dieses Problem dadurch, dass der gemeinsame Markt zwar keine Grenzkontrollen kennt, jedoch regionale Unterschiede im verfügbaren Einkommen bestehen. Eine gemeinsame Strategie muss daher einen Kompromiss zwischen Preisharmonisierung und Erschwinglichkeit widerspiegeln.

Eine weitere Hoffnung kann aus den Erfolgen in der Tabakpolitik geschöpft werden. Als zentraler Einflussfaktor für eine erfolgreiche Regulierung gilt das „Framework Convention on Tobacco Control“, in dessen Rahmen 180 Länder rechtlich bin-

dende Maßnahmen vereinbarten (Bertollini et al. 2016). Auch wenn Deutschland in der Umsetzung einiger Maßnahmen stark zurückbleibt (Britton/Bogdanovica 2013), wäre eine ähnlich erfolgreiche Politik ohne internationalen Druck hierzulande nicht denkbar. Ich schließe mich daher der Forderung der DHS nach einem äquivalenten Abkommen zur Regulierung von Alkohol an, um das vereinbarte Ziel zur Reduzierung des Alkoholkonsums zu erreichen (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2018).

Literatur

- Bala, M.M./Strzeszynski, L./Topor-Madry, R. (2017): Mass media interventions for smoking cessation in adults, in: *The Cochrane database of systematic reviews* 11, CD004704.
- Bartsch, G./Bölckow, C./Hüllinghorst, R./Jacobs, J./Redecker, D.T./Schlieckau, J./Schmidt, H.-G./Schumann, G./Siedelberg, R./Wessel, D.T. (2008): Aktionsplan Alkohol der DHS 2008, online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/aktionsplan_alkohol_der_dhs_2008final_din.pdf. letzter Zugriff 27.03.2018.
- Bertollini, R./Ribeiro, S./Mauer-Stender, K./Galea, G. (2016): Tobacco control in Europe: a policy review, in: *Eur Respir Rev* 25: 140, 151-157.
- Britton, J./Bogdanovica, I. (2013): Tobacco control efforts in Europe, in: *The Lancet* 381: 9877, 1588-1595.
- Bundestag, D. (2018): Drucksache 19/1228, online verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/012/1901228.pdf>. letzter Zugriff 27.03.2018.
- Burton, R./Henn, C./Lavoie, D./O'Connor, R./Perkins, C./Sweeney, K./Greaves, F./Ferguson, B./Beynon, C./Belloni, A./Musto, V./Marsden, J./Sheron, N./Wolff, A. (2016): *The Public Health Burden of Alcohol and the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Alcohol Control Policies: An evidence review*. Public Health England, London.
- CDU/CSU/SPD (2018): Koalitionsvertrag: Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, online verfügbar unter: https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1, letzter Zugriff 27.03.2018.
- Christie, B. (2015): Alcohol campaigners welcome preliminary opinion from European Court of Justice, in: *BMJ* 351, h4756.
- Christie, B. (2017): Minimum alcohol pricing goes ahead in Scotland after drinks industry loses legal battle, in: *BMJ* 359, j5302.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2018): Keine Änderung: In Deutschland wird viel zu viel getrunken.
- Deutscher Bundestag (2016): Drucksache 18/8601, online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/086/1808601.pdf>. letzter Zugriff 27.03.2018.
- Deutscher Bundestag (2017): Drucksache 18/13211, online verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/132/1813211.pdf>. letzter Zugriff 27.03.2018.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): *Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik*. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- eu2017.ee (2017): *Cross-border purchases of alcohol. Cross-Border Aspects in Alcohol Policy – Tackling Harmful Use of Alcohol*.
- European Commission (2018): *Alcohol and Health – fundamentals for a common approach*. In: Directorate-General for Health and Food Safety (Ed.), Brussels.

- GBD 2016 Risk Factors Collaborators (2017): Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, in: *The Lancet* 390, 1345-1422.
- gesundheitsziele.de (2015): Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“, online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Alkoholkonsum_reduzieren.pdf, letzter Zugriff 27.03.2018.
- Holmes, J./Meng, Y./Meier, P.S./Brennan, A./Angus, C./Campbell-Burton, A./Guo, Y./Hill-McManus, D./Purshouse, R.C. (2014): Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study, in: *The Lancet* 383: 9929, 1655-1664.
- Khaltourina, D./Korotayev, A. (2015): Effects of Specific Alcohol Control Policy Measures on Alcohol-Related Mortality in Russia from 1998 to 2013, in: *Alcohol Alcohol* 50: 5, 588-601.
- Kraus, L./Piontek, D./Pfeiffer-Gerschel, T./Rehm, J. (2015): Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige, in: *Suchttherapie* 16: 1, 18-26.
- Kuntz, B./Lampert, T. (2016): Smoking and Passive Smoke Exposure Among Adolescents in Germany, in: *Deutsches Arzteblatt international* 113: 3, 23-30.
- Kuntz, B./Zeiger, J./Lange, C./Lampert, T. (2017): Zeitliche Entwicklung des Absatzes von Tabakwaren in Deutschland, in: *Journal of Health Monitoring* 2: 2, 82-89.
- Manthey, J./Rylett, M./Hasan, O./Probst, C./Rehm, J. (in preparation): Global and regional alcohol exposure in 2017, trends since 1990 and forecasts until 2030, in: *The Lancet*.
- Marcus, J./Siedler, T. (2015): Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany, in: *Journal of Public Economics* 123, 55-77.
- Neufeld, M./Rehm, J. (2013): Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006?, in: *Alcohol Alcohol* 48: 2, 222-230.
- OECD (2015): Tackling Harmful Alcohol Use. In: Sassi, F. (Ed.), *Economics and Public Health Policy*. OECD Publishing.
- Piontek, D./Matos, E.G.d./Atzendorf, J./Kraus, L. (2016): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und des klinisch relevanten Alkoholkonsums nach Geschlecht und Alter 1995-2015. Institut für Therapieforchung, München.
- Stuttgarter Zeitung (2017): Nächtliches Alkoholverkaufsverbot wird wieder aufgehoben, online verfügbar unter: <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.baden-wuerttemberg-naechtlisches-alkoholverkaufsverbot-wird-wieder-aufgehoben.7fa726e6-2fef-4588-879a-4b8df-84053dc.html>. letzter Zugriff 27.03.2018.
- United Nations (2016): Sustainable Development Goals: Good Health and Well-being, online verfügbar unter: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>. letzter Zugriff 05.05.2016.
- Wilson, L.M./Avila Tang, E./Chander, G./Hutton, H.E./Odelola, O.A./Elf, J.L./Heckman-Stoddard, B.M./Bass, E.B./Little, E.A./Haberl, E.B./Apelberg, B.J. (2012): Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review, in: *J Environ Public Health* 2012, 961724.
- World Health Organisation (2013): Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2011): Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? WHO Press, Geneva.

World Health Organization (2014a): Global status report on alcohol and health 2014. WHO Press, Geneva.

World Health Organization (2014b): Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS): eigentlich nichts Besonderes

Bernd Wersé

Zusammenfassung

Seit nunmehr eineinhalb Jahren gilt mit dem NpSG eine Sonderregelung für „neue psychoaktive Stoffe“, bei der Konsumierende zumeist keine Strafe mehr zu befürchten haben. Angesichts der relativen Neuartigkeit des Gesetzes kann zwar noch kein Fazit zu dessen etwaigen Effekten gezogen werden. Erkenntnisse aus einem aktuellen EU-Projekt deuten aber darauf hin, dass bereits vor der Gesetzesänderung gewisse Verschiebungen im Konsum von NPS stattgefunden haben. Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass sich an Problemen mit solchen Drogen durch geänderte Regelungen allenfalls wenig ändert. Ohnehin ist der NPS-Begriff, vor allem aber die rechtliche Sonderbehandlung, grundsätzlich in Zweifel zu ziehen.

Einleitung

Am 26. November 2016 trat das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) in Kraft. Damit wurde Besitz und Handel der zwei wichtigsten Substanzgruppen aus diesem Bereich untersagt: synthetische Cannabinoide, zumeist in Form von „Räuchermischungen“ als Cannabisersatz verwendet und Phenethylamine, eine Stoffgruppe, die insbesondere Cathinone und andere Amphetamin ähnliche, v.a. aufputschende und empathogene Substanzen (u.a. als „Badesalze“ gehandelt) enthält. Das NpSG unterscheidet sich dabei vom BtMG vor allem darin, dass der Besitz geringer Mengen generell nicht mehr strafbewehrt und mithin entkriminalisiert ist (siehe auch Fährmann et al. 2016). Allerdings ist zu beachten, dass zum Zeitpunkt der NpSG-Einführung ohnehin zahlreiche „neue psychoaktive Substanzen“ bereits dem BtMG unterstellt waren. Somit ergibt sich eine merkwürdige Schieflage: auf der einen Seite die ‚klassischen‘ illegalen Drogen plus eine Anzahl von weit über hundert seit 2009 unterstellten Substanzen, deren Besitz entsprechend dem BtMG strafbewehrt ist, und auf der anderen Seite eine Reihe von Stoffen, bei denen der/die Konsumierende gemäß NpSG in der Regel keinerlei Strafverfolgung zu befürchten hat. Zusätzlich existiert weiterhin eine ganze Reihe von NPS, u.a. aus dem Bereich der Psychedelika, die keinem der beiden Gesetze unterstellt sind und dementsprechend sogar legal gehandelt werden dürfen. Allerdings findet dies, seit die deutsche Strafverfolgung 2010 den stationären Handel unter Anwendung des Arzneimittelgesetzes (AMG) unterband, praktisch nur noch über das Internet statt – obwohl die AMG-Regelung 2014 vom Europäischen Gerichtshof unterbunden wurde, was wiederum ein wesentlicher Auslöser für die Einführung des NpSG war.

Wie sieht nun die aktuelle Situation des NPS-Konsums in Deutschland aus, nachdem das neue Gesetz rund eineinhalb Jahre in Kraft ist? Leider lässt sich diese Frage

nicht erschöpfend beantworten, da bislang keine Daten aus Repräsentativbefragungen oder ähnlichen Erhebungen nach November 2016 vorliegen. Auch die Studie zur Evaluation des NpSG, die vom Institut für Therapieforschung (IFT) geleitet wird (Piontek & Hannemann 2017), hat noch keine Ergebnisse zu Auswirkungen auf den Konsum geliefert. Allerdings lassen sich einige Hinweise aus einer Erhebung im Rahmen eines EU-Projektes unmittelbar vor NpSG-Einführung destillieren.

Erkenntnisse zum NPS-Konsum in Deutschland und anderen europäischen Ländern aus einem EU-Projekt

Das EU-Projekt „NPS transnational“ (ausführlich: Benschop et al. 2017) mit Partnern aus den Niederlanden, Ungarn, Polen, Portugal, Irland und Deutschland beschäftigte sich in erster Linie mit einem Vergleich von drei Typen von NPS-Konsument_innen: „Marginalisierte“ („harte“ Drogenszene), „Nightlife“ (Partyszene) und „Online“-User. Letztere bilden dabei insbesondere in Deutschland die größte Gruppe, da sie keinen besonderen Auswahlkriterien unterlagen und (im Unterschied zu den anderen Gruppen) ausschließlich per Online-Befragung an der Erhebung teilnehmen konnten. In Deutschland wurden 23 Marginalisierte, 98 Partyszenegänger_innen und 542 Befragte online erreicht. In den anderen beteiligten Ländern sah die Verteilung teilweise sehr anders aus (u.a. wurden in den osteuropäischen Ländern deutlich mehr Marginalisierte interviewt). Insgesamt wurden 3.023 Konsument_innen befragt. Die Erhebung fand zwischen Frühjahr und Herbst 2016, also bis kurz vor Einführung des NpSG, statt. Zu beachten ist dabei, dass es sich per Definition bzw. Einschlusskriterien um aktuell (mindestens in den letzten 12 Monaten) NPS Konsumierende handelt, die zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 18 Jahre alt waren. Wie bereits in früheren Online-Befragungen zum Thema (Werse/Morgenstern 2012 und 2015) ist davon auszugehen, dass erfahrene Konsument_innen in einer solchen Erhebung überrepräsentiert sein dürften; Probierer_innen oder sehr selten Konsumierende sind also vermutlich eher seltener vertreten.

Was die Verteilung der konsumierten NPS betrifft, so zeigte sich das durchaus überraschende Ergebnis, dass in der deutschen Stichprobe die Substanzgruppe der Psychedelika die höchste Verbreitung hatte, mit 76% Lebenszeit- und 31% 30-Tages-Prävalenz¹. Erst dahinter folgen die synthetischen Cannabinoide (inklusive „Räuchermischungen“²) mit 63% Konsumerfahrung und 15% Konsum in den letzten 30 Tagen und Stimulanzien (insbesondere Amphetamin ähnliche Stoffe, inklusive „Badesalze“³) mit 50% bzw. 20%. Deutlich seltener, aber dennoch in nennenswertem Ausmaß wurden Dissoziativa (Ketamin ähnliche Substanzen) ausprobiert (34%) oder in den letzten 30 Tagen konsumiert (9%). Etwas höhere Werte wurden für den

¹ Einschränkung muss an dieser Stelle betont werden, dass in dieser Kategorie relativ häufig Substanzen aus der 2-C-Gruppe genannt wurden, die zur Gruppe der – im NpSG gelisteten – Phenethylamine zählen, allen voran 2C-B, eine Substanz, die seit längerem bekannt und bereits seit 2001 international verboten ist. Allerdings wurden in dieser Kategorie in der deutschen Stichprobe noch deutlich häufiger (nicht dem BtMG oder NpSG unterstehende) Tryptaminderivate genannt.

² Seit Beginn des NPS-Phänomens existieren mit synthetischen Cannabinoiden versetzte Kräutermischungen, die unter dieser Bezeichnung ohne Angabe der wirksamen Inhaltsstoffe vertrieben werden.

³ Ähnlich zu den „Räuchermischungen“ hat sich diese Bezeichnung für stimulierend wirkende NPS, die ohne Angabe der Inhaltsstoffe unter Fantasienamen angeboten werden, etabliert.

Konsum „anderer“ NPS erzielt (Lebenszeit: 38%, 30 Tage: 15%). Hier handelt es sich in erster Linie um Designer-Benzodiazepine (Beruhigungs-, Schlaf- und angstlösende Mittel), aber auch Opioide (unter anderem die wegen der hohen Wirkpotenz als besonders riskant zu betrachtenden Fentanyl-derivate) spielen in dieser Kategorie eine gewisse Rolle.

Abgesehen von Portugal wurden in keiner der sechs Länderstichproben auch nur annähernd so hohe Kennzahlen für Psychedelika-Konsum erreicht wie in Deutschland. Demgegenüber lag die Lebenszeitprävalenz für Stimulanzien hierzulande so niedrig wie in keinem anderen Land; die 30-Tages-Prävalenz gehörte ebenfalls zu den niedrigsten. Bei den synthetischen Cannabinoiden lag die deutsche Stichprobe im mittleren Bereich. Im Vergleich zu den o.g. vorherigen deutschen Online-Befragungen aus den Jahren 2011 und 2013/14 haben sich damit die Vorlieben für verschiedene Arten von NPS deutlich verschoben: Zwar wurden die NPS-Arten dort nach einer anderen Systematik erfragt, aber angesichts der verfügbaren Vergleichsdaten ist klar, dass Psychedelika in der jüngsten Erhebung eine deutlich höhere Bedeutung erlangt haben, während synthetische Cannabinoide in geringerem Maße konsumiert werden. Dies ist vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass die Befragung in einem Zeitraum stattgefunden hat, in dem die Einführung des NpSG bevorstand und Spezifika des Gesetzes (v.a. die Fokussierung auf Phenethylamine und Cannabinoide, unter weitgehender Aussparung von Psychedelika) schon bekannt waren. Einschränkend sollte angemerkt werden, dass bei den früheren Erhebungen die Lebenszeitprävalenz, bei der jüngsten Befragung hingegen die 12-Monats-Prävalenz das Einschlusskriterium war. Daher haben in der jüngsten Studie tendenziell mehr aktuelle und auch erfahrenere NPS-Konsument_innen teilgenommen, wodurch bloße Probierer_innen, die zumeist eher synthetische Cannabinoide oder Stimulanzien konsumiert haben, seltener vertreten sind. Dennoch zeigt sich insgesamt eine deutliche Verschiebung hin zum Konsum von Psychedelika aus der nicht vom NpSG abgedeckten Stoffgruppe der Tryptamine (hauptsächlich LSD-Analoga).

Zudem unterscheiden sich die Motive für den NPS-Konsum in der deutschen Stichprobe teils deutlich von den übrigen Befragten. Hierzu wurde eine lange Liste möglicher Konsumgründe mit einer fünfteiligen Skala abgefragt. Deutsche Teilnehmer_innen stimmten – übereinstimmend mit den konsumierten Substanzen – insbesondere Motiven zu, die gemeinhin Psychedelika zugeschrieben werden, u.a. „neue Erfahrungen bezüglich Drogenwirkungen“ (75% im Zustimmungsbereich vs. 51% in der Gesamtstichprobe), „Bewusstseinserweiterung“ (76% vs. 46%) oder „um mich selbst besser kennen zu lernen“ (64% vs. 34%). Mit insgesamt geringeren Zustimmungsraten waren deutsche Konsumierende aber auch bei Gründen wie „(angebliche) Legalität“ (29% vs. 15%), „geringe Verfügbarkeit anderer Drogen“ (34% vs. 21%) und „Nicht-Nachweisbarkeit“ (30% vs. 13%) überrepräsentiert. Hier bestätigen sich frühere Einschätzungen, dass der NPS-Gebrauch einer signifikanten Subgruppe der deutschen Konsumierenden quasi als „Kollateralschaden der Prohibition“ (Egger/Werse 2015) zu begreifen ist, da vor allem in als besonders repressiv geltenden Regionen wie Bayern NPS als Ausweichsubstanz für illegale Drogen verwendet werden, um schlechte Verfügbarkeit und die Risiken der Strafverfolgung auszugleichen. Besonders auffällig ist die Schieflage beim insbesondere für Tests im Straßenverkehr relevanten Motiv „Nicht-Nachweisbarkeit“.

Weitere (halbwegs) aktuelle Resultate zum NPS-Konsum

In der repräsentativen Schülerbefragung, die jährlich als Teil des lokalen Monitoring-Systems „MoSyD“ (Werse et al. 2017) durchgeführt wird, lag die Lebenszeitprävalenz von „Räuchermischungen“ bei 15- bis 18-Jährigen Ende 2016 wie in den beiden Vorjahren bei 6%, die 30-Tages-Prävalenz mit 2% einen Prozentpunkt höher als im Vorjahr. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil ein Großteil der Erhebung nach NpSG-Einführung stattgefunden hat – offensichtlich hat die Gesetzesänderung zumindest keinen kurzfristigen Effekt gehabt. In den anderen bei MoSyD untersuchten Umfeldern (v.a. Partyszene und ‚harte‘ Drogenszene) spielen die ‚neuen‘ Substanzen unverändert praktisch keine Rolle, ausgenommen das sehr kleine Umfeld der „Psychonauten“ – die angesichts der Konsummuster vermutlich auch einen wesentlichen Teil der in der Online-Erhebung Befragten stellen dürfte.

Fazit und Diskussion

Die Resultate aus dem EU-Projekt bestätigen zunächst weitgehend die aus den vorherigen Online-Befragungen gewonnene Erkenntnis, dass sich ein wesentlicher Teil der deutschen NPS-Konsumierenden entweder dem Typus des „Kiffers 2.0“ oder dem des „Psychonauten“ (Werse/ Morgenstern 2015) zuordnen lassen. Mit „Kiffer 2.0“ sind diejenigen gemeint, die vor allem ihren Cannabiskonsum aufgrund von Verfügbarkeitseinschränkungen und/oder Angst vor Strafverfolgung, insbesondere im Straßenverkehr, zeitweise mit synthetischen Cannabinoiden substituieren. „Psychonauten“ sind hingegen gut informierte und in Internetforen aktive erfahrene Drogennutzer, die in erster Linie an unterschiedlichen Rauschzuständen, mit Schwerpunkt auf halluzinogenen Substanzen, interessiert sind. Nicht selten wird dies mit Sinnsuche, „Bewusstseinsweiterung“ etc. assoziiert. Allerdings hat es offenbar in jüngster Zeit eine deutliche Verschiebung hin zu den „Psychonauten“ gegeben. Anhand der vorliegenden Daten kann nicht geklärt werden, ob dies in irgendeinem Zusammenhang mit der (zum Zeitpunkt der Befragung noch bevorstehenden) NpSG-Einführung steht. Möglicherweise hat die Verlagerung hin zu Psychedelika tatsächlich etwas damit zu tun, dass Substanzen wie 1P-LSD mittlerweile seit Jahren verfügbar, weiterhin legal und dabei der „Ausgangssubstanz“ sehr ähnlich sind. Umgekehrt stellen die mittlerweile qua NpSG (fast) komplett illegalisierten Phenethylamine und Cannabinoide für die meisten Konsument_innen illegaler Drogen aber zumeist ohnehin keine adäquate Alternative zu Ecstasy, Amphetamin und Cannabisprodukten dar, die zudem in den letzten Jahren in den meisten Regionen des Landes in hoher Qualität verfügbar waren. Insofern könnte sich – paradoxerweise – die Konzentration des Konsums dieser NPS-Stoffgruppen auf drogenpolitisch besonders repressive Regionen wie Bayern (vgl. Werse 2014) nach deren Verbot noch zugespitzt haben: Die ohnehin geringe Probierbereitschaft von Freizeitkonsument_innen aus dem Rest des Bundesgebietes könnte möglicherweise weiter abnehmen, während die Gründe, in einem repressiven Umfeld NPS zu konsumieren (v.a. Nachweisbarkeit, Verfügbarkeit, Preis und Strafflosigkeit), durch die Gesetzesänderung kaum tangiert wurden. Im Zusammenhang mit dieser Entwicklung ist auf eine Tendenz hinzuweisen, die u.a. im Rahmen der oben zitierten Studie seit einigen Jahren in osteuropäischen Ländern und anderen eher in

der verkehrstechnischen Peripherie liegenden Regionen Europas zu beobachten ist: Der NPS-Gebrauch verlagert sich gerade dort, wo schon vor einigen Jahren umfassende Verbote eingeführt wurden, stärker auf marginalisierte Konsument_innen ‚harter Drogen‘. Auch z.B. aus der bayerischen Drogenhilfe ist teilweise von einem beständigen Gebrauch stimulierender „Badesalze“ oder synthetischer Cannabinoide in entsprechenden Szenen zu hören. Angesichts der zum Teil weitaus schwerwiegenden Nebenwirkungen (und unvorhersehbarer Inhaltsstoffe) schädigen sich diese Personen mit NPS noch mehr, als sie es ohnehin schon tun.

Zwar muss zum derzeitigen Zeitpunkt offenbleiben, inwiefern sich der Gebrauch von NPS seit NpSG-Einführung tatsächlich geändert haben könnte. Indes: vieles deutet darauf hin, dass insbesondere die mit solchen Stoffen zusammenhängenden Probleme eher nicht geringer werden. Grundsätzlich stellt sich aber die Frage, ob wir zukünftig überhaupt weiter von „neuen“ psychoaktiven Substanzen sprechen, geschweige denn diesen Terminus weiterhin in Gesetzesform festgelegt haben wollen. Letztlich handelt es sich beim NPS-Begriff um einen willkürlich und keineswegs einheitlich gehandhabten Terminus für sehr unterschiedliche (und auch unterschiedlich „neue“ bzw. „alte“) Substanzen, die ansonsten „not particularly special“ (Potter/Chatwin 2017) sind, u.a. im Hinblick darauf, dass der jeweilige Wirkmechanismus zumeist der gleiche wie bei den illegalen Äquivalenten ist. Abgesehen davon, dass Substanzen nicht – wie im NpSG gewissermaßen impliziert – in alle Ewigkeit „neu“ bleiben können, hat der Gesetzgeber ein beispielloses Stückwerk betrieben: die eigentlich begrüßenswerte Entkriminalisierung geringer Mengen bleibt denjenigen Substanzen vorbehalten, die (noch) nicht dem BtMG unterstellt wurden, gerade im Fall der synthetischen Cannabinoide aber weitaus höhere Risiken aufweisen als die Droge, die sie substituieren sollen. Es wird endlich Zeit, dass eine entsprechende Reform für alle psychoaktive Substanzen eingeführt wird. Eine grundlegende, spezifische Risiken bestimmter Substanzen bzw. Substanzgruppen berücksichtigende Überarbeitung von BtMG und anderen relevanten Regelungen würde die Sonderbehandlung der „neuen“ Substanzen überflüssig machen. Zudem würde durch eine zeitgemäße Regelung der Fahrerlaubnisverordnung (vgl. Knodt 2016) vermutlich ein erheblicher Anteil des Konsums der gefährlichen synthetischen Cannabinoide – nämlich des ‚Ausweichkonsums‘, um den Führerschein zu behalten – schlicht wegfallen.

Literatur

- Benschop, A./Bujalski, M./Dabrowska, K./Demetrovics, Z./Egger, D./Felinczi, K./Henriques, S./Kalo, Z./Kamphausen, G./Korf, D.J./Nabben, T./Silva, J.P./Van Hout, M.C./Werse, B./Wells, J./Wieczorek, L./Wouters, M. (2017): New Psychoactive Substances: transnational project on different user groups, user characteristics, extent and patterns of use, market dynamics, and best practices in prevention (NPS-transnational Project; HOME/2014/JDRU/AG/DRUG/7077). Final Report. Amsterdam: Bongor Institute of Criminology, University of Amsterdam.
- Egger, D./Werse, B. (2015): Neue psychoaktive Substanzen als Kollateralschaden der Prohibition. In: Akzept/DAH/JES: 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015. Lengerich: Pabst: 104-110.

- Fährmann, J./Harrach, T./Kohl, H./Ott, S.C./Schega, M./Schmolke, R./Werse, B. (2016): Wie mit NpS zukünftig umgehen? Kritik an dem Referentenentwurf zum Neue-psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NpSG). In: akzept/DAH/JES (Hg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016. Lengerich: Pabst: 18-28.
- Knodt, M. (2016): Es geht ums Prinzip – Eine wissenschaftlich fundierte Grenzwertfindung scheint unerwünscht. In: akzept/DAH/JES (Hg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016. Lengerich: Pabst: 121-126.
- Piontek, D./Hannemann, T.V. (2017): Welche Änderungen erwarten Konsumenten durch die Einführung des Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetzes (NpSG)? Ergebnisse einer Online-Studie. München: Institut für Therapieforschung.
- Potter, G.R./Chatwin, C. (2017): Not particularly special: critiquing ‘NPS’ as a category of drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, online: <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1411885>
- Werse, B. (2014): Zur Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS). In: akzept/DAH/JES (Hg.): 1. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2014. Berlin: akzept/DAH/JES: 22-26.
- Werse, B./Egger, D./Sarvari, L./Kamphausen, G./Feilberg, N. (2017): MoSyD Jahresbericht 2016. Drogentrends in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
- Werse, B./Morgenstern, C. (2012). How to handle legal highs? Findings from a German online survey and considerations on drug policy issues. *Drugs and Alcohol Today* (4): 222-231.
- Werse, B./Morgenstern, C. (2015). Der Trend geht zur Reinsubstanz – Entwicklungen im Konsum von „Legal Highs“/neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) auf Basis zweier Online-Befragungen. *Suchttherapie*, 16: 36-41.

„Die Kokainschwemme“: Warum Polizeidaten keine Prävalenzdaten sind und Angebot sich nicht automatisch Nachfrage „schafft“

Bernd Werse

Zusammenfassung

Anlässlich neuer Rekordzahlen bei der Beschlagnahmung von Kokain vermuteten Vertreter des BKA Ende 2017 einen damit einhergehenden Anstieg des Konsums der Droge. Verfügbare Befragungsdaten können diese Einschätzung allerdings nicht bestätigen: Kokain spielt, trotz verstärkter Thematisierung in der Popkultur, offenbar eine gleichbleibend geringe Rolle unter jungen Menschen in Deutschland. Es wird davor gewarnt, dass Vertreter der Strafverfolgung Drogentrends „ausrufen“, die sich womöglich auf potenzielle Konsument_innen auswirken könnten.

Kokainfunde der deutschen Strafverfolgung

Ende 2017 veröffentlichte das BKA neue Zahlen zu Kokain-Beschlagnahmungen von (Handelsblatt 2017, ARD 2017). Demnach wurde mit „knapp sieben Tonnen“ im Jahr 2017 eine neue Rekordmenge der Pulverdroge in Deutschland beschlagnahmt (wobei mehr als die Hälfte dieser Menge – 3,8 Tonnen – aus einem einzigen Fund Mitte 2017 stammt; vgl. Spiegel Online 2017). Der dazu befragte Leiter der Zollfahndung Hamburg gibt an, dass dies nicht an verbesserten Fahndungsmethoden liege, sondern sich wohl das „Angebot in Südamerika (...) erhöht hat, das heißt wir haben eine Kokainschwemme“ (ARD 2017). Dies ist laut BKA im Einklang mit einer weltweiten Entwicklung seit einigen Jahren, was auf einen Ausbau der Anbauflächen in Südamerika und effizienteren Produktionsverfahren für die Droge zu tun habe. Auch wenn durchaus noch andere Gründe denkbar sind, klingen diese Erläuterungen zunächst durchaus nachvollziehbar und plausibel, zumal im selben Artikel auch ein Anstieg der weltweiten „Großsicherstellungen“ von Kokain dokumentiert wird. Allerdings gehen die Experten des BKA einen Schritt weiter und vermuten: „Offensichtlich verfahren die Täter nach dem Motto ‚Angebot schafft Nachfrage‘“, so der Leiter der Bekämpfung Rauschgiftkriminalität, Christian Hoppe (ARD 2017). Er ist zwar vorsichtig bei der Bewertung, ob sich Kokain zur „Alltagsdroge“ entwickeln könne, meint aber, dass einiges dafür spreche. Im gleichen Artikel wird darauf verwiesen, dass Kokain längst nicht mehr überwiegend von Wohlhabenderen, sondern in unterschiedlichen Milieus konsumiert würde, was die Wahrscheinlichkeit für eine Ausweitung des Konsums steigern würde.

Abgleich mit Daten aus der Sozialwissenschaft

Auch wenn sich die Vertreter des BKA an dieser Stelle noch vergleichsweise vorsichtig ausdrücken, so dreht die Berichterstattung – nach dem Muster eines „politisch-publizistische(n) Verstärkerkreislauf(s)“ (Scheerer 1978) – die Unkenrufe in Richtung eines steigenden Kokainkonsums „in allen Schichten“ also noch ein Stückchen weiter. Dabei ist zunächst anzumerken, dass der Konsum von Kokain (-pulver und -base) in unterschiedlichen Milieus beileibe kein neues Phänomen ist (vgl. z.B. Kemmesies 2004, Zurhold/Müller 2007) – auch unter Angestellten und Arbeiter_innen gibt es Menschen, die gelegentlich oder auch regelmäßig koksen. Allerdings handelt es sich bei weitem nicht um ein Massenphänomen (Kemmesies/Werse 2004). Vor allem aber ist nicht davon auszugehen, dass das möglicherweise gestiegene Angebot mit einer entsprechenden Steigerung der Nachfrage einhergehen würde: Nach allem, was wir wissen, hängt das Konsumniveau einer bestimmten Substanz neben der allgemeinen Verfügbarkeit von diversen Faktoren ab: in erster Linie spielt dabei die Einschätzung über das generelle sowie individuelle Risiko im Verhältnis zum Nutzen eine Rolle. Dass sich an dieser Einschätzung etwas ändern könnte, weil mehr und evtl. preisgünstigeres Kokain auf dem Markt ist, erscheint nicht plausibel. Einer solchen Vermutung liegt ein stark ökonomisch geprägtes Menschenbild zugrunde, das sich mit Blick auf den Drogenkonsum schon öfter nicht bewahrheitet hat¹ – Menschen nähmen umso mehr (bestimmte) Drogen, je verfügbarer und preiswerter sie sind. Dass dies offensichtlich nicht der Fall ist, zeigt ein Blick auf verfügbare Prävalenzdaten aus den letzten Jahren, in denen bereits eine Steigerung von Produktion und Beschlagnahmungen festgestellt werden konnte. So zeigt sich im „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (ESA), der zentralen Repräsentativerhebung zum Drogenkonsum Erwachsener (Piontek et al. 2016), eine eher uneinheitliche Entwicklung der (ohnehin geringen) Kokain-12-Monats-Prävalenz unter 18- bis 59-Jährigen; mit 0,6% lag der Wert 2015 zahlenmäßig (nicht signifikant) niedriger als in den Erhebungen zuvor; mit 1,0% war im Jahr 2003 ein „Höhepunkt“ erreicht. In der jährlich durchgeführten lokalen repräsentativen Schülerbefragung im Rahmen des Drogen-Monitoring-Projektes „MoSyD“ in Frankfurt am Main (Werse et al. 2017b) wurden Ende 2016 sogar neue Tiefstwerte für Kokainkonsum unter 15- bis 18-Jährigen ermittelt: die Lebenszeit-Prävalenz sank auf 2% (2002-2015: zwischen 3% und 6%), die 12-Monats-Prävalenz auf 1% (2002-2015: 2% bis 3%).

Kokain und Jugendkultur

Kokain scheint also insbesondere unter jungen Leuten so unpopulär wie schon seit langem nicht mehr. Darauf deuten auch die entsprechenden Daten aus dem ESA hin, wo die Lebenszeit-Erfahrung der jungen Erwachsenen zuletzt gesunken war, während diejenige der 40- bis 59-Jährigen anstieg. Dies ist auch vor dem Hintergrund bemerkenswert, dass im deutschen Rap, der einflussreichsten Jugendkultur der letzten

¹ Als Beispiel aus unserer eigenen Forschung sei hier die Entwicklung in der Frankfurter marginalisierten Drogenszene genannt: hier fiel zwischen 2003 und 2004 der Preis für Heroin um mehr als 50%, wobei die Qualität vermutlich sogar deutlich anstieg. Parallel stiegen die Prävalenzraten in der Szene aber nur moderat an (Werse et al. 2017a)

Jahre, in gefühlt jedem zweiten Video ein (vermeintlicher) Haufen Kokain gezeigt wird, das Leitmedium „Vice“ schon Ende 2015 ausrief „Setzt die grüne Brille ab, Koks ist die neue HipHop-Droge“ (Vice 2015) und „Kokaina“ von Miami Yacine aus dem Jahr 2016 auf YouTube der meistgeklickte deutsche Rap-Track aller Zeiten ist (16Bars.de 2018). Während Einflüsse aus der Jugendkultur beim Konsum von generell weiter verbreiteten Drogen wie Cannabis durchaus eine Rolle spielen (Werse 2007), scheinen die Prahlereien namhafter Rapper mit dem hochpreisigen weißen Pulver also keinen Einfluss auf das Konsumverhalten ihrer Rezipienten auszuüben – ebenso wenig wie eine möglicherweise veränderte Marktsituation.

Fazit

Trotz der seltsamen Übereinstimmung von „Kokain ist Trenddroge“ ausrufenden Szene-Journalist_innen und Vertretern der Strafverfolgung deutet nichts darauf hin, dass die Droge aktuell tatsächlich einen Popularitätsschub erfahren würde. In diesem Zusammenhang sind zwei Aspekte besonders festzuhalten:

- Insbesondere der Konsum illegaler Drogen folgt nicht bzw. nur äußerst bedingt den für andere Güter (mehr oder weniger) gültigen Regeln von Angebot und Nachfrage: der bloße Umstand, dass etwas verfügbarer, billiger und/oder qualitativ besser wird, ist kein Grund dafür, dass die betreffende Substanz von mehr Menschen konsumiert wird. Auch die Logik der Prohibition und deren exponierten Vertreter_innen folgt dieser Vorstellung: man müsse nur das Angebot maximal verknappen, um Menschen vom Konsum abzuhalten. Dass diese Vorstellung falsch ist (und mittels durch die Verknappung höheren Preise die Profite der Dealer steigert), ist dementsprechend auch bedeutsam für eine mögliche Entkriminalisierung oder legale Regulierung von Drogen, zumal entsprechende Maßnahmen in anderen Ländern ebenfalls zumeist keine Konsumsteigerungen zur Folge hatten. Wichtig ist, dass potenziell Konsumierende maximal gute Informationen über Risiken bestimmter Drogen zur Verfügung haben, aufgrund derer die meisten Menschen ohnehin auf den Gebrauch von Kokain verzichten.
- Wie bereits bei der Debatte um Crystal Meth muss davor gewarnt werden, dass – von welcher Seite auch immer, insbesondere aber durch staatliche Institutionen – ein vermeintlicher (bevorstehender) Trend ausgerufen wird. So hatte sich z.B. 2014, vermutlich v.a. infolge gesteigerter polizeilicher Kontrollaktivität, die (überwiegend in einem begrenzten regionalen Raum) beschlagnahmte Menge an Crystal Meth auf (im Vergleich zu anderen Drogen dennoch sehr geringe) 47 kg verdoppelt. Dadurch sah sich das BKA veranlasst, von einer „weiteren Ausbreitung des Phänomens“ (Welt 2014) auszugehen. Der Medienhype um das synthetische Cannabisprodukt „Spice“ hat vor zehn Jahren gezeigt, dass die Gefahr besteht, dass bestimmte Rezipienten derartigen Berichten Glauben schenken und sich motiviert fühlen, die betreffende Droge tatsächlich auszuprobieren – insbesondere, wenn dabei auf die Verbreitung „in allen Schichten“ verwiesen wird (Werse 2010). Dass Medien an spektakulären Schlagzeilen interessiert sind, ist allgemein be-

kennt; allerdings sollten sich Vertreter_innen der Staatsgewalt nicht auch noch an solchen Trend-Konstruktionen beteiligen.

Literatur

- 16Bars.de (2018): Miami Yacine knackt 100 Millionen Views mit “Kokaina”. Artikel vom 22. Januar 2018, online verfügbar unter <http://www.16bars.de/newsartikel/231051/miami-yacine-knackt-100-millionen-views-mit-kokaina/>; letzter Zugriff: 4.5.2018.
- ARD (2017): Rekordzahlen in Deutschland: Die Kokainschwemme. Meldung vom 27.12.2017, online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/kokainschwemme-deutschland-101.html>; letzter Zugriff: 4.5.2018.
- Handelsblatt (2017): BKA-Bericht: Kokain-Produzenten überschwemmen europäischen Markt. Artikel vom 27.12.2017, online verfügbar unter <http://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/bka-bericht-kokain-produzenten-ueberschwemmen-europaeischen-markt/20792960.html>; letzter Zugriff: 4.5.2018.
- Kemmesies, U.E. (2004): Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu. Unter Mitarbeit von Bernd Wersé. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Kemmesies, U.E./ Wersé, B. (2004): „Das Gute“ – (Kontrollierter) Kokainkonsum zu Beginn des 21. Jahrhunderts: Anzeichen eines Enkulturationsprozesses? In: Stöver, H./ Prinzeve, M. (Hg.): Kokain und Crack. Pharmakodynamiken, Verbreitung und Hilfeangebote. Freiburg: Lambertus: 22-49.
- Piontek, D./Gomes de Matos, E./Atzendorf, J./Kraus, L. (2016): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Konsums illegaler Drogen und des klinisch relevanten Cannabisgebrauchs nach Geschlecht und Alter 1990 – 2015. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Scheerer, Sebastian (1978): Der politisch-publizistische Verstärkerkreislauf. Zur Beeinflussung der Massenmedien im Prozeß strafrechtlicher Normgenese. In: Kriminologisches Journal 10: 223-227.
- Spiegel Online (2017): Hamburger Zoll: Kokain im Wert von 800 Millionen Euro sichergestellt. Artikel vom 20.07.2017, online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/hamburg-kokain-im-wert-von-800-millionen-euro-zoll-praesentiert-rekordfund-a-1158855.html>; letzter Zugriff: 8.5.2018.
- Vice (2015): Setzt die grüne Brille ab, Koks ist die neue HipHop-Droge. Artikel vom 26.11.2015, online verfügbar unter <https://noisy.vice.com/alps/article/68avap/gras-ist-durch-koks-ist-die-neue-trenddroge-im-hiphop-420>; letzter Zugriff: 4.5.2018.
- Welt (2014): Crystal-Meth-Beschlagnahmungen verdoppelt. Artikel vom 21.3.2014, online verfügbar unter <https://www.welt.de/politik/deutschland/article126065526/Crystal-Meth-Beschlagnahmungen-verdoppelt.html>; letzter Zugriff: 8.5.2018.
- Wersé, B. (2007): Cannabis in Jugendkulturen. Kulturhistorische und empirische Betrachtungen zum Symbolcharakter eines Rauschmittels. Berlin: Archiv der Jugendkulturen.
- Wersé, B. (2010): Medienhype um Spice und andere Räuchermischungen. In: Suchttherapie, 4: 11f.
- Wersé, B./ Sarvari, L./ Egger, D./ Feilberg, N. (2017a): MoSyD Szenestudie 2016 – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Forschungsbericht, gefördert durch das Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.

Werse, B./ Egger, D./ Sarvari, L./ Kamphausen, G./ Feilberg, N.. (2017b): MoSyD Jahresbericht 2016. Drogentrends in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

Zurhold, H./ Müller, O. (Hg.) (2007): Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main. Freiburg: Lambertus

Steine auf dem Frankfurter Weg – Crack im Bahnhofsviertel in Frankfurt am Main

Gerrit Kamphausen

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird die aktuelle Debatte um Crack im Frankfurter Bahnhofsviertel unter Rückgriff auf empirische Daten kritisch beleuchtet. Dazu werden die vom Centre for Drug Research regelmäßig durchgeführte quantitative Szenebefragung und die aktuelle qualitative Studie „Crack in Frankfurt am Main“ verwendet und mit kultur- und kriminalsoziologischer Theoriebildung kombiniert. Abschließend werden Möglichkeiten zu einem verbesserten Umgang mit der Problemlage erörtert.

Einleitung

Der öffentlich sichtbare Konsum von Crack im Frankfurter Bahnhofsviertel erregt die Gemüter. Passanten und Geschäftsleute fühlen sich gestört und bedroht, Journalisten wittern den Skandal und schließlich geraten Strafverfolger und Politiker in hektische Betriebsamkeit. Neben Schlagzeilen, Reportagen und Podiumsdiskussionen treten seit einiger Zeit z.B. vermehrte individuelle Polizeikontrollen, größere Razzien bzw. ortsbezogene Kontrollen und ein toxikologisches Gutachten über die Gefährlichkeit von Crack im Vergleich zu Kokainpulver. Letzteres wurde mit dem Ziel erstellt, höhere Strafen für eine geringere Anzahl von Konsumeinheiten zu rechtfertigen (FAZ 2017). Allen diesen Maßnahmen liegt eine pharmako-zentristische und stark askriptive Sichtweise der Selbst- und Fremdgefährdung zugrunde: das Rauschgift Crack mache die Konsument_innen süchtig und beeinträchtige die öffentliche Ordnung und Sicherheit im Bahnhofsviertel. Gesellschaftliche Aspekte problematischer Ausprägungen der offenen Drogenszene werden mit dieser einseitigen Sichtweise verdeckt, z.B. dass die Teilnahme an der offenen Szene und damit auch der Konsum von Crack das Ergebnis einer „sozialen Selektion“ ist (Kraus et al. 2004; Morgan/Zimmer 1997) und nicht den Eigenschaften der Substanz geschuldet ist. In der Folge werden nicht intendierte Wirkungen der Drogenpolitik, sowohl auf dem Gebiet der Strafverfolgung als auch in der therapeutischen Behandlung, übersehen oder dogmatisch umgedeutet. In diesem Beitrag werden die falschen bzw. fehlenden Grundlagen der (kommunalen) Drogenpolitik beschrieben und interpretiert, um so zu einem alternativen Verständnis des öffentlichen Konsums von Crack zu kommen, welches wiederum die Möglichkeit bietet, neue und potenziell effektive Lösungsansätze zu finden. Dazu wird auf Daten aus dem seit 2002 durchgeführten Monitoring-System Drogentrends (MoSyD) zurückgegriffen, und zwar insbesondere die regelmäßig alle zwei Jahre (zuletzt 2016)

durchgeführte MoSyD Szenebefragung (Werse et al. 2017) sowie die erst jüngst als Ergänzung zur quantitativen Szenebefragung durchgeführte qualitative Studie mit dem Titel „Crack in Frankfurt“ (Werse et al. 2018). Beide Studien wurden vom Centre for Drug Research durchgeführt und vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt gefördert.

Altes Crack in neuen Pfeifen

Alter Wein in neuen Schläuchen, so sagt man, wenn Altbekanntes erzählt wird als sei es neu. Für die aktuelle Debatte über öffentlichen Konsum von Crack im Frankfurter Bahnhofsviertel gilt dann wohl: Altes Crack in neuen Pfeifen, denn der Konsum von Crack ist dort inzwischen seit mehr als 15 Jahren hoch prävalent. Schon im Jahr 2002 hatte die rauchbare Form von Kokain das gewöhnliche, pulverförmige Kokainhydrochlorid nahezu komplett verdrängt und auch das Heroin als meistkonsumierte Droge abgelöst, wie in der ersten MoSyD-Szenebefragung und auch in qualitativen Erhebungen deutlich wurde (Kemmesies 2002; Langer et al. 2004). Die Daten der folgenden Szenebefragungen bestätigen die Dauerhaftigkeit der hohen Prävalenz des Konsums von Crack im Frankfurter Bahnhofsviertel (aktuell: Werse et al. 2017). Veränderungen im Szenealltag fanden hauptsächlich in Form von einem gestiegenen Durchschnittsalter der Konsumierenden, der Etablierung der Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit, dem Ausbau der niedrigschwelligen und akzeptierenden Drogenhilfe und allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen (z.B. gesetzliche Regelungen der Prostitution) statt.

Die drogenpolitischen Maßnahmen des sogenannten „Frankfurter Wegs“ konnten an der langfristigen Etablierung des Konsums von Crack nichts ändern, da sich diese fast ausschließlich auf den Konsum von Heroin beziehen. Lediglich die Einrichtung von Einzelplätzen mit Rauchabzug in den Konsumräumen zielt direkt auf den Konsum von Crack. Und auch diese singuläre Maßnahme ist nur bedingt tauglich. Zwar gibt sie dem einzelnen Raucher / der einzelnen Raucherin einen sicheren Platz für den Konsum und schafft die Grundlage für einen Kontakt zum Personal der Hilfseinrichtungen, gleichzeitig aber wird sie schlicht und einfach dadurch obsolet, dass der Rauchvorgang selbst so kurz ist, dass es für die meisten Konsumierenden gar nicht lohnt, für einen einzelnen Zug aus der Pfeife den Weg zum nächsten Konsumraum zu gehen. Medizinisch begründete Maßnahmen oder Therapien vor Ort speziell für Crackkonsumierende gibt es keine, so dass die Mitarbeiter_innen der Konsumräume und des Streetworking allein auf sozialpädagogischer Grundlage mit den spezifischen lebensweltlichen Ausprägungen des Konsums von Crack umgehen müssen. Manche der bisher getroffenen polizeilichen Maßnahmen erschweren die Arbeit der Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe zusätzlich, z.B. wenn Polizeikontrollen vor den Konsumräumen stattfinden, obwohl die kontrollierten Personen klar erkennbar auf dem Weg in eine (häufig staatlich geförderte) Einrichtung der Drogenhilfe sind¹. Zu-

¹ Unter anderem aus diesem Grund haben die Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe einen offenen Brief unter der Überschrift „Ihr macht Politik auf dem Rücken unserer Klient_innen“ verfasst, der sich gegen die zunehmende öffentliche und polizeiliche Marginalisierung und Stigmatisierung der Konsumierenden wendet und die negativen Folgen für die Drogenhilfe hervorhebt (<https://initiativebahnhofsviertel.wordpress.com/>).

dem unterliegen Ausländer und Spätaussiedler einem deutlich höheren Kontrolldruck (Kamphausen et al. 2015).

Die Lage im Frankfurter Bahnhofsviertel ist also so alt wie festgefahren, und es drängt sich der Gedanke auf, dass die aktuelle Debatte weniger auf einer geänderten Situation beruht, sondern eher auf einer geänderten Situationswahrnehmung. Oder vielleicht, dass sich die Situation zwar geändert hat, allerdings nicht so sehr die Merkmale der Szene selbst, sondern eher des Drumherum, z.B. durch fortschreitende Gentrifizierung (vgl. Künkel et al. 2015; Wimber/Werse in diesem Band).

MoSyD-Szenebefragung

Der Konsum von Crack in Frankfurt ist vergleichsweise gut sozialwissenschaftlich untersucht. Seit 2002 findet regelmäßig alle zwei Jahre eine Szenebefragung mit je 150 Teilnehmenden (100 Männer und 50 Frauen) statt. Neben den allgemeinen soziodemographischen Angaben werden Daten zu vier Themenbereichen erhoben: praktizierte Drogengebrauchsmuster, Alltagserfahrungen und Problembewältigung, Gesundheitszustand und Wahrnehmung von Angeboten der Drogenhilfe. Insgesamt entsteht so bei jedem Turnus ein Bild des aktuellen Lebens in der Szene, welches gleichzeitig eine hohe Vergleichbarkeit mit den vorherigen Befragungen bietet, so dass auch längerfristige Entwicklungen untersucht werden können. Soweit nicht anders benannt, sind die folgenden Daten der jüngsten Erhebung der Szenestudie entnommen (Werse et al. 2017).

Die Daten zeigen ein über die Jahre deutlich gestiegenes Durchschnittsalter, von 34,7 (2002) auf aktuell 41 Jahre (2016). Bezieht man einige ältere Studien mit ein, wird die Änderung der Altersstruktur noch deutlicher: Anfang der 1990er Jahre lag das Durchschnittsalter noch unter 30 Jahren (Vogt 1992, Ostheimer et al. 1993; Barth et al. 1997). Die meisten Befragten kommen aus Frankfurt und Umgebung (68%), circa ein Fünftel hat jedoch keinen Wohnsitz angemeldet. Genau ein Viertel der Interviewten gibt an, obdachlos zu sein, weitere 13% übernachten in einer Not-schlafunterkunft und 5% sind in einer betreuten Wohnsituation. Die meisten haben jedoch eine eigene Wohnung, entweder allein oder mit Partner_in bzw. ein Zimmer in einer WG (zusammen 46%). Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52%) gibt an, ausschließlich von legalem Einkommen zu leben.

Die Dauer der bisherigen Zugehörigkeit zur Szene liegt im Schnitt bei elf Jahren (Median). Die Dauer der einzelnen Aufenthalte liegt bei sieben bis elf Stunden, durchschnittlich an sechs Tagen die Woche. Die meistgenannten Gründe für den Aufenthalt sind „Drogen kaufen“, „Leute treffen“ und schlicht und einfach „Langeweile“. Die vor Ort erworbenen Drogen werden meist auch im Bahnhofsviertel konsumiert, wobei für den intravenösen Konsum zumeist ein Konsumraum aufgesucht wird (69%), für das Crack-Rauchen jedoch nicht. Letzteres wird mehrheitlich auf der Straße konsumiert (72%). Sowohl Crack als auch Heroin sind für die Befragten nach eigenen Angaben leicht bzw. sehr leicht zu erwerben. Die Qualität der Ware wird bei Heroin deutlich überwiegend als schlecht bzw. sehr schlecht beschrieben (67%), bei Crack ebenfalls, aber nicht so deutlich (47%)².

² Aktuelle Testergebnisse von Rückständen im Verpackungsmaterial bestätigen diese Sichtweise bei Heroin, welches einen durchschnittlichen Reinheitsgehalt von lediglich 9% aufweist und stark mit Para-

Auf die Lebenszeit gesehen haben Nikotin, Alkohol und Heroin die höchsten Prävalenzen, direkt gefolgt von Crack. In den vorherigen Erhebungen lag Crack aber auch schon vor bzw. gleichauf mit Heroin. Allerdings ist das Alter bei Erstkonsum von Crack deutlich höher als bei den anderen Drogen (schwankend zwischen 26 und 29 Jahren), so dass zuvor in den meisten Fällen bereits Heroin (oder Kokain) intravenös konsumiert wurde. Bei der 12-Monats-Prävalenz liegt der Konsum von Crack als einziger über 90%. Sowohl bei der 30-Tages- (zuletzt 90%) als auch der 24-Stunden-Prävalenz (84%) ist dieser Vorsprung jüngst leicht angestiegen. Crack ist also mit kleinem, aber klarem Abstand die am meisten konsumierte Droge im Bahnhofsviertel von Frankfurt; dies nahezu kontinuierlich seit 2002. Lediglich Mitte bis Ende der 2000er Jahre – vor allem im Zusammenhang mit einer wesentlich besseren Angebotslage bei Heroin – ging der Crackkonsum etwas zurück, sodass die Prävalenzraten für Heroin 2008 und 2010 leicht über denen von Crack lagen. Allerdings fiel die Crack-30-Tages-Prävalenz seit 2002 nie unter 83%, die 24-Stunden-Prävalenz nie unter 59%. Darüber hinaus werden in der Szene noch diverse weitere Substanzen konsumiert, u.a. Benzodiazepine und Pregabalin (Lyrica®).

Qualitative Studie „Crack in Frankfurt“

Um der aktuellen Debatte gerecht zu werden, wurde im Sommer 2017 ein qualitatives Zusatzmodul zur Szenebefragung durchgeführt (Werse et al. 2018). Dazu wurden 30 Personen (12 Frauen und 18 Männer) unter Rückgriff auf einen Leitfaden interviewt. Gegenüber den aggregierten statistischen Daten der Szenebefragung konnten hier stärker subjektiv erlebte Aspekte des Konsums von Crack abgefragt werden.

Fast alle Befragten sind Teilnehmende der offenen Szene rund um den Bahnhof; sowohl die biographischen Angaben als auch die Konsumerfahrungen entsprechen daher den allgemeinen Kennzahlen der Szenestudie. Das Durchschnittsalter beträgt 41 Jahre. Der Erstkonsum von Crack lag zwischen dem 16. und dem 38. Lebensjahr. 90% haben in den letzten 24 Stunden vor der Befragung Crack konsumiert. Rauchen ist die häufigste Konsumform, intravenöser Konsum ist jedoch auch prävalent.

Auffällig ist, dass die Konsumierenden kaum positive Eigenschaften oder Funktionen des Konsums von Crack beschreiben können, also letztlich auch häufig keine klaren Konsummotive genannt werden können. Es wird konsumiert, weil es da ist. Teilweise wird die Droge mit dem Angebot von und der Nachfrage nach Sexarbeit assoziiert, teilweise auch ganz allgemein mit Leistungssteigerung im Alltag. Ansonsten bleibt eigentlich nur die oft genannte Einschätzung, dass die Szene selbst bzw. das Bahnhofsviertel an sich den Konsum regelrecht provozieren („triggern“). Das geht so weit, dass selbst nach längeren Konsumpausen oder auch nur bei der Durchfahrt mit der U-Bahn der Konsumwunsch geweckt wird. Das Crack selbst wird als eher schlecht bewertet, so dass es eine Vielzahl Namen für (vermeintlich) minderwertige Ware gibt, z.B. „Überraschungssteine“ und „Chemo-Steine“. Dabei wird eine Anzahl potenzieller Streckmittel vermutet, die jedoch beim aktuell laufenden Substanzmonitoring in den Konsumräumen nicht bestätigt werden konnten (siehe Anmerkung 2).

cetamol und Koffein gestreckt ist. Crack weist deutlich höhere Wirkstoffgehalte auf, ist aber in etwa einem Drittel der Proben mit dem Wurmmittel Levamisol belastet (Peter et al. 2018).

Schlechte Steine sind also eher schlecht hergestellt als ungewöhnlich gestreckt, was die meisten Konsumierenden aber selbst nicht so vermuten.

Bei den Selbstbeschreibungen der Konsummuster dominieren zwei Arten: ein eher regelmäßiger täglicher, zeitlich begrenzter Gebrauch und der phasenweise Intensivkonsum („Binging“). Dieses Gebrauchsmuster ist geprägt von Binges, die mehrere Tage dauern können. Darauf folgen unterschiedlich lange Konsumpausen, welche von einigen Tagen bis mehreren Wochen dauern. Die Hälfte der Befragten ist aktuell in Substitutionsbehandlung; da sie sich jedoch weiterhin regelmäßig auf der Szene aufhalten und dem Methadon der „Kick“ fehle, rauchen sie zusätzlich Crack.

Die Nutzung der Hilfsangebote entspricht den aus der Szenestudie bekannten Daten: Intravenöser Konsum findet meist im Konsumraum statt, geraucht wird allerdings hauptsächlich auf der Straße. Die Bewertung der Polizeikontrollen ist zweigeteilt: die Kontrollen der eigenen Person werden als ungerecht und unnötig empfunden; wenn jedoch Dealer kontrolliert werden, wird dies von deren Kund_innen zuweilen durchaus begrüßt. Die Möglichkeit einer medizinischen Substitution wird als unrealistisch angesehen; am ehesten könne Cannabis das gerauchte Crack ersetzen.

Steine auf dem Frankfurter Weg

Mit diesen quantitativen und qualitativen Daten allein lässt sich jedoch wenig zur Verbesserung der Situation beitragen. Die Empirie bedarf der Theorie, ebenso wie die Theorie der Empirie bedarf. Diese Verbindung herzustellen ist jedoch ein schwieriges Unterfangen, nicht, weil die Theorie so ungewöhnlich wäre, sondern weil in der Drogenpolitik die Dogmatik regiert, sowohl bei der Strafverfolgung als auch den medizinischen Ansätzen. Zudem reagiert die Politik oft bewusst kurzsichtig, um keine Wähler zu verlieren. Soziologische und kriminologische Deutungen, die über die gängigen Sinnbilder (z.B. Crack als Horrordroge) und Vorurteile (z.B. über die unvermeidbare Sucht nach dem Erstkonsum) hinausgehen, sind politisch schwer vermittelbar, strafrechtsdogmatisch unerwünscht und teils auch suchttherapeutisch marginalisiert. Zudem verweisen solche Ansätze auf gesamtgesellschaftliche Aspekte der Szenebildung und der Entstehung von Sucht und Kriminalität, deren Einbeziehung in potenzielle Lösungsansätze Änderungen bei der gesellschaftlichen Bewertung von Drogen und Drogenkonsum insgesamt erfordern würden, respektive bei den Akteuren der sozialen Kontrolle und der Gesetzgebung.

Besonders auffällig ist, dass eine Vielzahl der Crack-Raucher_innen mit Substitutionsmitteln behandelt wird. Hier zeigen sich die Grenzen der bürokratischen Sichtweise der Suchtbehandlung: eine Substitution ist keine rein medizinische Angelegenheit, sondern der Versuch einer „Begradigung der Lebensführung“ (Kamphausen 2009: 203). Das ist nicht selten erfolgreich oder zumindest teilweise erfolgreich, dieser Erfolg bleibt jedoch auf den Konsum von Straßenheroin und damit einhergehenden Folgen beschränkt, was gemeinhin als „Verbesserung der Lebenssituation“ bezeichnet wird. Die Unterschiede zwischen *Lebenssituation* und *Lebensführung* sind hier immanent, nicht nur, weil letzteres eine stärkere Dynamik impliziert, sondern besonders, weil die Situationsdefinition – hier verstanden als kriminologische Anwendung des Thomas-Theorems (Thomas/Thomas 1928) – zu einem großen Maße fremdbestimmt ist und damit die Dynamik der Lebensführung in bestimmte Bahnen

lenkt. Bezogen auf den öffentlichen Konsum von Crack im Frankfurter Bahnhofsviertel bedeutet dies: Bleibt jemand trotz Substitutionsbehandlung der spezifischen Lebensführung eines/einer Teilnehmenden der offenen Szene verbunden, dann bleiben auch die damit verbundenen individuellen und gesellschaftlichen Probleme bestehen. Die Methadonvergabe mindert zwar den Konsum von Heroin und verbessert die Lebenssituation der meisten Behandelten, führt aber beim Verbleib in der Szene mit hoher Wahrscheinlichkeit zum öffentlichen Konsum von Crack sowie anderen Drogen, welcher wiederum einen Teil der vorherigen Verbesserung egalisiert, also sowohl die Lebenssituation der Konsumierenden wieder verschlechtert als auch das Problem des öffentlichen Konsums wieder vergrößert.

Insgesamt zeigt sich ein ambivalentes Bild, das mit den pharmakologischen Eigenschaften von Crack allein nicht erklärt werden kann, sondern deutlich auf die bereits erwähnte soziale Selektion verweist. Ebenso wird erkennbar, wie das Thomas-Theorem in diesem konkreten Fall sozialpsychologisch wirksam wird: soziale Askription (Fremddefinition in Form von Zuschreibungen gegenüber Crack und dessen Konsumierenden) wird in psychische Attribution (negative Selbstdefinition der Konsumierenden bezüglich des eigenen Konsums; vgl. dazu Alexander 2008: 173ff.) umgewandelt. Das betrifft u.a. die nachweislich falschen Einschätzungen zu Streckmitteln, die sozial begründete, als kollektive Autosuggestion zu begreifende Trigger-Wirkung der Örtlichkeiten selbst, den phasenweisen Intensivkonsum (Binging) und die Anwendung von medizinischen Suchtbegriffen („Suchtdruck“, „Suchtgedächtnis“) auf sich selbst.

An den erhobenen Daten ist deutlich zu sehen, dass a) die Teilnahme an der Szene auf einer eigenen Art der Lebensführung beruht und eben nicht von einzelnen Drogen bestimmt wird, b) die Grundlagen dieser Lebensführung massiv von außen geprägt sind und c) die bisherigen Maßnahmen zur Verbesserung der individuellen Lebenssituation trotz aller messbaren Erfolge unzureichend und unvollständig sind. Mögliche Lösungsansätze des Problems müssten also folgende Kriterien mit einbeziehen:

- Gesamtgesellschaftliche Dynamiken, z.B. die ungleiche Verteilung von ökonomischen und sozialen Teilhabechancen, die eine Grundlage der sozialen Selektivität sind, aus der sich die Teilnahme an der Szene bedingt;
- Innerstädtische Dynamiken, z.B. die fortschreitende Gentrifizierung, die dazu führt, dass neue Interessen(-gruppen) eine altbekannte Situation neu problematisieren;
- Soziale Dynamiken der Szene selbst, z.B. das gestiegene Durchschnittsalter, der phasenweise Intensivkonsum (Binging), aber eben auch die Effekte des äußeren Drucks auf die Szene (Askription und Attribution);
- Die kontraproduktive Wirkung des Drogenverbots bzw. der Strafverfolgung, insbesondere der gebietsbezogenen – d.h. individuell anlassunabhängigen – Polizeikontrollen, aber auch der personenbezogenen Kontrollen im Umfeld der Konsumräume und der selektiven Kontrollintensität zum Nachteil von Migranten und Spätaussiedlern. Diese dogmatisch qualifizierten, aber empirisch unsinnigen Maßnahmen führen zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation;
- Die eingeschränkte Sichtweise auf die Wirkung der Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit und anderer Maßnahmen der Drogenhilfe. Obwohl diese oft explizit auf die soziologischen Aspekte der Lebensführung abzielen, sind sie zu stark auf Heroin fokussiert und implizieren nicht selten das Abstinenzgebot.

Diese Schwierigkeiten erscheinen wie ein gordischer Knoten, der mit den Mitteln der kommunalen Drogenpolitik nicht zu lösen ist. Doch ein Hauptaspekt des Frankfurter Wegs war ja immer, die Grenzen dessen, was therapeutisch und sozialpädagogisch möglich ist, vor Ort auszuweiten, um die Lebenssituation der Konsumierenden zu verbessern. Soll dies erfolgreich bleiben und nicht versanden, dann ist es an der Zeit, konkret auf den Konsum von Crack bezogene Hilfsangebote einzurichten, die sich an der Lebensführung der Konsumierenden orientieren. Das betrifft die Anzahl und Organisation der Raucherplätze in den Konsumräumen (z.B. Sitzgruppen statt Einzelplätze, längere Öffnungszeiten), die Einführung von Drug-Checking-Programmen, Durchführung von Pilotprojekten zum legalen Erwerb von Cannabis oder Einbindung der Vergabe von medizinischem Cannabis in die Behandlung schwerer Abhängigkeitserkrankungen und / oder Entzugserscheinungen, neue und verbindliche Absprachen und Kooperationen mit den lokalen Strafverfolgungsbehörden zur Reduzierung unsinniger und ungerechter Kontrollen sowie eine Verdeutlichung der gesetzlichen und bürokratischen Hindernisse kommunaler Drogenpolitik auf Landes- und Bundesebene. Grundlage für dies alles müsste ein verbessertes Verständnis der Unterschiede von *Lebenssituation* und *Lebensführung* im kultur- und kriminalsoziologischen Sinne sein. Diese Unterschiede bestehen hauptsächlich darin, dass eine von außen vorgegebene Situationsdefinition jenes, was eigentlich abgelehnt wird und verhindert werden soll, selbst erzeugt bzw. verstärkt, während eine politische und gesellschaftliche Akzeptanz der Lebensführung, deren zweck- und wertbezogene Grundlagen eigentlich abgelehnt werden, zu ihrer Wendung ins Positive beitragen kann.

Literatur

- Alexander, B. K. (2008): *The Globalization of Addiction – A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford University Press: Oxford.
- Barth V./Meyer I./Ostheimer I./Steinmetz J. (1997): Druckraumstudie. Informationen aus Befragungsdaten. Unveröff. Manuskript. Integrative Drogenhilfe e.V., Frankfurt am Main.
- FAZ (2017): Die Dealer sollen sich nicht sicher fühlen. Frankfurter Allgemeine vom 27.04.2017 (Autorin: Katharina Iskandar), online verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/rhein-main/frankfurt/kampf-gegen-drogenhandel-die-dealer-sollen-sich-nicht-sicher-fuehlen-14989558.html>; letzter Zugriff: 04.05.2018.
- Hart, C. L./Csete, J./Habibi, D. (2014): *Methamphetamine: Fact. vs. Fiction and Lessons from the Crack Hysteria*. Open Society Foundation, online verfügbar unter: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/methamphetamine-dangers-exaggerated-20140218.pdf>, letzter Zugriff 04.05.2018.
- Kamphausen, G. (2009): *Unwerter Genuss – Zur Dekulturation der Lebensführung von Opiunkonsumenten*. Bielefeld: Transcript.
- Kamphausen, G./Werse, B./Egger, D. (2015): Ordnungspolitik und Haft in der Frankfurter „offenen“ Drogenszene. In: *SuchtMagazin* 5/2015, 37-40.
- Kemmesies, U. E. (2002): *Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main*. Frankfurt: Centre for Drug Research.
- Kraus, L./Semmler, C./Kunz-Ebrecht, S./Orth, B./Hüffer, I./Hose, A./Welsch, K./Sonntag, D./Augustin, R. (2004): *Kokainkonsum und kokainbezogene Störungen: Epidemiologie, Therapie und Prävention*. München: Institut für Therapieforschung.

- Küinkel, J./Schindlauer, S./Straub, J. (2015): Recht auf Straße für alle Benutzer_innen – zur Debatte über Drogen in Frankfurt am Main. In akzept e.V., Deutsche Aids-Hilfe/JES Bundesverband (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Lengerich: Pabst.
- Langer, A./Behr, R./Hess, H. (2004): »Was dir der Stein gibt, kann dir keine Nase geben«. Crack auf der Frankfurter Drogenszene. *Forschung Frankfurt* 1/2004: 28-32.
- Morgan, J.P./Zimmer, L. (1997): The social pharmacology of smokeable cocaine – Not all it's cracked up to be. In: Reinerman, C./Levine, H. G. (Hrsg.): *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. Berkeley: University of California Press.
- Ostheimer, I./Meyer, I./Bart, V. (1993): Abschlussbericht der Szenebefragung „Die offene Drogenszene in Frankfurt/Main nach der Räumung der Taunusanlage“. Frankfurt: Integrative Drogenhilfe e.V.
- Peter, R./Kempf, J./Auwärter, V. (2018): Substanzmonitoring in Konsumräumen – Analyseergebnisse der Untersuchungen des Jahres 2017. Poster, Freiburg: Universitätsklinikum, Institut für Rechtsmedizin, präsentiert auf einer Pressekonferenz der Stadt Frankfurt am 18.03.2018.
- Thomas, W.I./Thomas, D. (1928): *The child in America – Behaviour problems and Programs*. New York: Knopf.
- Vogt, I. (1992): Abschlussbericht der Studie 'Offene Drogenszene in Frankfurt am Main'. Unveröff. Manuskript Frankfurt am Main.
- Werse, B./Sarvari, L./Egger, D./Feilberg, N. (2017): MoSyD Szenestudie 2016 – Die offene Drogenszene in Frankfurt am Main. Frankfurt: Goethe-Universität, Centre for Drug Research.
- Werse, B./Sarvari, L./Martens, J./Feilberg, N./Kamphausen, G. (2018): *Crack in Frankfurt. Eine qualitative Untersuchung zum Alltag von Crack-Konsumentinnen und -Konsumenten*. Abschlussbericht. Frankfurt: Centre for Drug Research.
- Zurhold, H./Müller, O. (Hrsg.) (2007): *Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung – Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main*.

Das Bundteilhabegesetz (BTHG) aus Sicht der Praxis: Veränderungen – Anforderungen – Risiken

Anabela Dias de Oliveira

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) aus Sicht der akzeptierenden Drogenhilfe. Unter anderem wird kritisiert, dass die Gruppe drogenabhängiger Menschen mit ihren spezifischen Problemlagen bisher keine Berücksichtigung im BTHG gefunden hat. Daher muss die Drogenhilfe die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen nutzen, um Konzepte zu entwickeln, die geeignet sind die Teilhabe-Barrieren für drogenabhängige Menschen abzubauen.

Die Lebenssituation von chronisch drogenabhängigen Menschen in Deutschland ist immer noch massiv durch Kriminalisierung geprägt. Ungeachtet dessen ist es den Drogenhilfe-Praktiker_innen in Zusammenarbeit mit engagierten Ärzt_innen, Wissenschaftler_innen, Jurist_innen, Polizist_innen und der Selbsthilfe gelungen, niedrigschwellige Angebote und Überlebenshilfen in der Drogenhilfe durchzusetzen.

Auch die Erkenntnis, dass der „Krieg gegen Drogen“ gescheitert ist und zu einem „Krieg gegen Drogenkosument_innen“ wurde, ist fachlich anerkannter Wissensstand, leider bisher ohne entsprechende konsequente Änderung.

Das mittlerweile dichte Netz akzeptanzorientierter Hilfen ist ein großer Erfolg der Überlebenssicherung, auf den alle Akteur_innen stolz blicken können. Menschen mit jahrzehntelanger chronifizierter Drogenabhängigkeit werden heute auch 60 Jahre und älter. Leider ist ihr Leben meist nach wie vor von gesellschaftlicher Exklusion gekennzeichnet und sie haben (auch kriminalisierungsbedingt) einen desolaten Gesundheitszustand, sowie eine zielgruppenspezifische Problematik, wie eine gravierende Voralterung (Vogt 2011: 9ff.) davongetragen. Dies sind hohe, schwer überwindbare Teilhabe-Hürden, die oft selbst die Nutzung von Hilfeangeboten verunmöglichen.

Dem Hilfebedarf (alternder) chronisch drogenabhängiger Menschen mit Mehrfachschädigung kann derzeit mit den Hilfe-Angeboten der *Regel*versorgung (noch) nicht begegnet werden.

Auch wenn die Hilfebedarfe in dieser Zielgruppe viele Übereinstimmungen mit denen von Menschen in klassischen Senioren-Einrichtungen aufweisen, haben alternde chronisch mehrfachschwerstgeschädigte drogenabhängige Menschen zusätzliche spezifische Versorgungsbedarfe. Sie haben einen großen Teil ihres Lebens in einer prägenden Parallelwelt mit sehr anderen Erfahrungen und Anforderungen zugebracht:

Obdachlosigkeit, Armut, Inhaftierung, das subkulturelle Leben etc., einem völlig anderen Alltag und last but not least auch ihr biologisches Alter bedingen, dass ihr Verhalten, Handeln, Fühlen und Denken eine Integration in klassische Altenhilfe-/Pfleger-Einrichtungen kaum zulassen. Dies können die wenigen spezifischen Hilfe-Angebote für diese Zielgruppe (wie z.B. die Dauerwohneinrichtung des Projektes LÜSA in Unna) bestätigen. Die adäquate Versorgung von schwersterkrankten Bewohner_innen in Pflegeeinrichtungen ist aufgrund o.g. Problemkomplexität außerordentlich schwierig und langwierig.

Die beschriebene Kriminalisierungs- und Stigmatisierungsproblematik begründet zumindest mittelfristig (noch) die Notwendigkeit des Ausbaus zielgruppenspezifischer Betreuungs- und Behandlungsangebote. Die Hilfen müssen sowohl den medizinisch-pflegerischen Hilfebedarf, wie das menschliche Grundbedürfnis nach Teilhabe an einer „sozialen Gemeinschaft“ einschließen.

Auf diesem Hintergrund ist die in der Novellierung des SGB IX gewählte Orientierung an der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) zu begrüßen.

Behinderung und Teilhabe

Der neue Behinderungsbegriff in dem neugefassten § 2 SGB IX berücksichtigt erstmalig die Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt: „Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“ (BAR 2017: 8)

Gemäß der BRK ist zukünftig der individuelle Hilfebedarf zu fokussieren und Hilfen zur Teilhabe haben sich nur daran zu orientieren, sie dürfen nicht starr stecken bleiben in der „SGB-versäulten“ Finanzierung.

Ob dieses Strukturproblem verbessert wird durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG), das in mehreren Etappen zum 01.01.2020 vollständig in Kraft tritt und die bisherige Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem SGB XII herauslöst und als „besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen“ in das SGB IX (Teil 2) überführt (und es damit zu einem Leistungsgesetz macht), ist derzeit noch nicht zu beurteilen. Ob die Bestimmungen des BTHG eine Verbesserung der Teilhabe-Möglichkeiten für drogenabhängige Menschen (als Teilgruppe der Menschen mit Behinderung) bieten werden, ist ebenso ungeklärt.

Zwar stärkt § 8 SGB IX sowohl die Selbstbestimmung der „Leistungsberechtigten“, wie ihre berechtigten Wünsche und sichert ihnen das Wahlrecht über Wohnform und Wohnort zu, allerdings schränkt § 104 SGB IX diese wieder ein mit der Festlegung, der Leistung sei zu entsprechen, „soweit sie angemessen“ ist.

Weitere relevante Fragen sind derzeit noch ungeklärt:

- Die Landes-Ausführungsgesetze müssen noch erarbeitet werden,

- Verantwortung und Zuständigkeit für die Gesamtplanung (Gesamtplanverfahren) müssen festgelegt werden,
- Schnittstellen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung müssen definiert und ein Umgang damit erarbeitet werden.

Drogenabhängigkeit als Teilhabe-Barriere

Bisher hat die Gruppe drogenabhängiger Menschen mit ihren spezifischen Problemlagen keine Berücksichtigung im BTHG gefunden. Es kann kaum davon ausgegangen werden, dass das BTHG alle Menschen mit Teilhabe-Beeinträchtigungen meint und deshalb darauf verzichtet, Teilgruppen zu benennen. Vielmehr muss befürchtet werden, dass die Gesetzesnovellierung Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht fokussiert. Folglich fanden die Hilfebedarfe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen insgesamt keine Berücksichtigung (und in besonderer Weise gilt dies bei Abhängigkeit von illegalisierten Substanzen).

Das BTHG stärkt mit der Bestimmung der maßgeblichen Interessenvertretungen nach § 131 Abs. 2 SGB IX prinzipiell die Beteiligung von Selbsthilfe. Menschen mit Behinderungen sind sehr unterschiedlich durch Selbsthilfe vertreten, ihre Präsenz und Durchsetzungsfähigkeit ebenfalls und damit auch die gesellschaftliche Wahrnehmung der verschiedenen Behinderungen. Sucht-Selbsthilfe ist im gesellschaftlichen Vergleich schwach repräsentiert: Dies trifft aufgrund der Kriminalisierung insbesondere auf Teilgruppe drogenabhängiger Menschen zu. Auf diesem Hintergrund hat diese Gruppe teilhabebeeinträchtigter Menschen kaum Einfluss auf die Gesetzgebung gehabt.

Sie waren nicht vertreten in der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung und Weiterentwicklung gem. § 94 Absatz 4:

„Zur Förderung und Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe bildet jedes Land eine Arbeitsgemeinschaft. Die Arbeitsgemeinschaften bestehen aus Vertretern des für die Eingliederungshilfe zuständigen Ministeriums, der Träger der Eingliederungshilfe, der Leistungserbringer sowie aus Vertretern der Verbände für Menschen mit Behinderungen...Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zusammensetzung und das Verfahren zu bestimmen.“ (BTHG: Bundesgesetzblatt 12/2016)

Darüber hinaus waren Sie nicht beteiligt an der Entwicklung der im § 32 SGB IX ab 2018 vorgesehenen Beratungsstellen, die „ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“ bieten sollen – diese sind im Suchtbereich nicht in Sicht! (DPWV 2016)

Die bereits umgesetzte erste Stufe des BTHG ist für diese Gruppe sicher nicht sehr relevant:

- In 2016 haben bereits umfassende Veränderungen für den Bereich „Werkstatt für behinderte Menschen“, sowie für das Schwerbehindertenrecht stattgefunden,
- In 2017 sind die Neuregelungen für das anrechenbare Einkommen/Vermögen im SGB XII in Kraft getreten,
- Am 01.01.2018 ist jedoch die zweite Stufe des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in Kraft getreten, und damit umfassende Änderungen im Behinderten- und Teilhabe-

recht, welche die Eingliederungshilfe-Träger mit Veränderungen des Vertragsrechtes und der Budget-Verordnung konfrontiert,

- Darüber hinaus sorgt der noch offene Ausgang der Verhandlungen über die Zuständigkeit für die Gesamtplanung /Teilhabeplan (gem. SGB IX § 19) bei den Trägern von Eingliederungshilfe-Angeboten für Unsicherheit.
- Zuvor müssen auf der Landesebene die Landesrahmenverträge vereinbart werden. Neu ist die sog. „Wirksamkeit der Leistungen“ in Verträge aufzunehmen, sie soll in den Landesrahmenverträgen konkretisiert werden soll. Die Kriterien für die sog. „Wirksamkeit der Leistungen“ sind bislang wissenschaftlich nicht belegt und bieten entsprechend Freiräume zur Interpretation. Allerdings sind hier gleichzeitig Risiken zu beachten, denn im Falle der Nichtaufnahme der sog. Wirksamkeit der Leistungen in Vereinbarungen mit Leistungserbringern droht die Rückforderung der Vergütung (§ 129 SGB IX-BTHG) durch den Träger der Eingliederungshilfe.

Inklusion auch für drogenabhängige Menschen

Die Drogenhilfe muss die Zeit bis 2020 nutzen, um ihren Klient_innen bei den verschiedenen Etappen der Gesetzesreform in der Eingliederungshilfe eine Lobby zu sein, um adäquate BTHG-gemäße Teilhabe-Ansätze zu entwickeln. Andernfalls werden bei dem für die Zielgruppe drogenabhängiger Menschen wesentlichsten BTHG-Umsetzungsschritt die spezifischen Teilhabebarrieren nicht berücksichtigt.

Im Zeitraum 01.01.2018 – 31.12.2019 werden einige Teile der ab 01.01.2020 geltenden SGB IX, Teil 2 (Eingliederungshilfe) vorgezogen. Das betrifft insbesondere o.g. Gesamtplanverfahren, in welchem zur Feststellung der Teilhabe-Barrieren das „bio-psycho-soziale“ Modell des „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit – Behinderung und Gesundheit“ (ICF) anzuwenden ist (Der Querschnitt 2017).

Eine wesentliche Basis ist der Abschluss einer Leistungsvereinbarung. Die Inhalte sind in § 125 SGB IX-BTHG verbindlich geregelt. In den neuen jeweiligen Verträgen zwischen dem Leistungsanbieter, dem örtlichem und dem überörtlichem Sozialhilfeträger ist eine detaillierte Beschreibung einzuarbeiten über:

- Personenkreis (und Teilhabe-Barrieren),
- angebotene und ausgeschlossene Fachleistung (incl. der Sach-und Personalkosten),
- Umfang und Ziele.

Je exakter die Gesamt-Beschreibung erfolgt, desto realistischer kann die Vergütung dem tatsächlichen Bedarf entsprechen. Gleichzeitig müssen auch die Regeln des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes beachtet werden. Die Nutzer_innen (zukünftig Leistungsberechtigte) sind über die Verträge/ Vereinbarungen zu informieren.

Paradigmenwechsel – wirklich ein Ende der Exklusion?

Zum 01.01.2020 endet dann die Verortung der Eingliederungshilfe im SGB XII und der zweite Teil des Vertragsrechts (SGB IX § 90 – 150) wird vollständig umgesetzt. In diesem Kontext tritt gleichzeitig die *wesentlichste* Veränderung in Kraft, nämlich die Aufteilung der bisherigen Komplexleistung (in stationären Wohneinrichtungen) in:

- „Existenzsicherung“ (Kosten für Lebensführung, Kosten der Unterkunft etc.) zu Lasten des *örtlichen Sozialhilfeträgers* und
- Kosten der „Fachleistung Eingliederungshilfe“ zu Lasten der *überörtlichen Sozialhilfeträger/Landschaftsverbände*.

Es gibt an dieser Gesetzes-Novellierung erhebliche Kritik u.a. der Wohlfahrtsverbände: So lobt z.B. der Paritätische Gesamtverband zwar den Beteiligungsprozess der Wohlfahrtspflege, kritisiert jedoch gleichzeitig bereits 2016 in seiner Stellungnahme die Bundesregierung, dass diese zugunsten einer Kosten-Begrenzung weit hinter den selbst formulierten Zielen zurückbleibt (Der Paritätische Gesamtverband 2016)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) kritisierte 2016 in ihrer Stellungnahme aus Sicht der Suchthilfe die neu einzuführende „Erheblichkeitsschwelle“. Diese stelle eine zu hohe Hürde dar, die die Gefahr birgt, große Teile der bisher leistungsberechtigten Menschen mit einer Suchterkrankung, die in der alten Gesetzesregelung als behindert im Sinne des Gesetzes galten, auszuschließen (DHS 2016)

Hier gilt für Praktiker_innen wie für Selbsthilfe und Fachverbände den Fokus auf besondere Problemlagen zu richten:

- Menschen mit einer chronifizierten Abhängigkeit (insbesondere von illegalisierten Substanzen) weisen einen Hilfebedarf auf, der stark schwankend ist, abhängig von Rückfällen, Beigebrauchsphasen, drohender Verhaftung sowie nach Haftentlassung, gesundheitlicher Verfassung, seelischen Krisen etc.
- Dem zukünftigen Gesetz wurde nicht der gesamte ICF hinterlegt. Insbesondere die Fragestellungen, die Komorbidität behandeln, sind davon betroffen. Dies verlängert und verstärkt die bereits bestehende Benachteiligung von Menschen mit doppelter Beeinträchtigung (Sucht und psychische Erkrankung), die schon heute keine ausreichende Versorgung ihrer Hilfebedarfe erfahren.
- Die Streichung der „nachgehenden gesundheitsbezogenen“ Teilhabeleistung zementiert die schlechte Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischer Abhängigkeitserkrankung.
- Darüber hinaus ist die Fragestellung des „Umgangs mit weiteren psychischen Herausforderungen“ gestrichen worden, so dass der Teilhabebedarf seelisch beeinträchtigter Menschen zukünftig nicht berücksichtigt wird.

BTHG / PSG III

Neue Gesetze – alte Anforderungen an Drogenhilfe (in der Eingliederungshilfe)

Die DHS fordert aus o.g. Gründen eine weitergehende Differenzierung des ICF, um zielgruppenspezifische Fragestellungen feststellen zu können. Es bleibt abzuwarten, ob dies eine geeignete Möglichkeit ist, der bisherigen „Exklusions-Entwicklung“ entgegenzutreten, damit auch Menschen mit drogenbezogenen „Teilhabe-Einschränkungen“ ihren Anspruch auf Hilfeleistungen realisieren können (vgl. DHS 2016)

Abschließend lassen sich folgende Problemlagen zusammenfassen:

- Die Eingliederungshilfe enthält auch zukünftig unnötige Sonderbestimmungen.
- Wunsch- und Wahlrecht berücksichtigen nicht die „berechtigten“, sondern nur die „angemessenen“ Wünsche, gemeint sind vor allem die Kosten,
- der Personenkreis wird unzulässig eingeschränkt,
- mit dem weiterhin festgelegten Vorrang der Pflege bleibt letztlich auch die Eingliederungshilfe in der „Fürsorge.“ (Vgl. Caritas...2017).

Bewohner stationärer Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben auch heute schon je nach individueller Gesundheitssituation verschiedenen (ggf. auch gleichzeitigen) Bedarf an Pflegeleistungen:

- Grundpflege als Leistung der Eingliederungshilfe – SGB XII,
- Behandlungspflege als Leistung der Krankenversicherung – SGB V,
- Pflege als Leistung der Pflegeversicherung – SGB XI.

Im Bereich der vollstationären Eingliederungshilfe ist die Grundpflege schon länger Bestandteil der Fachleistungs-Erbringung (gem. § 55 SGB XII, § 13, Abs.3, S. 3 SGB XI).

Grundpflege meint die Gesamtheit der regelmäßig wiederkehrenden pflegeorientierten Maßnahmen, die eine Alltagsbewältigung sicherstellen, wie Hilfestellung bei der alltäglichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität etc.

Behandlungspflege (gem. § 37 SGB V) bedarf einer ärztlichen Verordnung, ist eine medizinisch-pflegerische Leistung (z.B. Blutzucker-, Blutdruckmessung, Verbandwechsel, Dekubitusbehandlung etc.).

Bei bestehendem Pflegegrad eines Bewohners erstattet die Pflegekasse pauschal an den Träger der Sozialhilfe (§ 13, Abs. 4 SGB XI) für pflegebedingte Aufwendungen (gem. § 43a SGB XI). Dieser beträgt 10% des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgeltes, maximal 266 € pro Monat. Das mit dem Sozialhilfeträger vereinbarte stationäre Entgelt (Pflegesatz) Wohneinrichtung verändert sich dadurch nicht.(SGB XI).

Ist der Pflegebedarf so umfassend, dass er in der vollstationären Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe nicht geleistet werden kann, muss eine Weitervermittlung in eine Einrichtung erfolgen, die diese Leistung erbringen kann.

Sowohl bei der Abfassung des BTHG, wie bei der Verabschiedung des Pflegeleistungsgesetzes III wurde leider die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe nicht bereinigt und bleibt somit unter neuen Vorzeichen ab 2020 bestehen! Damit sind auch zukünftig Menschen mit Pflegebedarf, die nicht in einer eigenen „abgeschlossenen Wohnung“, sondern in einer „besonderen Wohnform“ leben (heute stationäre Wohnhilfe), deutlich schlechter gestellt.

Die langjährige Forderung der Fachverbände, diesem Personenkreis die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege zugänglich zu machen, wurde im Gesetzgebungsverfahren zum PSG III abermals nicht erfüllt.

Die Problem-Komplexität „chronifizierte Abhängigkeit – körperliche und seelische Erkrankung – Voralterung – gesellschaftliche Entwurzelung“ stellt für die Gruppe chronifiziert mehrfachschwerstgeschädigter drogenabhängiger Menschen die größte Problemlage dar – sie fallen mit ihrem zielgruppenspezifischen Hilfe-Bedarf nach wie vor durch die Netze der Versorgungsstrukturen. Trotz Bundesteilhabegesetz mit Fo-

kus auf Selbstbestimmung und Wahlrecht fallen diese Menschen auch weiterhin aus den ihnen langjährig vertrauten (stationären) Wohnhilfen. Aus strukturellen Gründen ist es ihnen nicht möglich, in vertrauter Umgebung zu altern und „Zuhause“ zu versterben.

Es bleibt abzuwarten ob die noch zu erarbeitenden Regelungen für die geschilderte Schnittstellen-Problematik zwischen Eingliederungshilfe und Pflege hilfreich sein werden: Es bedarf Vorschriften im PSG III und BTHG, die praxisgerecht die Erbringung von Pflegeleistungen in solchen Wohnformen, die ab 01.01.2020 im Bereich der Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene Menschen mit Behinderungen (an die Stelle der derzeitigen vollstationären Einrichtungen der EGH treten sollen), ermöglichen.

Drogenhilfe muss die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen nutzen, um Konzepte zu entwickeln, die geeignet sind die Teilhabe-Barrieren für drogenabhängige Menschen abzubauen.

In Kooperation mit Selbsthilfe, Eingliederungshilfe, medizinischem Versorgungssystem, Altenpflege u.a. ist Drogenhilfe verantwortlich für den Aufbau von innovativen Strukturen, die das Bürgerrecht auf Selbstbestimmung für ihre Hilfe-Nutzer_innen gelebte Realität werden lassen. Die Teilhabe-Bedarfe von (alternden chronifiziert-mehrfachgeschädigten) drogenabhängigen Menschen müssen Berücksichtigung finden.

Es gilt, ganzheitlich den Interessenabgleich zwischen Individuum und Gesellschaft fachlich zu fordern und umzusetzen und unseren Klient_innen eine (fach)politische Lobby zu sein:

Wir Drogenhilfe-Praktiker_innen mit der sozialarbeiterischen Kernkompetenz sind gefragt!

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2017): Bundeasteilhabegesetz kompakt, online verfügbar unter: <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG.BF.05.pdf>; letzter Zugriff: 14.05.2018
- Bundesteilhabegesetz – BTHG: Bundesgesetzblatt (12/2016): Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, online verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/2016/bundesteilhabegesetz.pdf?__blob=publicationFile&v=7; letzter Zugriff: 14.05.2018
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (Hrsg.) (2017): CBP Kompass für neues Teilhaberecht. Wichtige Inhalte und Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (SGB IX) aus der Perspektive der Leistungsanbieter, online verfügbar unter: http://www.cbp.caritas.de/aspect_shared/form/download.asp?action=load&nr=436982&form_typ=6&ag_id=1123; letzter Zugriff: 14.05.2018
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2016): Übergänge gestalten – gewusst wie! Das neue Bundesteilhabegesetz. Handreichung zur Umsetzung für Leistungserbringer. Berlin 2016, online verfügbar unter: <http://news.eformation.de/client/media/193/data/41992.pdf>; letzter Zugriff: 14.05.2018

- Der Querschnitt: Das Informationsportal der Manfred-Sauer-Stiftung (2018): ICF – Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, online verfügbar unter: <https://www.der-querschnitt.de/archive/13864>; letzter Zugriff: 14.05.2018
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2016): Stellungnahme der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes, online verfügbar unter: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/BTHG/Stellungnahme_Deutsche_Hauptstelle_Suchtfragen.pdf?__blob=publicationFile&v=3; letzter Zugriff: 14.05.2018
- SGB XI, online verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html; letzter Zugriff: 14.05.2018
- Vogt, I. (Hrsg.) (2011): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Arbeit, Beschäftigung und Qualifikation für Konsument_innen illegaler Drogen: Angebote und Finanzierung dringend gesucht

Max Hopperdietzel

Zusammenfassung

Obwohl die Notwendigkeit der beruflichen Integration von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen unstrittig ist, existieren nur vereinzelt nach den Bedürfnissen der Zielgruppe ausgestaltete Projekte. Es fehlen passgenaue Fördermöglichkeiten für Arbeitgeber, wenige Träger aus dem Non-Profit-Bereich sind bereit, die Risiken von Maßnahmen auf sich zu nehmen. Der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben wird als letzter Schritt in der Rehabilitation nach dem Erreichen von Abstinenz gesehen. Langzeitarbeitslose Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen kommen nun erst langsam in den Fokus von Arbeitsagentur und Jobcentern.

Suchtkrank und arbeitslos – was nun?

Arbeitslosen abhängigkeitskranken Menschen stehen grundsätzlich alle Fördermöglichkeiten von Arbeitsagentur und Jobcentern offen. Ferner besteht die Möglichkeit von Eingliederungszuschüssen seitens der Rentenversicherer und bei festgestellter Erwerbsminderung Unterstützungsmöglichkeiten durch die Integrationsämter. Eine umfassende Darstellung der verschiedenen Finanzierungsmodelle findet sich in der Broschüre „Arbeit und Bildung – Teilhabe ermöglichen. Eine Handreichung für die Suchthilfe“ (Fachverband für Drogen- und Suchthilfe e.V. 2017). Das dort nicht erwähnte Bundesprogramm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ läuft bereits Ende 2018 aus. Trotz dieser Angebote nehmen weniger als 1% der Menschen mit Abhängigkeitserkrankung an Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation teil (Dauber et al. 2016: 21). Arbeits- und Beschäftigungsangebote der Drogenhilfe waren nie bedarfsdeckend vorhanden und sind in den letzten Jahren, bedingt durch Einsparungen seitens der Jobcenter, noch zurückgegangen, wie Schmitz (2016: 239 ff.) dargestellt hat. Offensichtlich korrelieren die allgemeinen Angebote zur beruflichen Rehabilitation nicht ausreichend mit den Bedürfnissen abhängigkeitskranker Menschen, während die speziellen Projekte der Drogenhilfeeinrichtungen den Bedarf bei weitem nicht decken können. In den nächsten Abschnitten werde ich versuchen, den Ursachen nachzugehen und mögliche Lösungen beschreiben.

Die Situation aus der Perspektive suchtkranker Menschen

Nach wie vor werden Abhängigkeitserkrankungen im Vergleich zu anderen psychischen Problemen unterschiedlich gesehen und behandelt. In der Fachwelt wird kaum mehr bestritten, dass chronische Verläufe mit Rückfällen typisch sind, in der praktischen Umsetzung finden immer noch Interventionen Anwendung, die eher der Behandlung von Akutkrankheiten entsprechen. Ambulante und stationäre Therapien werden relativ problemlos finanziert, danach sollen die betroffenen Menschen wieder funktionieren. Nachsorge, langfristige Unterstützungen, Rückfallprophylaxe, Kurzinterventionen stehen nicht bedarfsdeckend zur Verfügung. Dies erleben suchtkranke Menschen auch bei ihren Versuchen, ins Arbeitsleben zurückzukehren oder sich neu zu integrieren. Fehlende Qualifikationen können meist nachgeholt werden, aber die Angebote der Jobcenter und anderer Träger sehen Unterbrechungen oft genug als Beweis für fehlende Motivation oder mangelnde Eignung, Folgen sind der Ausschluss aus Maßnahmen und Probleme bei späteren Versuchen, nach einer Stabilisierung einen neuen Anlauf zu nehmen. Ist dann im Einzelfall Abstinenz oder kontrollierter Konsum erreicht, wird erwartet, dass sich alle Probleme aufgelöst haben, die Folgen einer langjährigen Abhängigkeit in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht werden nicht ausreichend berücksichtigt und als Charakterschwäche oder mangelnder Veränderungswille interpretiert. So finden sich suchtkranke Menschen immer wieder in der Situation, dass ihr Wunsch nach sozialer Teilhabe durch Arbeit und Beschäftigung auf Strukturen und Angebote trifft, die nicht ihren Bedürfnissen und Ressourcen entsprechen und sie vor Anforderungen stellen, die sie krankheitsbedingt nicht erfüllen können.

Unbestreitbar führen Abhängigkeitserkrankungen zu einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko. Und doch ist beispielsweise ein knappes Viertel aller Menschen mit einer Opioid-Problematik erwerbstätig (Dauber et al. 2016: 21). Möglicherweise ist diese Gruppe noch erheblich größer, da kontrolliert Konsumierende ohne Kontakt zum Hilfesystem kaum statistisch erfasst werden können. Mit der Substitutionsbehandlung steht eine im Vergleich zu anderen therapeutischen Interventionen kostengünstige Alternative zur Verfügung, deren Wirksamkeit gut nachgewiesen ist (WHO/UNODC/UNAIDS 2015: 21). Gäbe es nun flächendeckend Substitutionsplätze mit Vergabezeiten und Modalitäten, die einer geregelten Arbeit nicht im Wege stehen, würde sich der Anteil Erwerbstätiger sicher noch einmal erhöhen. Besonders auf dem flachen Land, aber regional unterschiedlich auch in den Ballungszentren sind wir von einem bedarfsdeckenden Angebot an Substitutionsstellen weit entfernt, obwohl der zu erwartende Gewinn an sozialer Teilhabe und die Kosteneffizienz auf der Hand liegen.

Die Problemlage aus Sicht der Jobcenter etc.

Suchtprobleme bleiben bei ALG II-Empfänger_innen oft unerkannt. Seitens der Arbeitsagenturen und der Jobcenter erfolgt kein systematisches Screening, Mitarbeiter_innen sind nicht immer für dieses Thema geschult. Ob dies im Sinne des Daten- und Persönlichkeitsschutzes wünschenswert wäre, soll hier nicht diskutiert werden, die Identifikation einer Abhängigkeitserkrankung als Vermittlungshemmnis ist jedenfalls nicht per se gewährleistet und hängt vom Willen der Betroffenen und dem Engage-

ment des Personals ab. Dies kann bei nichterkannter Suchtproblematik zu Fehlsteuerungen führen, wenn gut gemeinte Qualifikations- oder Beschäftigungsmaßnahmen zu einer Überforderung führen und im schlimmsten Fall mit Sanktionen wegen mangelnder Mitwirkung beantwortet werden.

Selbst bei erkannter Abhängigkeit bleiben die sattsam bekannten Vermittlungshemmnisse ein schwer lösbares Problem für die Mitarbeiter_innen der Jobcenter. Auswirkungen und Tragweite der Suchterkrankung sind schwer einschätzbar, spezielle Angebote für die Zielgruppe sind nur vereinzelt im Portfolio der Maßnahmen. Dabei geht es nicht nur um die schon angesprochene potentielle Überforderung, eine erkannte Abhängigkeitserkrankung kann durchaus dazu führen, dass in Hinsicht auf die Erwerbsfähigkeit eigentlich kaum eingeschränkte Menschen in die „Schublade schwer Vermittelbare“ eingeordnet werden. Ein informativer Absatz über die Wichtigkeit der Auswahl von situationsgerechten Hilfsmaßnahmen, nicht nur hinsichtlich der beruflichen Integration, findet sich im Entwurf des United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) zu Standards der Drogenhilfe (UNODC 2016: 85 ff.).

Im Blick auf das andere Extrem der Vermittelbarkeit in die Arbeitswelt, also bei Menschen, die voraussichtlich nicht mehr oder zumindest nicht in absehbarer Zeit für eine reguläre Beschäftigung in Frage kommen, stellt sich auch die Frage, wo hier die Zuständigkeit der Jobcenter endet. Formal ist dies mit der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit verbunden, in der Praxis besteht eine Unschärfe bei Menschen, die arbeitswillig und prinzipiell arbeitsfähig, aber den stetig wachsenden Anforderungen des Arbeitsmarkts trotzdem nicht gewachsen sind. Bedingt durch die positive Entwicklung der Arbeitslosenzahlen geraten langzeitarbeitslose Menschen derzeit vermehrt in den Fokus der Integrationsbemühungen. Wo aber die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben durch Arbeitsgelegenheiten und ähnliche Maßnahmen erstrebenswert ist, ohne wirklich Zukunftschancen auf dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen, ist meines Erachtens eine Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln gefragt. Auch die Öffnung von Inklusionsbetrieben nach dem SGB IX könnte zu einer Entlastung der Jobcenter führen.

Arbeitgeber auf der Suche nach Mitarbeiter_innen – wenn sie nicht suchtkrank sind

Der Arbeitsmarkt ist aufnahmefähig wie ein Schwamm, hört man derzeit häufig aus Arbeitgeberkreisen. Dieser Schwamm scheint jedoch eine wirksame Imprägnierung gegen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zu besitzen. Die Anforderungen an Arbeitnehmer_innen sind anspruchsvoll, Betriebe mit hoher Auslastung haben Probleme mit potentiell unzuverlässigen oder häufig kranken Menschen. Dies ist allein durch Lohnkostenzuschüsse nicht auszugleichen, ein Produktionsausfall verursacht möglicherweise Kosten, die die Unterstützung bei weitem übersteigen. Um diesen nicht immer unrealistischen Befürchtungen zu begegnen, fehlen Modelle mit ausreichender Reichweite zur psychosozialen Begleitung durch kompetente Stellen, bei denen auf Krisen zeitnah reagiert werden könnte.

Maßnahmen von Trägern der Suchthilfe

Bei der Diskussion innerhalb der Drogenhilfe über mögliche zielgruppenspezifische Arbeits- und Qualifikationsangebote hört man kaum eine grundsätzliche Ablehnung, die konkrete Ausführung scheitert aber regelmäßig an grundsätzlichen Finanzierungsproblemen. Die Schwierigkeiten, neue Projekte zu stemmen oder bestehende Angebote zu erhalten, sind schon weiter oben angesprochen worden (Dauber et al. 2016: 21). Hier möchte ich nur kurz einige typische Problemfelder ansprechen:

Realitätsferne Finanzierungsbedingungen

Selbst auf den ersten Blick gut finanzierte Maßnahmen wie das Bundesprogramm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“ mit vollständiger Übernahme der Lohnkosten inklusive der Arbeitgeberanteile sind nur auf den ersten Blick ein großzügiges Angebot. Mit den Tätigkeiten dürfen keine Einnahmen erzielt werden, die Grundsätze der Zusätzlichkeit, Wettbewerbsneutralität und Gemeinnützigkeit, die übrigens auch für AGH-Maßnahmen, die sogenannten Ein-Euro-Jobs, gelten, verhindern eine Finanzierung der nicht zu vernachlässigenden Kosten von Anleitung, Arbeitsmaterialien, Raumkosten usw. Träger sind also auf Querfinanzierungen angewiesen, die besonders kleine Initiativen ohne den Rückhalt einer großen und zahlungskräftigen Organisation im Hintergrund komplett überfordern. Ist die Finanzierung dann noch von der Besetzung abhängig, sind Träger schon fast gezwungen, Teilnehmer_innen so lange wie möglich zu halten („Lock-in-Effekt“), auch wenn es im Einzelfall nicht sinnvoll ist.

Kurzlebigkeit von Maßnahmen

Auch die von vornherein begrenzte Laufdauer von geförderten Maßnahmen (oder ihre jähe Beendigung wie bei dem längst verblichenen Beschäftigungszuschuss in einer früheren Version des §16e im SGB II aus dem Jahr 2007) macht das Engagement von Trägern zu einer riskanten Angelegenheit. Die Einstellung von qualifiziertem und engagiertem Personal ist bei schnelllebigen Förderungen und einem begrenzten Angebot von Fachkräften schwer realisierbar, Investitionskosten fallen im Vergleich zu langfristigen Förderungen viel mehr ins Gewicht.

Unrealistische Zielvorgaben

Bisweilen werden Förderungen mit Zielvorgaben wie einer festgesetzten Vermittlungsquote in den Arbeitsmarkt verbunden. Hier kommen Träger schnell in einen Zielkonflikt. Die besten Ergebnisse erzielt man, etwas überspitzt formuliert, mit Teilnehmer_innen, die auch ohne die Maßnahme beste Chancen auf dem Arbeitsmarkt gehabt hätten. Hier besteht die Tendenz zum „Creaming“, also einer Auswahl von wenig beeinträchtigten Menschen, während absehbar schwerer Vermittelbare aus Kostengründen nicht aufgenommen werden. Es gab auch schon Fälle, wo diese Quo-

ten Träger zur Öffnung der Maßnahmen für andere, besser vermittelbare Zielgruppen gezwungen haben.

Ethische Fragen

Die von finanziellen Zwängen diktierte Orientierung an geförderten Maßnahmen kann durchaus mit ethischen Leitlinien der Drogenhilfe kollidieren. Macht man sich nicht zum Erfüllungsgehilfen eines repressiven Systems, das Fördern gegenüber Fordern in den Hintergrund schiebt? Und führt die Teilnahme an speziellen Maßnahmen für drogenkranke Menschen nicht zu einer Ghettoisierung und verhindert die Integration in die Gesellschaft noch weiter oder verstärkt Vorurteile in der Bevölkerung? Dies kann nur durch eine sorgfältige Reflexion des eigenen Handelns und eine intensive fachlich fundierte Kommunikation vermieden werden. Unsere Erfahrung mit den lokalen Jobcentern zeigt, dass Sanktionen wegen fehlender Mitwirkung der arbeitssuchenden Menschen nicht ausgesprochen werden, wenn wir über die Folgen von Abhängigkeitserkrankungen hinweisen und zum Beispiel darlegen, dass ein Rückfall krankheitsbedingt ist und nicht auf fehlenden Willen zur Integration hinweist.

Lösungsansätze

Wie sollte nun ein System zur Unterstützung der Integration von abhängigkeiterkrankten Menschen in die Arbeitswelt aussehen? Beginnen möchte ich mit der Frage, wie finanzielle Anreize für die Teilnahme aussehen müssten. Eigentlich ist dies sehr einfach zu beantworten, es müsste einerseits eine Besserstellung gegenüber den reinen Sozialleistungen erfolgen, die andererseits niedriger als die Entlohnung auf dem Arbeitsmarkt ist, um Anreize für den Wechsel zu bieten. Leider ist dies in Zeiten von Niedriglöhnen für einfache Tätigkeiten und zahlreichen „Aufstockern“, die trotz einer regulären Beschäftigung zusätzlich Hilfe zum Lebensunterhalt benötigen, nicht immer realisierbar. Die Lösung dieser Problematik liegt allerdings außerhalb des Einflussbereiches von Trägern der Drogenhilfe. So bieten die manchmal als ausbeuterisch verrufenen Ein-Euro-Jobs ein Nettoeinkommen, das für Alleinstehende mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden im Niedriglohnsektor kaum zu erreichen ist.

Noch ein Begriff, der zumindest in der Arbeitsverwaltung ein schlechtes Image genießt, ist die Maßnahmekette, also eine Folge von mehreren aufeinander folgenden Teilnahmen an geförderten Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Die mit Suchtkrankheit und Langzeitarbeitslosigkeit verbundenen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit richten sich leider nicht an den Vorgaben des SGB II aus, sondern können individuell sehr unterschiedlich sein. Mangels anderer Möglichkeiten ist es daher sinnvoll, im Bedarfsfall verschiedene Maßnahmen aneinanderzureihen, auch wenn dies nicht unbedingt der eigentlichen Zielsetzung dieser Angebote entspricht. Hier ist eine gewisse Kreativität bei Antragstellungen gefordert, die übrigens auf der Ebene der Berater_innen in den Jobcentern oft augenzwinkernd akzeptiert wird. Sinnvoller wäre es freilich, Maßnahmen offener zu gestalten, um an den Ressourcen der Teilnehmer_innen orientiert Teilnahmedauer und Betreuungsintensität bedarfsgerecht anpassen zu können. Solche Projekte sollten auch genderspezifische Aspekte beinhalten. Psychosoziale

Betreuung ist als integrierter Bestandteil wichtig, um schnell und zielgerichtet auf Krisen reagieren zu können. Natürlich stellt sich sofort die Frage nach den Kosten eines solchen Systems. Als erster Baustein bietet sich der Passiv-Aktiv-Transfer an, bei dem die Kosten eines ALG II-Bezugs in die Entlohnung fließen. Der Wegfall von Beschränkungen, die eine Anteilfinanzierung durch Dienstleistungen und Produkte ermöglicht, wäre der zweite Schritt. Und es besteht die meines Erachtens realistische Erwartung, durch so gestaltete Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten Folgekosten der Arbeitslosigkeit etwa bei Gesundheitskosten oder Kriminalitätsraten zu reduzieren.

Im Koalitionspapier der neuen Bundesregierung (CDU/CSU/SPD 2018, Zeilen 2199-2209) finden diese Ideen zumindest in Teilen eine Entsprechung. 4 Milliarden Euro stehen in den nächsten Jahren für die Förderung der Beschäftigung von langzeitarbeitslosen Menschen zur Verfügung, es sind ca. 120.000 bis 150.000 Stellen geplant. Zu hoffen bleibt, dass aus Fehlentwicklungen der Vergangenheit gelernt wird und kontraproduktive Bestimmungen hinsichtlich Dauer und Ausformung der Angebote wegfallen. Abhängigkeitskranke Menschen haben Anspruch auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sinnvolle und nachhaltige Beschäftigung ist ein Baustein dazu.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege (2015): BAGFW-Positionspapier – Wie können SGB II und III Maßnahmen besser nutzbar gemacht werden? Online verfügbar unter: <http://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmenpositionen/detail/article/bagfw-positionspapier-wie-koennen-sgb-ii-und-iii-massnahmen-besser-nutzbar-gemacht-werden/>; letzter Zugriff: 03.05.2018.
- CDU/CSU/SPD (2018): Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, online verfügbar unter: https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=E1AF99FF21D9B2A45DFC-10F8ECA02643.s2t1?__blob=publicationFile&v=4; letzter Zugriff: 03.05.2018.
- Dauber, H./Specht, S./Künzel, J./Braun, B. (2015): Suchthilfe in Deutschland 2015, Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), online verfügbar unter: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2015.pdf; letzter Zugriff: 03.05.2018.
- Fachverband für Drogen- und Suchthilfe e.V. (2017): Arbeit und Bildung – Teilhabe ermöglichen, fdr-texte Nr. 12, Berlin.
- Henkel, D./Zemlin, U. (2008): Arbeitslosigkeit und Sucht. Frankfurt am Main.
- Schmitz, O. (2016): 11 Jahre SGB II/Hartz IV – Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation suchtmittelabhängiger Menschen. In akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe/JES Bundesverband (Hrsg.): 3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, 239-246. Pabst: Lengerich.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016): International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders, Draft for Field Testing, online verfügbar unter: http://www.unodc.org/documents/International_Standards_2016_for_CND.pdf; letzter Zugriff: 03.05.2018.
- World Health Organization (WHO)/United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2015): UNAIDS WHO/UNODC/UNAIDS position paper – Substitution maintenance therapy in the management

of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, online verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/publications/report_2004-03-15_1_media.pdf; letzter Zugriff: 03.05.2018.

Vom Spritzentausch zur qualifizierten Vergabe von Konsumutensilien

Dirk Schaeffer & Astrid Leicht

Zusammenfassung:

In diesem Beitrag werden Herausforderungen im Bereich Harm Reduction vorgestellt. Neben notwendigen Veränderungen im Bereich der Infektionsprophylaxe, die unter der Überschrift „Von der HIV Prävention zur Prävention von Infektionserkrankungen“ zusammengefasst werden, setzt sich der Beitrag mit veränderten Applikationsformen von zumeist illegalen Substanzen auseinander. Um diesen Veränderungen zu begegnen, wird eine Diversifizierung der bisherigen Spritzenvergabe hin zu einer bedarfsgerechten Vergabe von Konsumutensilien im Sinne einer guten Praxis vorgeschlagen. Kommunen und Länder sind aufgefordert, die entsprechenden (finanziellen) Rahmenbedingungen zu schaffen.

In den letzten Jahrzehnten ist der Konsum illegaler Drogen zu einem bedeutenden sozialen und medizinischen Thema geworden. Trotz massiver Investitionen in Repression und Strafverfolgung von Konsumierenden und pädagogischen, sozialarbeiterischen und medizinischen Bemühungen, den Drogenkonsum und negative Folgeerscheinungen der Repression und des riskanten Drogengebrauchs in Deutschland zu reduzieren, bleibt die Zahl der Drogenkonsument_innen hoch.

Der „Drogentod“ ist der „worst case“ im Bemühen um Schadensminderung. Darunter wird meist der plötzlich eintretende Tod infolge einer Überdosierung, toxischer Beimengungen oder nicht-beherrschbarer Nebenwirkungen verstanden. Hinsichtlich der Anzahl drogenbedingter Todesfälle verzeichnet Deutschland in den letzten Jahren einen stark ansteigenden Trend. So stieg die Zahl der Drogentodesfälle in den letzten 5 Jahren um ca. 40%. Dabei ist der Anteil der Todesfälle unter Einfluss von Opioiden seit Jahren mit etwa 60% stabil hoch.

Ein geringer Wirkstoffgehalt, der hohe Preis und ein hoher Strafverfolgungsdruck bildeten – neben kulturellen Einflüssen – die Grundlage dafür, dass der intravenöse Konsum in Deutschland schon ab Ende der Siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts zur gebräuchlichsten Konsumform von Heroin avancierte.

Als wesentliche negative Folgen sind in diesem Zusammenhang die Gefahr einer Überdosierung sowie die Übertragung von viralen Infektionskrankheiten (Hepatitis und HIV) zu nennen. Darüber hinaus sind es Venenerkrankungen, die besonders problematisch verlaufen, sowie bakterielle Infektionen, die durch die Nutzung von Konsumutensilien entstehen, die durch bakterielle Erreger kontaminiert sind. In Verbindung mit Venenschädigungen können diese Infektionen zu chronischen, nicht-heilenden Wunden bis hin zu absterbenden Gliedmaßen führen. Die Zahl der Menschen, die an diesen Langzeitfolgen versterben, ist unbekannt.

Interventionen, die sich auf durch Blut übertragbare Infektionen richten, wurden als ein integraler Bestandteil der Harm Reduction Politik entwickelt und folgen dem allgemeinen Ziel, Gesundheitsschäden zu minimieren und vermeidbare Risiken des Drogenkonsums (Infektionen, weitere bleibende Gesundheitsschäden und Drogentodesfälle) zu verringern. Das Angebot der Spritzenvergabe ist ein integraler Bestandteil eines Maßnahmenpakets, um die beschriebenen Ziele zu erreichen.

Von der HIV Prävention zur Prävention von Infektionserkrankungen

Es wurde wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Spritzenvergabe ein effektives Instrument der HIV-Prävention ist (European Centre for Disease Prevention and Control 2011).

Im Vergleich zu HIV ist das Hepatitis-C-Virus leichter übertragbar und zeichnet sich durch eine deutlich längere Überlebensfähigkeit aus. Hepatitis C ist unter Menschen, die Drogen injizieren, weit verbreitet. Nicht nur Spritzen und Nadeln, sondern auch die Wiederverwendung und gemeinsame Nutzung von anderen Konsumutensilien wie z. B. Wasser, Filter, Löffeln, aber auch Crackpfeifen und Sniffröhrchen bergen Übertragungsrisiken. Deshalb kommt der qualifizierten Konsumutensilienvergabe als Erweiterung der bisher üblichen Spritzen- und Nadelaustauschprogramme eine größere Bedeutung zu.

Von Spritzen- und Nadelaustauschprogrammen zur qualifizierten Konsumutensilienvergabe

Die Konsumutensilienvergabe muss fortan deutlich höhere Anforderungen an die Reichweite, Quantität und Qualität erfüllen als dies für die effektive Vermeidung von HIV Infektionen erforderlich ist.

Bisherige Praxiserfahrungen zeigen auf, welche Merkmale Angebote der Konsumutensilienvergabe aufweisen sollten, um das Ziel „Infektionsschutz in der Bevölkerung“, ausgehend vom Bedarf der Angebots-Nutzenden, aufzugreifen (United Nations Office on Drugs and Crime 2017).

Eine Veränderung des Konsumverhaltens ist möglich

Der inhalierende Konsum von Drogen ist in Deutschland in früheren Jahren nur von wenigen Konsumierenden praktiziert worden. Als „übliche Konsumform“ galt das Inhalieren von Heroin (umgangssprachlich: „Rauchen“) unter Menschen, die aus der Türkei und arabischen Ländern nach Deutschland migriert, sind sowie unter Neueinsteigern. Ein Umstieg auf das Spritzen von Drogen erfolgte meist spätestens mit Beginn einer körperlichen Abhängigkeit.

Bedingt durch Rekordernten in den Anbauländern v.a. in Afghanistan kam es zu einem deutlichen Preisverfall und einer gewissen Erhöhung des Reinheitsgehalts des Heroins in den meisten Regionen Deutschlands und nach der Jahrtausendwende traten inhalative Konsumformen vermehrt auf.

MODELLE GUTER PRAXIS ZEICHNEN SICH DADURCH AUS, DASS SIE
niedrigschwellig arbeiten, leicht zugänglich sind, einen Ansatz der Schadensminderung verfolgen und Menschen, die in riskanter Weise Drogen gebrauchen, aktiv einladen;
eine breite Palette von Produkten zur Schadensminderung kostenlos anbieten;
Menschen aus der Community an der Auswahl und Verteilung der Produkte beteiligen;
die Zahl der abgegebenen Spritzen und Nadeln nicht beschränken;
von einem 1:1-Tausch von Spritzen und Nadeln absehen (ein solches Modell erhöht das Risiko, dass Spritzen und Nadeln gemeinsam und mehrfach verwendet werden, und ist daher nicht empfehlenswert);
auch andere Unterstützungs- und Versorgungsleistungen durch qualifiziertes Personal anbieten, etwa medizinische Versorgung und Aufklärung über Maßnahmen zur Gesunderhaltung (z. B. Venenpflege oder Abszess-Versorgung);
auch für Familien und Dritte ein Überdosis-Management betreiben, Mitarbeiter_innen in Wiederbelebungsmaßnahmen schulen und Naloxon an Menschen, die Opioide gebrauchen, abgeben;
Menschen, die Drogen gebrauchen, auf ihre individuellen Risiken, die Möglichkeiten zur Risikosenkung und die Verfügbarkeit von Angeboten zur Risikominderung ansprechen;
Angebote zur sicheren Entsorgung von Drogenkonsumutensilien vorhalten sowie Vorkehrungen zur sicheren Entsorgung treffen, um auch für Dritte Gesundheitsrisiken durch Verletzungen an benutzten und nicht sachgemäß entsorgten Injektionsbestecken zu verhindern;
möglichst in andere Angebote integriert sind und an Einrichtungen zur Drogenbehandlung, Rechts- und Sozialberatung, an Drogenkonsumräume (wo möglich) sowie an Einrichtungen und Projekte mit Testangeboten für Virushepatitiden, HIV und Tuberkulose verweisen;
kontinuierlich ihre Arbeit evaluieren, um sich verändernde Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer_innen ihrer Einrichtungen zu erfassen.

Berichte aus der Vor-Ort Arbeit lassen vermuten, dass das zunehmende Lebensalter der Konsument_innen, verbunden mit einem schlechten Venenstatus eine Veränderung des Applikationsverhaltens (von intravenös zu inhalativ/nasal) unterstützte. Diese Berichte werden durch Daten der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht unterstützt.

Die Wahl der Applikationsform verläuft nicht als linearer Prozess im Sinne eines „Entweder – oder“. Zunehmend zu beobachten ist ein „Sowohl – als auch“, wobei Konsumierende in Phasen oder Situationen eher inhalieren, nasal applizieren oder spritzen. Faktoren, die Konsumform-Wechsel unterstützen, sind dabei auch die aktuellen Lebensumstände wie z. B. der Suchtdruck, die Verfügbarkeit und der Reinheitsgehalt der Substanz und das soziale Umfeld.

Der nicht-lineare Prozess der Auswahl der als geeignet empfundenen Applikationsform und der Wechsel zu weniger riskanten Konsummethoden sollte durch Einrichtungen aktiv begleitet werden.

Modellhafte Interventionen der Deutschen AIDS-Hilfe, die eine Veränderung der Konsumform zum Ziel hatten, konnten aufzeigen, dass allein über die reine Verfügbarkeit von Konsumutensilien für den nicht-injizierenden Drogenkonsum und die damit praktizierte Diversifizierung der angebotenen Konsumutensilien das Interesse von Drogenkonsument_innen an alternativen Konsumformen (hier inhalativer Konsum) erhöht werden konnte (Stöver/Förster/Schäffer, 2016). Die dadurch mögliche Erhöhung der Bereitschaft, Alternativen zum Spritzen auszuprobieren und als „Alltagsroutinen“ zu etablieren, kann durch begleitende Angebote wie z.B. eine Erweiterung der angebotenen Konsumutensilien (z.B. Sniff Röhrchen, Mundstücke für Pfeifen, Lippensalbe, Folien) sowie durch Kurzinterventionen (themenzentrierte Gespräche), Videospots zum inhalativen oder nasalen Konsum und Printmedien erhöht werden.

Praxisbeobachtungen in Drogenkonsumräumen geben Hinweise darauf, dass die Zahl der Überdosierungen infolge des Heroinkonsums durch inhalative und nasale Konsumformen signifikant reduziert werden kann. Darüber hinaus besteht die berechtigte Hoffnung, dass durch die inhalative und nasale Konsumformen die Risiken von HIV und Hepatitis B und C Infektionen deutlich reduziert werden.

Es wird daher empfohlen, dass die vorzuhaltenden Sortimente je nach Einrichtungstyp und entsprechend den lokalen Bedingungen (konsumierte Substanzen, Konsumformen, präferierte Materialien) unterschiedlich ausdifferenziert sein sollten.

Kontaktstellen, Kontaktläden mit niedrigschwelligem Angebotsprofil sowie Einrichtungen, die Drogenkonsumräume und drogentherapeutische Ambulanzen betreiben, sollten das vollständige Sortiment vorhalten.

Dies bedeutet, dass Utensilien für den injizierenden, inhalativen und nasalen Konsum sowie begleitende Printmedien verfügbar sein sollten.

Drogegebraucher_innen sollten mit so vielen Konsumutensilien ausgestattet werden, die es ihnen erlaubt, bis zum nächsten Besuch der Einrichtungen für jeden Konsumvorgang unbenutzte Konsumutensilien zu verwenden.

Wer soll das bezahlen?

Klar ist, dass ein Angebot „Vergabe von Konsumutensilien“ die tatsächlichen Bedarfe von Drogenkonsument_innen berücksichtigen und höhere Anforderungen an die Reichweite, Quantität und Qualität stellen muss. Das geht nicht ohne zusätzliche finanzielle Mittel für qualifiziertes Personal und für die Materialien.

Dies muss an dieser Stelle umso mehr betont werden, als dass es in Deutschland vermehrt Anhaltspunkte dafür gibt, dass seit einigen Jahren Kommunen und Länder immer noch nicht erkannt haben, dass die Konsumutensilien-Vergabe eine der Public-Health-Schlüssel-Maßnahmen zur Elimination von HIV/Aids und Hepatitis C darstellt. Es fehlt vielerorts die fachliche und politische „Wertschätzung“. Die finanziellen Zuwendungen für Harm Reduction sind im Verhältnis zur Repression und zur klassischen personalintensiven Drogenberatung und -therapie erkennbar völlig unterdimensioniert.

Viele Einrichtungen, die über ein differenziertes Angebot der Schadensminderung verfügen und aufgrund ihrer niedrigschwelligen und zielgruppennahen Ausrichtung für eine hier dargestellte Entwicklung der Vergabe von Drogenkonsumutensilien in Betracht kommen, leiden seit Jahren unter einer chronisch dünnen Personaldecke und

müssen mit unqualifiziertem Personal sowie häufigen Personalwechslern zurechtkommen.

Dies hat in einigen Einrichtungen zur Folge, dass Teilbereiche und Angebote temporär geschlossen werden mussten und sich Einrichtungen mit der unvermeidlichen Reduktion von Öffnungszeiten und Limitierung von Angeboten (z. B. Begrenzung der Spritzenmengen, obwohl es sich um Cent-Artikel handelt!) anstatt mit einer Erweiterung von elementaren Angeboten der Schadensminderung beschäftigen müssen.

Als Betrachter von Entwicklungen der Drogenhilfe kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die irrije Meinung vorherrscht, dass zielorientierte Angebote im Bereich der Schadensminderung mit Mitarbeiter_innen durchgeführt werden können, die ein geringes Qualifikationsniveau aufweisen oder keine nennenswerten Lebens- und Arbeitserfahrungen (z. B. als Studierende) aufweisen.

Zuwendungsgebern und den verantwortlichen Trägern der Einrichtungen muss jedoch klar sein, dass aufgrund der Bedeutung einer am tatsächlichen Bedarf orientierten und qualifizierten Konsumutensilienvergabe, vielfältiger Auswahlmöglichkeiten, Weiterentwicklungen und Neuerungen die im betroffenen Bereich eingesetzten Mitarbeiter_innen kontinuierlich zu den Themen Infektionsschutz und Gesundheitsförderung fortgebildet werden müssen und über eine Methodensicherheit verfügen sollten.

Klar ist auch, dass ein qualifiziertes Angebot von Konsumutensilien nur mit zusätzlichen finanziellen Mitteln für das Material, Lagerflächen und entsprechenden personellen Ressourcen für die Logistik (Sortimentspflege, Bestellung, Verwaltung, Buchhaltung) eingerichtet und vorgehalten werden kann. Dies erklärt sich bereits über eine breitere Palette von vorzuhaltenden Konsumutensilien. Konsumutensilien müssen eine hohe Qualität aufweisen und aufgrund der unterschiedlichen konsumierten Substanzen sowie Konsumformen in verschiedenen Größen, Längen und Stärken vorgehalten werden. Der Aufwand, bei diversen Lieferanten Preise zu vergleichen und Geschäftsbeziehungen zu pflegen, erhöht sich zusätzlich, da einige qualitativ sehr gute Konsumutensilien nur aus dem EU-Ausland einzuführen sind, was zu zusätzlichen Transportkosten führt und englische Sprachkenntnisse voraussetzt. Die hier dargestellten Erfordernisse können nur mit einer ausreichenden Zahl qualifizierter Mitarbeiter_innen sowie Zuwendungen im Bereich der Sachmittel/ Präventionsmittel durch die Einrichtungen realisiert werden.

Gemeinsam auf dem Weg zu den Zielen des Jahres 2030

Mit der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie von 2005 hat die Bundesregierung die Grundlagen dafür gelegt, die HIV-Infektionen in Deutschland auf einem niedrigen Niveau zu halten. In den letzten Jahren wurde auch die Bedeutung der Hepatitis B und C erkannt. Das führte dazu, dass HIV nicht mehr isoliert betrachtet wird. Mit der Strategie „BIS 2030“, die in 2016 von der Bundesregierung beschlossen wurde, werden HIV und Hepatitis B und C fortan gemeinsam in einer integrierten Strategie adressiert (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Die Weiterentwicklung der schadensmindernden Angebote der deutschen AIDS- und Drogenhilfe hin zu einer qualifizierten Konsumutensilienvergabe ist ein wesentlicher Baustein, der auch in der BIS 2030 als solcher formuliert wird, um die Ziele

der BIS 2030 Strategie erreichen zu können. Zur Umsetzung der Strategie müssen alle relevanten Akteure ebenen- und sektorenübergreifend zusammenarbeiten.

Wir fordern Länder und Kommunen auf, ausdrücklich die Ziele der BIS 2030 zu ihren Zielen zu machen und die Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe die notwendige Weiterentwicklung in dem hier beschriebenen Feld der Infektionsprophylaxen und Schadensminderung realisieren können.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2016): BIS 2030 – Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen, online verfügbar unter: <https://bit.ly/2qOBLZ6>; letzter Zugriff: 15.05.2018.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2011): Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. Stockholm.
- Stöver/Förster/Schäffer (2016): SMOKE IT! 2 – Unterstützung zur Veränderung der Drogenapplikationsform (von intravenös zu inhalativ), online verfügbar unter: <https://bit.ly/2HhfNoB>; letzter Zugriff: 15.05.2018.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017): International Network of People Who Use Drugs (INPUD), Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs.

Infektionsrisiken bekämpfen – Harm Reduction jederzeit ermöglichen – Spritzenautomaten realisieren

Daniel Deimel, Brigitte Bersch & Heino Stöver

Zusammenfassung

Intravenös Drogenkonsumierende sind eine vulnerable Gruppe für Infektionserkrankungen. Der niedrigschwellige Zugang zu sterilen Konsumutensilien wie Nadeln, Spritzen und Folien ist, im Rahmen einer gut abgestimmten Strategie der Schadensminimierung (harm reduction), ein zentraler Bestandteil einer modernen Drogenpolitik und -hilfe. Eine niedrigschwellige Versorgung mit sterilen Konsumutensilien, welche jederzeit genutzt werden kann, ist nur über Automaten im öffentlichen Raum möglich. Das Spritzenautomatenprogramm in NRW macht deutlich, wie dies in der Fläche funktionieren kann. Ein gutes Beispiel für andere Bundesländer und politische Entscheidungsträger auf kommunaler Ebene.

Ausgangslage

Intravenös Drogenkonsumierende (IVD) sind eine vulnerable Personengruppe für Infektionserkrankungen wie HIV und Hepatitis C (HCV) (EMCDDA 2016/RKI 2017). Deutlich wird dies in den Befunden der DRUCK-Studie des Robert Koch-Institutes (RKI 2016):

- Bis zu 54% der an der Studie teilnehmenden IVD sind von einer aktiven, potenziell behandlungsbedürftigen Hepatitis C betroffen, die infektiös und auf andere Personen übertragbar ist.
- Beim injizierenden Drogenkonsum der letzten 30 Tage berichteten 5-22% der Studienteilnehmer_innen, dass sie Spritzen und/oder Nadeln mit anderen geteilt haben.
- Zwischen 32-44% der IVD gaben an, andere Konsumutensilien wie Filter, Pfännchen oder Wasser geteilt zu haben.
- Zwischen 36-48% der Studienteilnehmer_innen hatten in den letzten 30 Tagen mindestens eine dieser *Unsafe-Use*-Verhaltensweisen praktiziert.
- Es bestehen Wissensdefizite über spezifische HCV-Infektionsmöglichkeiten. So ist die Verbreitung von HCV beim Sniefen oder auch durch die gemeinsame Benutzung von Filtern und Wasser unter den IVD nicht ausreichend bekannt.

Hochproblematisch ist die Situation in den 180 deutschen Haftanstalten. Diese sind epidemiologische Hotspots, da hier gar kein Zugang zu Spritzen und anderen sterilen Konsummaterialien für die Gefangenen besteht (lediglich die JVA für Frauen Lichtenberg in Berlin hält Spritzenautomaten vor). Etwa 30–40 % aller männlichen

und mehr als 50 % aller weiblichen Gefangenen sind intravenös konsumierende Drogenabhängige – insgesamt ca. 20.000 Menschen. Jemals inhaftiert gewesen zu sein, ist mit einem erhöhten HIV- und HCV-Risiko assoziiert (RKI 2016: 68). Die meisten Konsumvorgänge erfolgen mit bereits benutzten, kontaminierten Konsumutensilien. Zu erhöhten Infektionsprävalenzen unter Gefangenen tragen auch risikobehaftete Praktiken des Tätowierens, Piercens und ungeschützter Geschlechtsverkehr bei. So ist es nicht verwunderlich, dass das HIV/HCV Infektionsrisiko bei einer hohen Zahl von Gefangenen in Haft stark erhöht ist: Etwa jeder siebte Gefangene in deutschen Haftanstalten ist HCV-positiv (Stöver 2012). Die RKI-DRUCK-Studie zeigt, dass das Risiko der Befragten, HCV-positiv zu sein, bei längeren und häufigeren Haftaufenthalten 3,8-fach höher im Vergleich zu Teilnehmenden ohne Hafterfahrung ist (RKI 2016: 71).

Neben den individuellen Belastungen und dem Leid für die Betroffenen und Angehörigen gehen diese Infektionen mit deutlichen Kosten für die Gesellschaft einher. Daher muss die Reduktion von Infektionserkrankungen und Folgeschäden ein zentrales Ziel einer modernen Drogenpolitik sein.

Lösungsansatz: umfängliche Harm Reduction-Strategie entwickeln

Komplementär zur abstinenzorientierten Suchthilfe wurden seit den 1980er Jahren Harm Reduction – Konzepte entwickelt und erfolgreich erprobt. Hierbei handelt es sich nicht um eine alleinige Intervention, sondern viel mehr um gut aufeinander abgestimmte Maßnahmen (Rhodes/Hedrich 2010). Hierunter zählen insbesondere:

- Nadel- und Spritzenvergabe,
- Drogenkonsumräume,
- substituionsgestützte Behandlung sowie eine
- zielgruppenspezifische Beratung und Unterstützung.

Der Zugang zu sterilen Konsumutensilien stellt eine zentrale Strategie dar, Schäden zu reduzieren und einen niedrigschwelligen Zugang zu dem Hilfesystem zu ermöglichen. Weltweit existieren Spritzenprogramme in 82 Ländern, wobei es deutliche nationale und regionale Unterschiede in der Abdeckung gibt (Mathers et al. 2010). Für Spritzentauschprogramme sprechen nach Uchtenhagen (2005) folgende Faktoren:

- weniger Wiederverwendung gebrauchter Spritzen und weniger gemeinsame Verwendung von Spritzen,
- positive Erfahrungen mit Spritzentauschprogrammen im Gefängnis, auch bei Aufstellung von Spritzenautomaten,
- niedrige Inzidenz von durch Blut übertragenen Infektionen,
- weniger gebrauchte Spritzen im öffentlichen Raum,
- niedrigere Serokonversionsraten in Städten mit Spritzentauschprogrammen im Vergleich zu anderen Städten,
- nicht mehr, sondern weniger Injektionen,
- höhere Bereitschaft der Konsumenten, den Drogenkonsum zu reduzieren,
- Übertritte in drogenfreie Therapie oder in Methadonbehandlung sowie
- weniger Risikoverhalten und Behandlungsabbrüche bei ehemaligen Teilnehmern von Spritzentauschprogrammen, die sich in eine Therapie begeben.

Eine Übersichtsarbeit mit mehr als 200 Studien der WHO bestätigt diese Aussagen (WHO 2004). Ebenso kommt eine Untersuchung des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) zu dem Ergebnis, dass Programme zur Vergabe von sterilen Spritzenutensilien im Hinblick auf die Reduktion HIV und HCV sowie in der Reduktion von risikohaftem Konsumverhalten der IDU effektiv sind (ECDC 2011). Spritzenprogramme sind sowohl im öffentlichen Raum als auch in Haftanstalten eine wirkungsvolle Maßnahme zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten (WHO/UNODC/UNAIDS 2007; UNODC 2015). Die Vergabe von sterilen Spritzen- und Konsumutensilien sollte sich an den Bedarfen der Konsumentinnen und Konsumenten orientieren und über unterschiedliche Wege (niedrigschwellige Kontaktstellen, Suchtberatungsstellen, Drogenkonsumräume, Spritzenautomaten im öffentlichen Raum und in Gefängnissen) erfolgen (Leicht 2014).

Beispiel guter Praxis: Das Spritzenautomatenprogramm in NRW

Automaten im öffentlichen Raum können als Versorgungspunkt und Kommunikationsmittel für Harm Reduction-Botschaften an IVD dienen. Sie sind häufig ein erster oder einziger Kontakt von Drogenkonsumenten zum Suchthilfesystem. Neben dem Automatenprogramm in Berlin, welches durch Fixpunkt e.V. betrieben wird, kann als Beispiel guter Praxis das Spritzenautomatenprogramm in NRW angesehen werden, das seit 1989 existiert (Meyer/Schmidt 2011). Hier befinden sich 110 von den deutschlandweiten 170 Spritzenautomaten für Drogenkonsumenten im öffentlichen Raum, die von 61 lokalen AIDS-Hilfen und Suchthilfe-Einrichtungen betrieben werden. Jährlich werden rund 130.000 Spritzen über diese Automaten an IVD's abgegeben, was einen Anteil von rund 7% aller abgegebenen Spritzen an Drogenkonsumenten ausmacht (vgl. Abbildung 1). Gerade im ländlichen Raum sowie in Städten, in denen kein Spritzenaustausch durch Einrichtungen der Suchthilfe vorgehalten wird, sind Automaten häufig der einzige Zugang zu sterilen Konsummaterialien für IVD.

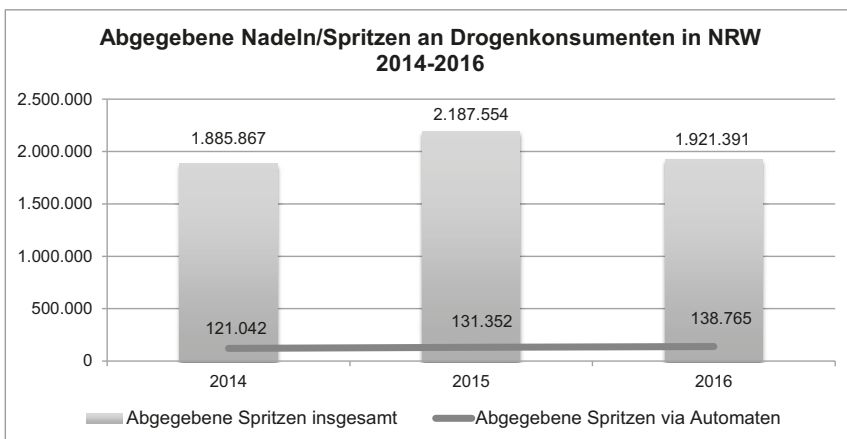


Abbildung 1

Abgegebene Nadeln und Spritzen an Drogenkonsumenten in NRW. Daten der Aidshilfe NRW (2017).

Das Programm beinhaltet strukturell drei Ebenen: Das Gesundheitsministerium NRW ist politischer Entscheidungsträger und ermöglicht die Finanzierung der Programmkoordination sowie die Anschaffung neuer Automaten. Die Aidshilfe NRW, eine Nichtregierungsorganisation, hat die Programmkoordination inne. Sie berät die Automatenbetreiber vor Ort in der Beantragung und in der Durchführung des Automatenbetriebes. Zudem organisiert sie den Versand der Harm Reduction – Materialien an die lokalen Organisationen und koordiniert die technische Wartung der Automaten. Auf lokaler Ebene betreiben lokale Drogen- und AIDS-Hilfe Organisationen die Automaten. Sie beantragen die Genehmigung der Standorte und organisieren die Befüllung der Automaten mit neuen Harm Reduction – Materialien. Zudem kümmern sie sich um die Entsorgung der gebrauchten Spritzen, die in den Automaten gesammelt werden. Neben Spritzen und Nadeln in unterschiedlichen Größen werden über die Automaten auch Pflegesets (care packs), sterile Folien zum Rauchen von Drogen (Smoke-It-Packs), sterile Löffel, Kondome und Gleitgel in unterschiedlichen Packungseinheiten vorgehalten. Der Preis pro Packung liegt bei 0,50 Euro. Aktuell sind zwei Automatentypen im Einsatz (vgl. Abb. 2). Es handelt sich hierbei um gebrauchte und speziell aufgearbeitete Zigarettenautomaten. Die Automaten haben integrierte Entsorgungsschächte, über die gebrauchte Spritzen und Nadeln sicher entsorgt werden können. Der Preis pro Automat liegt bei rund 850,- Euro.



Abbildung 2

Automaten für sterile Konsummaterialien für Drogenkonsumenten in NRW (Fotos: Aidshilfe NRW).

So etabliert und praktikabel das Spritzenautomatenprogramm in NRW ist, gibt es auch hier Entwicklungsmöglichkeiten. So ist auch in NRW keine flächendeckende Versorgung gewährleistet, da einige Städte, Landkreise und Kommunen keine 24-7 Versorgung gewährleisten. Es bedarf weiterer Drogenhilfe-Einrichtungen und Träger, die bereit sind, einen Automaten auf lokaler Ebene zu betreiben.

Forderungen an kommunale und Landespolitik sowie Träger der Suchthilfe

- Arbeiten Sie aktiv an einem 24-Stunden/7-Tage-Zugang zu sterilen Konsumutensilien für Drogenkonsumenten. Hierzu ist eine Kooperation zwischen politischen Entscheidungsträgern sowie AIDS- und Suchthilfeorganisationen erforderlich.
- Entwickeln Sie in Ihrem Bundesland vergleichbare Strukturen wie in Berlin oder Nordrhein-Westfalen.
- Die Finanzierung der Infrastruktur, wie die Anschaffung von Automaten und die Kosten für die Programmkoordination, sowie die Übernahme der Personalkosten für die Befüllung und Wartung der Automaten, muss zentral durch die jeweiligen Bundesländer erfolgen.
- Engagieren Sie sich als Drogenhilfeträger vor Ort, indem Sie einen Spritzenautomaten in Ihrer Stadt oder Gemeinde betreiben.
- Ermöglichen Sie den Zugang von Spritzen und anderen sterilen Konsummaterialien in Haftanstalten.

Spritzenautomaten sind ein komplementäres Mittel neben den existierenden Angeboten der klassischen Suchthilfe in der Versorgung von Konsum- und Kommunikationsmaterialien. Sie ersetzen diese Angebote jedoch nicht.

Weiterführende Links

Weitere Informationen zu dem Spritzenautomatenprogramm in NRW finden Sie unter: www.saferuse-nrw.de

Die Standorte aller Spritzenautomaten in Deutschland sind auf einer Internetseite der Deutschen AIDS-Hilfe abrufbar: <http://www.spritzenautomaten.de>

Literatur

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2011): Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour. Stockholm: ECDC.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010): Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016): Drug-related infectious diseases in Europe: update from the EMCDDA expert network, November 2016, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Leicht, A. (2014): Improving the quality of needle and syringe programmes: an overlooked strategy for preventing hepatitis C among people who inject drugs. *BMC Infectious Diseases*, 14(6), S8.
- Mathers, B. M./Degenhardt, L./Ali, H./Wiessing, L./Hickman, M./Mattick, R. P./Myers, B./Ambekar A./Strathdee, S. A. (2010): Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 375(9719), 1014–1028.
- Meyer, D./Schmidt, M. (2011): Spritzenautomaten in Nordrhein-Westfalen. In Schäffer, D. & Stöver, H. (Hrsg.): *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis – Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 195-206.
- Rhodes, T./Hedrich, D. (2010): Harm reduction and the mainstream. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 19-33.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2016): Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin 2016. DOI: 10.17886/rki-publ-2016-007.2
- Robert Koch-Institut (RKI) (2017): *Epidemiologisches Bulletin. HIV-Jahresbericht 2016*, Nr. 39/2017. DOI: DOI 10.17886/EpiBull-2017-051
- Stöver, H. (2012): Drogenabhängige in Haft – Epidemiologie, Prävention und Behandlung in Totalen Institutionen. In: *Suchttherapie* 13, S. 74-80
- Uchtenhagen, A. (2005): Risiko- und Schadensminimierung – wie wirksam sind sie? *Suchttherapie*, 6(02), 52–59.
- UNODC/ILO/UNDP/WHO/UNAIDS (2013): *HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions*. Vienna: UNODC.
- UNODC (2015): *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings*, online verfügbar unter: http://www.unodc.org/documents/hivaids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf; letzter Zugriff: 18.01.2018.
- World Health Organization (WHO) (2004): *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organization/United Nations Office on Drugs & Crime/UNAIDS (2007): *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Evidence for action technical papers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. WHO, UNODC, UNAIDS.

Was heißt hier schwer erreichbar? Über die Notwendigkeit des Angebots von Beratung, Testung und Behandlung für Drogengebraucher_innen in niedrigschwelligen Einrichtungen

Dirk Schaeffer

Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit der Notwendigkeit, die Prävention, Erkennung und Behandlung von Infektionskrankheiten bei Drogengebraucher_innen zu verbessern. Es wird gefordert, entsprechende Angebote in der niedrigschwelligen Drogenhilfe zu fördern. Die Modellprojekte „TEST IT“ und „DAS CHECK ICH“ haben gezeigt, dass solche Maßnahmen von den Konsumierenden akzeptiert werden.

Frauen und Männer, die ihre Substanzen intravenös konsumieren, sind aufgrund des teilweise gemeinsamen Gebrauchs von Konsumutensilien wie Wasser, Filter, Spritze und Nadel besonders gefährdet, durch Blut übertragbare Infektionen wie z.B. HIV, Hepatitis C (HCV) und Hepatitis B (HBV) zu erwerben. Studien zeigen zudem, dass auch andere Konsumformen wie z.B. der inhalative Konsum durch die gemeinsame Benutzung von Snief- bzw. Ziehutensilien Risiken für den Erwerb einer HCV oder HBV Infektion darstellen. Gleiches gilt für den scheinbar immer beliebter werdenden inhalativen Konsum von Crack bzw. von rauchbarem Kokain sowie Metamphetamin. Beim Rauchen dieser Substanzen entstehen hohe Temperaturen, die zu Verbrennungen und Rissen an Lippen und Mund führen können, die über die gemeinsame Benutzung von Pfeifen ein erhebliches Risiko für Hepatitis C und B darstellen. Dies bedeutet, dass das Risiko für eine Übertragung von HCV und HBV für Drogengebraucher_innen aller Applikationsformen besteht.

Hepatitis C Virusinfektionen bei intravenös Drogen gebrauchenden

Um Seroprävalenzdaten für HIV, HBV und HCV sowie damit gekoppelte Daten zu Wissen, Risiko- und Präventionsverhalten von intravenös Drogen gebrauchenden in Bezug auf diese Infektionen zu erfassen, wurde von 2011 bis 2015 vom RKI die DRUCK-Studie („Drogen und chronische Infektionskrankheiten“) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden u.a. in gezielte Präventionsempfehlungen zum Schutz vor HIV und HCV sowie HBV bei intravenös Drogen Gebrauchenden zusammengefasst.

In der Gesamtstudienpopulation wiesen 70% der Proben der DRUCK Studie serologische Marker mindestens einer der drei untersuchten Infektionen auf. Die Seroprävalenz von HIV bewegte sich zwischen 0-9%, von HCV zwischen 42-75%, wobei eine aktive Infektion mit nachweisbarer Virus -RNA in 23- 54% vorlag.

Empfehlungen für die niedrigschwellige Drogenhilfe

Aus den Studienergebnissen wurden Empfehlungen generiert, die sich insbesondere auf Angebote der niedrigschwelligen Drogenhilfe beziehen. Es sollten gezielte Kurzberatungen, insbesondere bei Wissenslücken zu Transmissionswegen, eingerichtet werden. HIV und HCV (Antikörpertest und PCR) sollten als regelmäßiges Angebot implementiert werden. Die Testung zu Infektionskrankheiten soll von qualifizierter Beratung zur Bedeutung des Testergebnisses begleitet werden. Ferner sollen regelmäßige Schulungsangebote zur Qualifizierung von (nichtmedizinischem) Personal in niedrigschwelligen Drogenhilfen als (Test-)beratende angeboten werden.

Demzufolge sollte das Thema Infektionserkrankungen einen prominenten Stellenwert in der Arbeit insbesondere jener Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe einnehmen, die über einen niedrigschwelligen Zugang verfügen und die Angebote der Schadensminderung (Harm Reduktion) vorhalten.

Die Erfahrungen der Modellstandorte

Bisher sind solche Angebote, bis auf ganz wenige Ausnahmen, ausschließlich in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe eingerichtet worden, die an Modellprojekten wie „TEST IT“ oder „DAS CHECK ICH“ teilnehmen. Die Erfahrungen in Modellstandorten zeigten, dass Angebote der Beratung und Testung in Einrichtungen mit niedrigschwelligen Zugang durchgeführt werden können. Die bisherigen Erfahrungen machen deutlich, dass neben der Beratung und Testung auch ein Angebot des Übergangs in eine antiretrovirale Behandlung erforderlich ist. Aufgrund der positiven Entwicklungen der Behandlung von chronischen HCV Infektionen mit DAA (direct acting antivirals) und der hiermit verbundenen deutlichen Verkürzung der Behandlungsdauer zwischen 8 und 12 Wochen ohne nennenswerte Nebenwirkungen und einer Heilungsrate von über 95%, besteht mit einem solchen Angebot „aus einer Hand“ die Chance die Behandlungsquote von Drogengebraucher_innen deutlich zu erhöhen.

Die große Chance der vollständigen Eliminierung von Hepatitis C

Der von der WHO im Mai 2016 veröffentlichte GLOBAL HEPATITIS REPORT zeigt, dass weltweit nur etwa 7 Prozent der 71 Millionen Menschen, die von einer chronischen Hepatitis C betroffen sind, antiviral behandelt werden. Aufgrund der zahlreichen Neuentwicklungen der letzten Jahre sieht die WHO vor allem in der Ausweitung der Behandlungen einen erfolgversprechenden Ansatz der Viruselimination. Als Ziel wird die Reduktion der Inzidenz um 90% und der Mortalität um 65% bis zum Jahr 2030 genannt.

In Bezug auf die Behandlung der HCV sind wir in Deutschland prinzipiell gut aufgestellt. Laut Leitlinie kann jeder Patient mit HCV-Virusnachweis, der länger als sechs Monate besteht, auch behandelt werden. Eine Substitutionsbehandlung und aktueller Drogenkonsum sind keine Gründe, Personen von einer Behandlung auszuschließen.

Für eine wirkliche Reduktion der Prävalenz und der Inzidenz bedarf es allerdings eines guten Zusammenspiels von Prävention, Diagnose und Behandlung. Und hier liegt umgangssprachlich „der Hase im Pfeffer“, denn insbesondere für Drogengebraucher_innen benötigen wir neben der Bereitstellung von Konsumutensilien auch kontinuierliche Screenings (Tests) und ausreichend Ärzte, die bereit sind, Drogengebraucher_innen zu behandeln.

Wer soll das bezahlen...oder wer hat Interesse?

Eine Gesamtschau auf die Situation in Deutschland macht deutlich, dass es in verschiedenen Bereichen großen Nachhol- und Anpassungsbedarf gibt.

- Einrichtungen der AIDS- und Drogenhilfe benötigen mehr finanzielle Mittel, um eine bedarfsgerechte Vergabe von Konsumutensilien durchführen zu können (vgl. Schaeffer/Leicht in diesem Band). Anders als früher, ist es nicht mehr mit der traditionellen Spritzenvergabe getan. Zur Prävention von HCV-Virusinfektionen bedarf es heute einer breiten Palette von teilweise kostenintensiven Konsumutensilien für alle Applikationsformen.
- Insbesondere niedrigschwellige Einrichtungen müssen sich deutlich mehr als bisher für das Thema „HIV und Hepatitis bei Drogengebraucher_innen“ verantwortlich fühlen. Mitarbeiter_innen sollten sich mit der Testung auf HIV und Hepatitis B und C qualifiziert auseinandersetzen, entsprechende Beratungsangebote anbieten und die Überweisung in Behandlungsangebote organisieren. Hierzu gilt es, Kooperationen mit Mediziner_innen einzugehen, die bereit und in der Lage sind, den Fokus gemeinsam mit der Drogenhilfe insbesondere auf jene Drogengebraucher_innen zu richten, die keinen bzw. einen eingeschränkten Zugang zu medizinischen Angeboten haben (vgl. Schumann/Schanz/Richter in diesem Band).
- Das Thema HIV und HCV ist in der Suchtmedizin, also dort wo sich etwa 40% der Heroinkonsumenten in einer täglichen Substitutionsbehandlung befinden, deutlich unterrepräsentiert. In vielen Praxen fehlt es an kontinuierlichen Testangeboten sowie an Möglichkeiten der Behandlung ob durch substituierende Ärzte selbst oder durch Gastroenterologen oder Hepatologen.

Klar ist, dass Einrichtungen der Drogenhilfe solche Angebote nicht ohne zusätzliche Mittel etablieren können. Neben der Anschaffung des medizinischen Equipments sind insbesondere Personalkosten für Berater_innen sowie Mediziner_innen erforderlich.

Hier sind die Kommunen und Länder gefragt, dem Thema Hepatitis ideell und finanziell den Stellenwert einzuräumen, der erforderlich ist, um Test- und Behandlungsquoten deutlich zu erhöhen. Die positiven Ergebnisse von bereits durchgeführten Modellprojekten wie z.B. „TEST IT“ und von aktuell durchgeführten Projekten

wie „DAS CHECK ICH“ zeigen, dass die Gruppe der Drogengebraucher_innen nicht schwer zu erreichen ist, wenn Angebote dort etabliert werden, wo es einen niedrigschwelligen Zugang gibt und die Nutzer_innen den Mitarbeitenden vertrauen – eben in niedrigschwelligen und szenenahen Einrichtungen der Drogen- und Aidshilfe.

Literatur

World Health Organization (2017): Global Hepatitis Report 2017, Geneva.

Robert Koch-Institut (2016): Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronischen Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin.

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

Gute Behandlungsangebote in und bedarfsgerechte Überleitung nach der Haft – was kann, was muss gemacht werden?

Heino Stöver

Zusammenfassung

Die Behandlung Drogenabhängiger im Vollzug und die Überleitung in Freiheit sind große Probleme im Justizvollzug in Deutschland. Eine Kontinuität von Drogenbehandlungen wird größtenteils nicht gewährleistet – die Übergänge von der Freiheit in die Haft und wieder in die Freiheit zurück sind gekennzeichnet durch Behandlungsabbrüche, Drogenrückfälle, Morbidität und Mortalität. Um die drogenbedingte Mortalität nach Haftentlassung zu senken, werden insbesondere die Opioid-Substitutionsbehandlung sowie die Vergabe von Naloxon-Kits und Drogennotfallprophylaxe-Trainings eingehender vorgestellt.

Einleitung

Trotz gegenläufig ausgerichteter Sicherungsbestrebungen wird deutlich, dass der *Konsum illegaler und auch legaler Drogen für Inhaftierte in den letzten 30 Jahren zur Alltagsrealität* geworden ist – und zwar mit steigender Tendenz (Gerlach/Stöver 2012; Thane 2013). Damit verbunden sind gesundheitliche Folgeprobleme für die Betroffenen (vor allem Abhängigkeiten, virale Infektionskrankheiten, Drogennotfälle, Komorbiditäten) und soziale Notlagen (Beschaffungsdruck im Gefängnis mit neuen Abhängigkeiten, Risiken, Verschuldungen). Das Gefängnis bildet spiegelbildlich gesellschaftliche Probleme und individuelle Notlagen Drogenabhängiger ab: Drogennotfall, Drogentod in Haft, aber vor allem unmittelbar nach Haftentlassung, Zunahme der Zahl der Drogengebraucher_innen, Händlerhierarchien, verunreinigte und gestreckte Stoffqualitäten mit unkalkulierbaren Reinheitsgehalten, Infektionsrisiken (HIV/Hepatitis) durch gemeinsamen Gebrauch insterilen Spritzbestecks, da offiziell keine sterilen Spritzen im Vollzug erhältlich sind. Die Organisation des Drogenkonsums, der Beschaffung, des Verkaufs von Gegenständen verbunden mit Bedrohungen, Schuldeneintreiben und Erpressungen schafft ein Klima von Hektik, Dynamik, oftmals auch Gewalt, das von vielen als völlig vom Drogenthema dominiert erlebt wird.

Die Gruppe der Gefangenen, *die abhängig von einer oder mehreren illegalen Substanzen sind*, bildet etwa ein Drittel im Männer- und mehr als die Hälfte im Frauenvollzug (Gerlach/Stöver 2012). Für diese Gruppen stellt sich die Frage, ob die Abhängigkeit bei der Inhaftierung verschwiegen wird, um befürchteten Nachteilen während des Vollzugs der Strafe zu entgehen (Angst vor Stigmatisierung oder davor,

von Mitgefangenen unter Druck gesetzt zu werden, keinen Zugang zu bestimmten Privilegien – wie z.B. Küchendienst – zu erhalten etc.). Allerdings sind viele Gefangene bereits in den Anstalten als „Drogenabhängige/-gefährdete“ bekannt oder es geht aus dem Urteil, persönlichen Angaben oder positiver Urinkontrollen bei Inhaftierung hervor. Kann die Abhängigkeit oder der fortgesetzte Missbrauch von Drogen verschwiegen werden, wird der oder die Gefangene versuchen, Entzugssymptome selbst zu bewältigen, ggf. unter Zuhilfenahme bestimmter schmerzlindernder Substanzen. Möglicherweise ist auch bereits im Polizeiarrest ein Entzug durchgeführt worden. Wird der Drogenkonsum, die Abhängigkeit in der Eingangsuntersuchung benannt, kann der medizinische Dienst – der sich oft seiner Unabhängigkeit nicht bewusst ist (Pont et al. 2018) – adäquate Entzugsbehandlungen einleiten. Dies ist vor allem für Opioidabhängige von besonderer Bedeutung, denn eine qualifizierte Entzugsbehandlung hier sieht die Anwendung anerkannter Substitutionsmittel – wie Methadon oder Buprenorphin – in angemessenen Schritten vor (Keppler 2009/Kastelic et al. 2008).

Übereinstimmend wird heute *Drogenabhängigkeit als Krankheit* verstanden (Poehlke et al. 2016). Der vollzugliche Umgang mit Drogenabhängigen schwankt jedoch zwischen den Bewertungen „krank“, „charakterschwach“ und „kriminell“. Die gleichzeitige Etikettierung als krank – infolgedessen nicht verantwortlich für das eigene Handeln – und als kriminell verursacht außer der Doppeldiskriminierung situative, interaktionelle und vollzugliche Verwirrung. Bei den Betroffenen führt sie zu Verunsicherung über die eigene Identität und Rollenerwartung.

1. Kriminalisierung der Konsumenten und Drogenkonsum in Haft

Der *Prozess der Kriminalisierung* der Konsumenten illegaler psychoaktiver Substanzen hat in Deutschland ein hohes Ausmaß angenommen. Die Zahl der polizeilich festgestellten Rauschgiftdelikte stieg 2015 auf mehr als 280.000 an (Bundeskriminalamt 2015). In etwa 75% handelt es sich um sog. „konsumnahe Delikte“ mit Mengen zum Eigenbedarf (nach § 29 BtMG). Im Jahr 2011 wurden knapp 47.000 Personen aufgrund eines BtMG-Verstoßes verurteilt (Statistisches Bundesamt 2013). Davon befanden sich zum Stichtag 31.03.2011 insgesamt 8.841 Personen, also 14,7 % aller Gefangenen, in Einrichtungen des Freiheitsentzugs (Statistisches Bundesamt 2011). Unklar ist, ob es sich dabei um Konsument_innen, Abhängige oder Händler_innen handelt. Man geht aber davon aus, dass ein erheblicher Teil der wegen BtMG-Verstößen Inhaftierten selbst Drogen konsumiert bzw. davon abhängig ist, und darüber hinaus weitere Drogenkonsument_innen beispielsweise wegen Beschaffungskriminalität verurteilt wurden, die in den Statistiken unter anderen Kategorien als BtMG-Verstößen aufgelistet werden. Zudem sind vermutlich auch einige „unauffällige“ Drogenkonsument_innen inhaftiert, d.h. Personen, die noch nie wegen ihres Drogenkonsums polizeilich auffällig geworden sind, und auch solche, die erst in Haft beginnen Drogen zu nehmen.

Die repräsentative „DRUCK“-Studie des Robert Koch Instituts (Robert Koch-Institut 2016) beschreibt den Prozess der Kriminalisierung: von den mehr als 2.000 in Freiheit befragten Drogenabhängigen waren 81% bereits inhaftiert (mittlere Haftdauer: 5 Jahre, im Mittel 5,6 Mal inhaftiert), 30% der jemals Inhaftierten haben in Haft Drogen injiziert, und 11% der je Inhaftierten mit intravenösem Drogengebrauch

haben in Haft ihren i.v.-Konsum begonnen (Höselbarth et al. 2011). In einer anderen britischen Studie gab rund ein Fünftel der intramuralen Drogenkonsument_innen an, den Konsum, v.a. von Heroin, in Haft begonnen zu haben (Singleton et al. 2003: 150).

Insgesamt muss v.a. nach den Ergebnissen der DRUCK-Studie davon ausgegangen werden, dass es sich bei drogenbezogenen Delikten im Wesentlichen um Kurzstrafen handelt, d.h. aber auch gleichzeitig, dass die Übergangszeiten – von der Freiheit in die Haft und von der Haft in die Freiheit erhebliche gesundheitliche und soziale Risiken bergen, insbesondere was fatale Überdosierungen, Infektionsrisiken unmittelbar nach Inhaftierung und Haftentlassung angeht (Heinemann 2009), aber auch den Wohnungsverlust, Wiedereintritt in die gesetzliche Krankenversicherung – was im Bundesdurchschnitt mehr als 30 Tage dauert (Problemanzeige der Wohlfahrtsverbände 2015). Der Strafvollzug – das zeigen diese Daten – wird zu einer Durchgangsstation, zu einem wichtigen Teil der Biographie für die meisten Drogenkonsumenten.

Gegenwärtig muss man bei etwa 63.600 Straf- und Untersuchungsgefangenen (Statistisches Bundesamt 2015) querschnittlich von ca. 15.000 (13.140-17.760) Opioidkonsument_innen bzw. -abhängigen allein in den Justizvollzugsanstalten Deutschlands ausgehen (ohne Maßregel, Polizeiarrest) – im Verlaufe eines Jahres von etwa doppelt so viel. Etwa jede_r Zehnte der allgemein angenommenen Gesamtzahl von mind. 150.000 problematischen Drogenabhängigen ist somit inhaftiert. Bei 11.000 zur Verfügung stehenden Therapieplätzen befinden sich also etwa 1,5 Mal mehr Drogenkonsument_innen im Gefängnis als in Therapieeinrichtungen.

Der Anteil von Frauen mit Drogenkonsumerfahrungen und Drogenkonsumproblematik ist unter Inhaftierten hoch. In Deutschland wird davon ausgegangen, dass ca. 50% der inhaftierten Frauen einen problematischen Drogenkonsum bzw. eine Abhängigkeit aufweisen (Stöver/Trautmann 2009). Eine Untersuchung im Bremer Frauenvollzug ergab einen Anteil von 73% Drogenkonsumentinnen der am Stichtag inhaftierten Frauen für den geschlossenen Vollzug (Koltje/Schmidt-Semisch 2006). Insbesondere jüngere Frauen unter 30 konsumieren zu einem größeren Anteil Drogen als ältere Frauen (Plugge, E./Yudkin, P./Douglas, N. 2009: 215). Drogenkonsumierende inhaftierte Frauen sind mit einer Vielfalt an Problemlagen konfrontiert. Dazu gehören die instabile familiäre Situation, eine ungenügende Schul- und Berufsbildung, finanzielle Abhängigkeiten von staatlichen Versorgungsleistungen, Drogenkonsum als Bewältigungsverhalten, eine hohe Zahl an Vorverurteilungen und wiederholte Haftverfahren, die Häufung psychischer Problemlagen sowie die Vielzahl an schwerwiegenden Infektionen und Erkrankungen (Koltje/Schmidt-Semisch 2006: 21 f.).

2. Drogenbedingte infektiologische Folgeerkrankungen: HIV/AIDS, HCV, Tuberkulose, sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs)

Seit Mitte der 80er Jahre ist der Justizvollzug zunehmend mit der Verbreitung *viraler und bakterieller Infektionskrankheiten* wie HIV/AIDS, Hepatitiden (A, B und C), STIs und Tuberkulose konfrontiert. Die anfängliche Hysterie ist mehr und mehr einer nüchternen Betrachtung der tatsächlichen Gefährdung für (Mit-)Gefangene und Bedienstete gewichen. Anfängliche Rufe nach Isolation und Zwangstestung aller Gefangenen sind weitgehend verstummt. Der Normalisierungsprozess gegenüber HIV/

AIDS drückt sich aus in dem Abbau diskriminierender formaler Umgehensweisen in den Verwaltungsvorschriften vieler Justizbehörden (Stöver/Lines 2006). Mehr und mehr setzt sich – allerdings mit erheblichem Zeitverzug – auch in den Gefängnissen die Wahrnehmung von HIV/AIDS als einer chronischen, aber behandelbaren Krankheit durch.

Trotzdem bestehen nach wie vor erhebliche Problembereiche für HIV-Infizierte oder bereits an AIDS erkrankte Gefangene. Eine der in Freiheit entsprechende Infrastruktur von Schutzvorkehrungen – z.B. die Vergabe sterilen Spritzbestecks (Stöver/Knorr 2014) oder Kondomen (Stöver et al. 2018) – ist nach wie vor äußerst mangelhaft umgesetzt (Lazarus et al. 2018). Dazu kommt, dass mit der langjährigen Fixierung auf HIV/AIDS den ebenso existentiell bedrohlichen Hepatitis-Infektionskrankheiten (B u. C) zu wenig Beachtung geschenkt wurde (vgl. Bielen et al. 2018; Stöver et al. 2018; *Aktionsbündnis HCV* 2006). Die Herausforderung für den Strafvollzug und die Gesundheitsfürsorge lautet daher: Bekämpfung der Infektionskrankheiten allgemein und nicht mehr nur von HIV. Eine vormalige Inhaftierung ist für das Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten erheblich (Bayrer et al. 2003: 153).

Die hohe Verbreitung von Infektionskrankheiten (Moazen et al 2018) bedeutet aber auch für das Übergangsmanagement, dass sowohl eine Kontinuität der Behandlung viraler und antiviraler Infektionskrankheiten, als auch nach Haftentlassung Angebote zur HIV/HCV-Testung sichergestellt werden müssen.

3. Überdosierungen: insbesondere an der Schnittstelle Haft – Freiheit

Im Vollzug ändern sich nicht nur Verfügbarkeit, Reinheit und die Kosten der Drogen, sondern häufig auch die Motive, die präferierte/n Substanz/en, die Häufigkeit sowie die Applikationsform (Thane 2013: 73). Mit jeder zusätzlichen Droge wird das Risiko einer Überdosierung verdoppelt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2016: 38 f.). Ausschlaggebend ist jedoch die *gesunkene Toleranz des Körpers gegenüber den Opiaten*, welche sich nach längeren Abstinenzphasen sowie dem veränderten Konsum in Haft einstellt. Binswanger zeigt in einer Studie auf, dass viele Inhaftierte die geringe Kenntnis über eine verminderte Drogen-Toleranz, als Hauptursache eines Drogennotfalls nennen (vgl. Binswanger 2014; Merral et al. 2010). Des Weiteren spielt das Umfeld, in das die Gefangenen entlassen werden, eine entscheidende Rolle. Stressoren infolge des Haftaufenthaltes, wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Bezüge und soziale Isolation stellen ein signifikantes Rückfallrisiko dar (Schäffer/Höpfner 2011; Binswanger 2014). Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach erzwungenen Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums. Nach längeren Abstinenzphasen, wie zum Beispiel bei einem Haftaufenthalt üblich, steigt das Risiko einer Überdosierung an. Laut Schätzungen der WHO (WHO Regional Office for Europe 2012) sterben ca. 20% aller sogenannten Drogentoten aufgrund eines Rückfalls aus „erzwungener Abstinenz“. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumierende harter Drogen ist die Phase nach Entlassung aus der Haft. Besonders die ersten 7 Tage nach Entlassung unterliegen nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt

zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30 und 120fach erhöht sind. Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten und zweiten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten 2 Wochen wird zumeist etwa 4-7 fach erhöht beschrieben). Das Risiko sinkt wöchentlich um 50% ab und stabilisiert sich nach vier Wochen (WHO Regional Office for Europe 2012; Stöver/Hariga 2015). Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentoten in den 2 Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13%). Ein solcher Abgleich wird allerdings nicht systematisch durchgeführt. Es wird davon ausgegangen, dass zu den typischen Umständen des Drogentodes kurz nach Haftentlassung intravenöser Konsum, prekäre Wohnumstände, Arbeitslosigkeit, psychiatrische Komorbidität mit Suizidalität gehören. In einer bereits länger zurückliegenden Analyse der Hafterfahrung von Drogentodesfällen aus dem Zeitraum 1990 bis 1997 in Hamburg zeigten sich assoziiert mit einem zeitnahen Tod nach Gefängnisaufenthalt im Vergleich zu späteren Todesfällen die Faktoren jüngeres Lebensalter bei Haftende, häufige Haftaufenthalte in der Vorgeschichte, hohe Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes (Heinemann/Kappos-Baxmann/Püschel 2002).

4. Übergangsprobleme und Übergangsübungen

DrogenkonsumentInnen gelten im Justizvollzug ganz überwiegend als nicht lockerungstauglich, so dass hier von einer Schlechterstellung gegenüber anderen Gefangenen ausgegangen werden kann. Sogenannte „vollzugsöffnende Maßnahmen“ kommen für Gefangene, die „erheblich suchtfährdet sind“, nur im Ausnahmefall in Betracht, in der Regel nur dann, wenn besondere Umstände die Annahme begründen, dass eine Missbrauchsgefahr nicht gegeben ist. Dies bedeutet in der Praxis, dass der Sozialdienst vollzugsöffnende Maßnahmen für Drogenkonsumierende mit erheblichem Mehraufwand begründen muss. Da in diese Entscheidungen das Vollzugsverhalten mit einbezogen wird, können Disziplinarmaßnahmen, die in Verbindung mit illegalisierten Drogen stehen, zu einem Ausschluss führen. Eine Ausführung, die durchaus gewährt werden kann, ist daran gekoppelt, dass genügend Personal vorhanden sein muss. Bei geplanten Ausführungen und einer z.B. hohen Krankheitszahl der Bediensteten an einem solchen Tag kann die Ausführung u.U. nicht stattfinden. Somit kommt für diese Gefangenenengruppe auch die vorzeitige Entlassung häufig nicht zum Tragen, da hierfür die Voraussetzung einer Bewährung unter Lockerungen gilt (Eder 2012: 91). Dies kann für Gefangene ein Argument sein, ihre Konsumerfahrungen der JVA zu verschweigen, wenn es möglich ist. Die angenommene Nicht-Eignung bedeutet aber auch, dass drogenkonsumierende/-abhängige Gefangene kein Probehandeln von Freiheit einüben können und somit wenig Chancen auf einen geregelten Wiedereinstieg in die Gesellschaft haben.

Die meisten Landesstrafvollzugsgesetze treffen keine Aussagen über die *Gewährung von Lockerungsmaßnahmen und Urlaub speziell bei drogenabhängigen Gefangenen* (anders in Hessen § 13 Abs. 5 Nr. 3 HStVollzG). Verwaltungsvorschriften ohne gesetzliche Entsprechung können auch keine Einschränkungen rechtfertigen (vgl. die alte Kommentierung zu § 11 StVollzG). Maßnahmen der Gewährung von Locke-

rungsmaßnahmen und Urlaub speziell bei drogenabhängigen Gefangenen werden in der Praxis oft abgelehnt. Hintergrund dieser Einschränkungen ist die Sorge der Anstalt, dass konsumierende Gefangene die Lockerung missbrauchen könnten. Sie gelten von vorneherein als weniger einschätzbar als nicht-konsumierende Gefangene. Meist wird ausschließlich mit dem Wortlaut der VV das Versagen der Lockerungen begründet, obwohl es rechtlich unzulässig ist und jeder Einzelfall individuell gerechtfertigt werden müsste. Infolge dieser Handhabung scheidet für Drogenabhängige vielfach auch eine vorzeitige Entlassung aus, die im Allgemeinen nur genehmigt wird, wenn sich die Inhaftierten vorab in den unterschiedlichen Stufen der Lockerungsmaßnahmen bewährt haben (Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) 2012). Eine Haftentlassung zur Hälfte der Strafe erfolgt nur vereinzelt, wobei die Drogenabhängigen reelle Erfolgsaussichten zur Entlassung nach zwei Dritteln der Haftzeit haben (meist geknüpft an die Auflagen, eine Therapie zu absolvieren). Vorzeitige Entlassungen richten sich nach dem Abhängigkeitsgrad und der positiven Sozialprognose durch den Sozialdienst und die externe Drogenberatung. Bspw. wurde in Hessen im Jahr 2009 eine Zurückstellung der Strafvollstreckung nach §35 BtMG in 300 Fällen, eine Strafaussetzung zur Bewährung nach § 57 StGB (oftmals verbunden mit einer Therapieauflage) in ca. 80 Fällen berichtet. Für Inhaftierte, die entweder bereits vor der Haft substituiert wurden oder erst im Gefängnis damit begonnen haben, sind die Aussichten auf eine Befürwortung einiger Maßnahmen (bspw. Ausgang, Hafturlaub) eher günstig. Die Chancen auf eine Gewährung erhöhen sich zudem, wenn Einrichtungen schriftlich einladen oder Ausgänge für Ämtergänge beantragt werden. Vor der Entlassung müssen viele Angelegenheiten persönlich geregelt werden (bspw. Anträge beim Arbeitsamt, Vorstellungsgespräche). Ohne dementsprechende Vollzugslockerungen ist dies aber nicht möglich. Somit beginnt der Neustart in Freiheit mit einer Vielzahl von unerledigten Aufgaben (vgl. Lang 2008: 158 f.).

Angeichts mangelnder Handlungsalternativen und sozialer Kontakte sowie persönlicher Defizite endet dies vielfach im erneuten Anschluss an die Drogenszene. Diese Desintegration gilt es durch eine angemessene Entlassungsvorbereitung zu verhindern.

5. Übergangsstrategien

Im Spannungsfeld von Kontroll- und Hilfestrategien orientiert sich der Vollzug in seinen Hilfemaßnahmen fast ausschließlich an der *Abstinenz als einzigem Behandlungs- und letztlich auch Vollzugsziel* („künftig ein Leben ohne Straftaten zu führen“, § 2). Die Methode der Wahl stellt die Überleitung in externe Behandlungseinrichtungen dar („Therapie statt Strafe“ nach §§ 35 ff. BtMG). Viele Staatsanwaltschaften und Gerichte legen allerdings den Kausalzusammenhang zwischen Tat und Betäubungsmittelabhängigkeit seit kurzem enger aus, bzw. lehnen mit der Begründung „fehlender Kausalzusammenhang“ eine Strafrückstellung nach §35 BtMG und den Beginn einer Drogentherapie ab. Den Hintergrund bildet ein BGH-Urteil (v. 4.8.2010 – 5AR (VS) 23/10), das die vielfach übliche Praxis der Umstellung der Vollstreckungsreihenfolge mehrerer Strafen nicht mehr zulässt. „Der BGH regelt einheitlich, dass jede Strafe zwingend erst zum 2/3-Termin unterbrochen werden kann. Sobald mehrere Strafen ausgesprochen wurden, müssen alle bis zum 2/3-Zeitpunkt verbüßt werden, und eine

Entlassung ist frühestens zum „Gesamtzweidritteltermin“ möglich. Die Folge sind längere Aufenthalte im Justizvollzug (Bürkle et al. 2010: 34).

Bei der *bedingten Entlassung* aus der Haft nach §§ 57 StGB bzw. 88 JGG werden ebenfalls Probleme sichtbar: Durch die Rechtspraxis beim § 57 StGB i.V.m. §12 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI sind Rentenversicherungsträger z.T. nicht mehr bereit, eine Zusage für die Kostenübernahme der Rehabilitation zu geben, sondern erst dann, wenn die Strafvollstreckungsbehörde mitteilt, dass der § 57 StGB Anwendung findet. „Daraus entsteht ein Teufelskreis, der zu einer Verlängerung der Haftzeit führt, und nicht selten dazu, dass gar keine Reha-Maßnahme mehr angetreten wird.“ (Bürkle et al. 2010: 34). Vor diesem Hintergrund ist auch zu erklären, dass die Zahlen der Drogenabhängigen im Maßregelvollzug (Unterbringung nach § 64 StGB) seit Jahren kontinuierlich ansteigt (Seifert/Leygraf 1999). Der tatsächliche Kausalzusammenhang zwischen Straftat und Drogenabhängigkeit ist also bei der strafrechtlichen Prüfung durch Staatsanwaltschaften/Rechtspfleger zu beachten.

Therapievorbereitende Kurse, Therapiemotivationsgruppen etc. sollen die Gefangenen auf eine mögliche Abstinenztherapie vorbereiten. Diese Angebote existieren in den meisten Justizvollzugsanstalten. Ein Beispiel hierfür ist die Therapiemotivationsgruppe in der JVA Wittlich: „Ziel der Therapiemotivationswohngruppe ist, die Inhaftierten für eine intensive Auseinandersetzung mit ihrer drohenden bzw. bereits manifesten Abhängigkeitsproblematik zu motivieren“ (Leitges, R./Reinehr, K. 2012: 28). Durch die in dieser Wohngruppe vorgeschriebene Abstinenzüberprüfung mittels Urinkontrollen (Leitges, R./Reinehr, K. 2012) wird das Therapieziel der Abstinenz jedoch bereits zur Voraussetzung der Teilnahme an der Motivationsgruppe. Ein Vorschlag aus Schottland hierfür sind Assessment Instrumente, die die Veränderungs- und Therapiemotivation abschätzen sollen, damit sich die begrenzte Behandlungskapazität auf diese motivierten Gefangenen konzentrieren kann (McIntosh 2006).

Drogenfreie Stationen sind in der Regel in sich geschlossene Abteilungen, die Gefangenen ein Leben ohne Drogen in Haft ermöglichen und einüben sollen. Dies wird durch größere Kontrollintensität (Urinkontrollen), meist, aber nicht immer, begleitet von therapeutischen oder anderen Behandlungsangeboten, und weitgehender Trennung von anderen Stationen erreicht. Häufig erfahren die Insassen solcher Stationen mehr Privilegien wie z.B. längeren Umschluss, Freizeitangebote oder Lockerungen bzw. eine „positivere Prognose ihrer Suchterkrankung“ (Eder 2012: 267). Die Gefangenen unterschreiben häufig eine „Vereinbarung“ und erklären sich mit den speziellen Regeln einverstanden (WHO/UNODC/UNAIDS 2007). Drogenfreie Stationen können Konsumierende während der Haft in einer abstinenten Lebensweise unterstützen, die Effektivität solcher Stationen ist jedoch nicht nachgewiesen (WHO/UNODC/UNAIDS 2007: 22).

Unter *Contingency Management* werden Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, unmittelbar Wohlverhalten zu belohnen. Der Leitgedanke dabei ist: Es muss sich für den inhaftierten Drogengebraucher lohnen, auf Drogen zu verzichten und abstinent zu leben. In einer Kosten- und Nutzenrechnung spielen attraktive Angebote die Hauptrolle – Vergünstigungen, Privilegien, mehr Lebensqualität für den Haftaufenthalt, Pakete, Besuche etc.

In einigen Sozialtherapeutischen Haftanstalten in Deutschland wird jungen Gefangenen mit einer Drogenproblematik, die entweder wegen rechtlicher Hindernisse, mangelndem Durchhaltevermögen oder sonstigen Gründen an einer externen Dro-

gentherapie nicht teilnehmen können, die Möglichkeit geboten, eine *Drogentherapie innerhalb des Strafvollzugs* durchzuführen. Im sog. „Crailsheimer Modell“ bilden fünf Bereiche die Behandlungsschwerpunkte (Stelly/Thomas 2013):

- Arbeit an der Drogenproblematik,
- Heranführen an Arbeit und soziale Pflichten,
- körperliches Aufbautraining,
- Nachreifung der Persönlichkeit und
- Entlassungsvorbereitung.

Die therapeutische Arbeit erfolgt in Einzel- und Gruppengesprächen und orientiert sich am Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Therapiegespräche sind Teil gemeinsamer Freizeit- und Arbeitsabläufe innerhalb eines strukturierten Tagesablaufs im Sinne der Milieuthérapie. Die Gefangenen sind in zwei Wohngruppen untergebracht. Neben der Arbeit in internen Betrieben, der sozialarbeiterischen Betreuung, sportlichen Aktivitäten sowie angeleiteter und eigenverantwortlicher Freizeitgestaltung sieht das Behandlungskonzept auch Veranstaltungen außerhalb der Anstalt wie erlebnispädagogische Maßnahmen, Stadteinkauf, Termin bei Ämtern etc. vor. Die Behandlung umfasst plangemäß neun Monate und ist in vier Stufen mit zunehmenden Pflichten und Freiheiten gegliedert (zwei Monate Zugang, zwei Monate zentrale Behandlung Teil I, drei Monate zentrale Behandlung Teil II, zwei Monate Entlassungsvorbereitung). Die Behandlung/Betreuung erfolgt durch einen Pädagogen, eine Psychotherapeutin, eine Sozialarbeiterin und 16 Bedienstete im Allgemeinen Vollzugsdienst. Stundenweise tätig sind zwei Köchinnen, ein Arzt und ein externer Sportlehrer.

Die o.g. Entwicklung, jedoch auch allgemein die Fixierung auf Abstinenzorientierung in der Behandlung von Drogenabhängigkeit führt dazu, dass ein erheblicher Teil von Gefangenen mit auch im Vollzug praktiziertem problematischem Drogenkonsum, für die das Abstinenzziel nicht, nicht mehr oder noch nicht realistisch ist oder für Abstinenztherapien aus Gründen des Versagens der Kostenübernahme durch die Leistungsträger, von adäquaten Drogenhilfemaßnahmen nicht erreicht wird. Dies steht im Gegensatz zu den Entwicklungen außerhalb des Vollzuges in den letzten 30 Jahren: *Unterhalb des Abstinenzzieles haben sich differenzierte, auf Schadensminimierung und Suchtbegleitung abzielende Versorgungs-, Beratungs- und Behandlungsangebote für Drogenabhängige entwickelt* (Stöver, H./Michels, I. 2010). Diese Angebote gehen von der Definition von Drogenabhängigkeit als Krankheit aus, d.h. von einem nicht oder nicht in jeder Lebensphase steuerbaren und folglich nicht definitiv beendbaren Drogenkonsumverhalten der Suchtkranken.

Die Behandlung Drogenabhängiger muss – soll sie erfolgreich sein – Angebotscharakter besitzen, und am besten muss sie Wahlmöglichkeiten bieten (da nicht eine Strategie für alle passt): gesundheitliche Hilfen auch im Suchtbereich im Vollzug setzen allgemein auf persönliche Einsicht, Eigenmotivation und Freiwilligkeit der Betroffenen. Diese kann mehr oder weniger offensiv angesprochen werden. Zwangsbehandlungen hingegen sind Maßnahmen, die sich grundsätzlich nur zum Schutz der Gesundheit Dritter legitimieren lassen (vgl. § 67 LandesR; vgl. Laue 2005); sie dienen der Abwendung akuter Gefahr und sind an sich keine medizinischen oder therapeutischen Heilverfahren. Die Überlegung, durch Androhung oder Zufügung von Übel für eine Therapie zu motivieren, ist nur dann überzeugend, wenn auch Betroffene

subjektiv den erhofften Gewinn für bedeutsamer halten als den Schaden durch das unerwünschte Verhalten. In der Regel werden aber Drogenabhängige den Schaden durch Drogenkonsum zu kompensieren versuchen. Es gelingt zwar, unter Einsatz rigoroser Kontrollen und Reglementierungen vorübergehend Anpassung durchzusetzen. Das Suchtverhalten wird aber hierdurch nicht verändert, sondern wahrscheinlich eher verstärkt.

Trotz und wegen der schwierigen Lage Drogenabhängiger im Vollzug erfordert der Behandlungsauftrag, dass auch der Gruppe der Drogenabhängigen über Angebote der Drogenhilfe hinaus die *Teilnahme an Maßnahmen zur Rehabilitation, Verbesserung der Chancen und Erhöhung der Handlungskompetenz* angeboten werden muss. Der Aufenthalt im Vollzug an sich verstärkt Tendenzen zur Regression, Realitätsflucht und Passivität; Verhaltensdispositionen, die auch bei der Sucht eine Rolle spielen. Die Fähigkeit zu Widerstand gegenüber Verführung und Gelegenheit wird dagegen eher zerstört. Vor diesem Hintergrund ist es geboten, sinnvolle Arbeits-, Ausbildungs- oder Qualifizierungsprojekte auch für drogenkonsumierende oder -gefährdete Gruppen zu entwickeln und sie in den offenen Vollzug zu integrieren.

Zunächst ist der *Sozialdienst die erste Ansprechstation für drogenkonsumierende Gefangene*. Weil jedoch (insbesondere der in der Anstalt fortgesetzte) Drogenkonsum ein hochsensibles Thema für die Gefangenen darstellen kann, sind in vielen Bundesländern bereits in den 1970er Jahren externe Drogenberatungen (EDBs) eingeführt worden. Diese sollten insbesondere zu einer höheren Akzeptanz und Vertraulichkeit beitragen. Das Ziel der externen Suchtberatung ist die Notwendigkeit einer professionellen und auch von den Gefangenen akzeptierten Betreuung und Haft und auch eine Weiterbetreuung nach der Haftentlassung. Damit sollte der Übergang erleichtert, die Drogenhilfeinfrastruktur in Freiheit bekannt und eine vertrauensvolle Arbeit mit den Drogen konsumierenden Gefangenen begonnen werden. Gleichwohl ist die EDB gehalten, bei der Vollzugsplanung mitzuwirken, Beratungs- und Motivations- und Informationsarbeit zu leisten, und eine Vermittlung in ambulante und (teil-)stationäre Therapien sowie Betreuungseinrichtungen vorzunehmen.

Eine wesentliche Erweiterung des therapeutischen Spektrums in der Behandlung Opioidabhängiger ist durch die *Opioid-Substitutionsbehandlung (OST)* erreicht worden. Gemäß Äquivalenzprinzip gelten auch intramural die 2010 überarbeiteten Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Bundesärztekammer 2010). Entsprechend der Richtlinien ist bei einem Wechsel in eine Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme, Inhaftierung oder andere Form einer stationären Unterbringung dafür zu sorgen, dass die Behandlung fortgeführt wird. Darüber hinaus kann eine OST von gegenwärtig abstinenten Opiatabhängigen in beschützender Umgebung wie Krankenhaus oder Gefängnis eingeleitet werden. Sie kann seit ihrer Einführung erhebliche Reduktion des Konsums illegaler Opioide, Erfolge bei der Verbesserung der gesundheitlichen Lage und bei der sozialen Stabilisierung vorweisen (Michels et al. 2009). Zudem kann OST dazu beitragen, dass die im Gefängnis verfügbaren Gesundheitsdienste stärker in Anspruch genommen werden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass OST sich auch günstig auf kriminelles Verhalten auswirkt und drogenbedingte Bestrafungen (Stöver/Stallwitz 2007), kriminelles Verhalten (Vorma et al. 2013; Gordon et al. 2008) und damit eine erneute Inhaftierung reduziert (Kastelic et al. 2008), ebenso wie die Verstrickung in intramurale Subkulturen (Husmann 2010) und die Wahrscheinlichkeit,

nach der Haftentlassung gegen Bewährungsauflagen zu verstoßen (Clark et al. 2014). Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass substituierte Inhaftierte weniger stark in den Drogenhandel im Gefängnis involviert sind, ein geringeres Risiko haben, unmittelbar nach Haftentlassung zu versterben, sich häufiger in weiterführende Drogenbehandlungen begeben, v.a. bei OST in Verbindung mit PSB (Magura et al. 1993), und dort auch länger verweilen sowie unter aufrechterhaltender OST generell niedrigere Rückfallquoten aufweisen bzw. erst später rückfällig werden als nicht Substituierte (Keppler et al. 2011a; Clark et al. 2014; Gordon et al. 2008). Zusätzlich zu all diesen Vorteilen verhindert die Fortsetzung einer in Freiheit begonnen OST einen Anstieg von Hepatitis C-Neuinfektionen in Haft (Hedrich et al. 2012).

Zu einem umfassenden *Therapiekonzept gehört der Bundesärztekammer zufolge immer auch die Vermittlung in psychosoziale Maßnahmen*. Entsprechend dieser Richtlinie soll eine OST nur dann beendet werden, wenn sie nicht die geeignete Therapieform darstellt oder sie mit einem wiederholten problematischen Konsum anderer Substanzen einhergeht, die die Gesundheit des Konsumenten gefährden. Auch ist ein Abbruch bei wiederholten Regelbrüchen indiziert, unter anderem bei der Androhung oder Ausübung von Gewalt gegenüber Personen in der Behandlungseinrichtung, bei der Weitergabe oder Verkauf des Substitutionsmittels, bei einer Verweigerung von Kontrollmaßnahmen oder keiner Teilnahme an psychosozialen Begleitmaßnahmen. In den ärztlichen Behandlungsempfehlungen zur OST im Justizvollzug in Nordrhein-Westfalen (Justizministerium NRW und Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein 2010) wird der positive Effekt von OST im Vollzug sowohl auf den Krankheitsverlauf der Opioidabhängigkeit als auch auf die Erreichung des Vollzugsziels betont. Darum wird als Ziel genannt, „die Anzahl von Substitutionsbehandlungen im Justizvollzug deutlich zu erhöhen“. Diese Behandlungsempfehlungen sollen:

- Todesfälle aufgrund einer gesunkenen Toleranz in Haft und nach Haftentlassung verhindern
- Illegale und subkulturelle Aktivitäten reduzieren
- Die körperliche und seelische Gesundheit verbessern
- Dauerhafte Abstinenz fördern.

Grundsätzlich gilt in Nordrhein-Westfalen, dass bei Aufnahme in eine JVA bei bereits substituierten Patient_innen die Weiterbehandlung erfolgt und dass die Dauer der Haftstrafe keinen Einfluss auf die Indikation zur Behandlung haben darf. Dennoch wird hier empfohlen, dass bei einer OST in Untersuchungshaft und Strafhaft unter zwei Jahren ein Platz für die Weitersubstitution bekannt sein soll. Spätestens zur Haftentlassung soll ein Platz für die Weiterbehandlung sicher sein.

In einer Verwaltungsvorschrift des Justizministeriums Baden-Württemberg wird seit 2002 die Substitution im Justizvollzug geregelt. Es sind klare Aussagen enthalten über die grundsätzlichen Ziele der OST sowie Vorgaben über Indikation, Ausschluss, Aufnahme, Durchführung, Dokumentation und Beendigung der OST. Darüber hinaus ist seit Inkrafttreten der überarbeiteten und ergänzten Version der Verwaltungsvorschrift am 15.07.2011 auch die Substitution mit Diamorphin möglich. In Niedersachsen ist die Grundlage für eine OST in Haft ein Erlass aus dem Jahr 2003, der sich weitgehend auf die betäubungsmittelrechtlichen Vorgaben bezieht. Im Erlass werden die Voraussetzungen und die Durchführung der OST geregelt. Die Indikationsstellung zur OST obliegt, wie alle ärztlichen Behandlungsmaßnahmen, dem ärztlichen

Personal, das für jeden Einzelfall feststellt, ob diese begründet ist und der beabsichtigte Zweck auf andere Weise nicht erreicht werden kann. Im Rahmen des Äquivalenzprinzips erfolgt die OST nach den Vorgaben des SGB V und den entsprechenden Richtlinien.

Angesichts der Situation Drogenabhängiger im Justizvollzug scheint es daher dringend geboten, die *Substitutionsbehandlung auch im Vollzug und zwar gut verzahnt mit den Behandlungen außerhalb des Vollzuges anzubieten*. Sie kann als medizinisch begründete Behandlungsform nicht abhängig vom Aufenthaltsort der Patient_innen sein. Abbruchgründe dürfen sich nur aus medizinisch/therapeutischen Überlegungen ergeben, nicht aber aus der Kontroll- und Sanktionspolitik des Vollzugs. Die Substitutionsbehandlung ist also keine besondere Behandlung für Wohlverhalten, kein Beschwichtigungsinstrument für einen „geordneten Vollzug“, sondern eine Krankenbehandlung, die unter den besonderen Bedingungen der Haft den Regeln für Substitution außerhalb der Haftanstalten folgen muss. Ist eine Substitutionsbehandlung indiziert, kann eine Fort- bzw. Durchführung der Therapie eingeklagt werden (seit 1994, Landgerichte in Dortmund (StV 1995, 143) und OLG Hamburg StV 2002, 265).

Die *Fortführung einer in Haft durchgeführten/begonnenen Substitutionsbehandlung nach Entlassung* muss rechtzeitig geplant und fest vereinbart werden. Um Übergangsprobleme in der Fortführung der Substitutionsbehandlung zu vermeiden unterstützt die JVA Bremen „eine Fortsetzung der Methadonbehandlung bis zu vier Wochen nach der Entlassung, damit entlassene Gefangene Gelegenheit erhalten, sich einen Arzt zur Weiterbehandlung zu suchen“ (Bremische Bürgerschaft 2012). Ähnlich können Patient_innen aus der Haft, die noch keine Zusicherung von einem niedergelassenen Arzt oder einer Ärztin haben oder (noch) nicht krankenversichert sind, in der Ambulanz des Gesundheitsamts in Köln versorgt werden. Die JVA entlastet es, wenn die Anschlussversorgung sichergestellt ist und sie sich nicht darum kümmern muss. In die Ambulanz kommen neben den aus der Haft Entlassenen auch beurlaubte Gefangene, die ihr Substitutionsmittel benötigen.

Bundesweit (und auch international, (Hedrich et al. 2012)) zeigt sich eine äußerst *uneinheitliche Praxis der Substitutionsbehandlung im Vollzug* (Stöver/Keppeler 1998; Keppeler/Stöver 2002; Keppeler et al. 2011b): es besteht ein Nord-Süd, Ost-West, Stadt-Landgefälle in der Verbreitung der Substitutionsbehandlung. In einigen Ländern ist eine flächendeckende Substitution sichergestellt (z.B. NRW, Bremen und Hessen), in anderen Ländern wird trotz hoher Belegung der Gefängnisse mit Opioidabhängigen so gut wie gar nicht substituiert (z.B. Bayern mit etwa 3.000 Gefangenen, die als Betäubungsmittelkonsumierende eingestuft sind). In vielen Bundesländern werden in Freiheit begonnene Substitutionsbehandlungen weitergeführt, oftmals in sehr geringer Anzahl erfolgt der Neubeginn einer Substitutionsbehandlung. Die in Freiheit geforderte psychosoziale Betreuung erfolgt entweder durch den Sozialdienst oder externe Drogenberatung.

Von einer Vielfalt der Medikamente wird in der Regel kein Gebrauch gemacht: DL-Methadon ist das Mittel der Wahl der meisten Anstaltsärzte, L-Polamidon ist aufgrund des Preises und Buprenorphine aufgrund der schwierigeren Überwachung bzw. des höheren Personalaufwandes der ordnungsgemäßen Einnahme (sublingual) wenig verbreitet. Retardiertes Morphin und Diamorphin spielen so gut wie keine Rolle.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Gefangene nur zu einem geringen Teil vom Fortschritt in der Suchtmedizin profitieren: nur etwa 10% aller in Frage kom-

menden opioidabhängigen Gefangenen erhält eine Substitutionsbehandlung (im Gegensatz zu ca. 50% in Freiheit), und in vielen Fällen nicht das Medikament ihrer Wahl, sondern das Medikament, das aus anstaltlichen Interessen (Preis, Kontrollierbarkeit etc.) verabreicht wird. In manchen Bundesländern werden Substitutionsbehandlungen durchgeführt, ohne die außerhalb anerkannten Indikationen und Dosierungen zu akzeptieren: So wird in der Regel eine Verschreibung von Substitutionsmedikamenten als durchgehende Behandlung allenfalls bei Kurzstrafen in wenigen Anstalten angeboten. Bei Drogenentzugsbehandlungen erfolgt sie – oftmals entgegen fachlichen Regeln – in übermäßig schnellen und großen Abdosierungsschritten. Die verbreitete Praxis eines Abbruchs der in Freiheit begonnenen Substitutionsbehandlungen (ca. 70% der Substituierten) erscheint umso weniger nachvollziehbar, da diese ausdrücklich nach medizinischer Indikation begonnen wurden (vgl. Stöver 2011: 44), und die Substitutionsbehandlung in Gefängnissen in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausdrücklich vorgesehen ist.

6. Selbsthilfe und peer support

Abgesehen von der Unterstützung der inhaftierten Drogenabhängigen durch professionell – extern, wie intern betreute – Einzel- und Gruppenangebote der Anstalt finden sich letztendlich in einigen Haftanstalten *Selbsthilfegruppen* (z.B. Narcotic Anonymous, JES – Junkies, Ehemalige und Substituierte, AIDS-Hilfe) für drogenabhängige Gefangene. In Anlehnung an die Einzelfallbetreuung entsteht auch bei Selbsthilfegruppen häufig die Problematik, dass sich die drogenabhängigen Häftlinge bei der Anmeldung für entsprechende Angebote als Drogenkonsumierende offenbaren müssen. Jedoch ist dieses haftinterne Angebot bezüglich der Schnittstellenfunktion von großer Bedeutung, da nach der Haftentlassung ein nahtloser Übergang in Selbsthilfegruppen außerhalb der JVA am Wohnort gewährleistet werden kann (Stöver/Trautmann 2009).

Die Subkultur ist im repressiven und marginalisierenden System der JVA von großer Bedeutung, weshalb die Methode des „*Peer-Support*“ eine hilfreiche Methode im Rahmen der Drogenarbeit darstellen könnte. Unter dem Begriff Peer-Support wird verstanden, dass sich Menschen innerhalb einer sozialen Bezugsgruppe (hier: Drogenabhängige) wechselseitig unterstützen. Durch Peer-Education und Peer-Support können die Risiken für Drogengebraucher reduziert sowie das Bewusstsein für Probleme und die Verantwortung für das eigene Handeln gestärkt werden. Hierbei sind Insiderwissen, individuelle Erkenntnisse sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Peers von großer Bedeutung (v.a. bei Themen wie bspw. Drogenkonsum und Sexualität). „Soziales Wissen“ weiterzugeben ist bedeutsamer und effektiver als reine Kenntnisse über bestimmte Fakten vermitteln zu wollen. Infolgedessen spielt beim Peer-Support die vorbildhafte (Ein-) Wirkung von Mitgliedern der Peergroup (Peer-Leader) eine entscheidende Rolle. Peer-Support gehört zum täglichen Leben, ist somit generell unabhängig von (gesellschaftlich anerkannten) festen Formen und erfolgt oft sogar automatisch (bspw. anderen durch spezielles, aber unwillkürliches und unbeabsichtigtes Verhalten zu helfen). Insgesamt gesehen beinhaltet das Konzept als risikominimierende Maßnahme nicht nur eine bewusste Einflussnahme auf verbaler Ebene, sondern beschäftigt sich unter anderem auch mit dem Erwartungsdruck

innerhalb der Peergroup und Vorbildfunktionen. (Stöver/Trautmann 2009: 369 f.) Lebensweltnahe Hilfeangebote zur Risikominimierung können durch Peers viel einfacher geschaffen werden. Die Maxime in der Arbeit des Peer-Supports „... zielt auf die Förderung eigener Ressourcen und Kompetenzen, um tragfähige, selbstorganisierte Netzwerke der Hilfe und Selbsthilfe zu erhalten.“ (Jacob 2001: 17). In diesem Kontext können Fachkräfte von großer Bedeutung sein: Sie tragen wichtige und fachlich richtige Informationen zusammen und verhindern dadurch im Vorfeld die Weitergabe von Fehlinformationen (Stöver/Trautmann 2009, 370). Überdies können sie auf versteckte Risiken (beim Drogenkonsum) hinweisen (bspw. Übertragung von Infektionen beim Needle-, Work- und Drug-Sharing). Im Rahmen der Erhaltung der Gesundheit ist es essenziell, die Kenntnisse der Drogenabhängigen durch Fachpersonen zu erweitern, indem lebenswelt- und konsumnahes Wissen vermittelt wird. Dies sollte jedoch am besten durch Personen mit ähnlichem Betroffenenhintergrund geschehen, die authentisch sind, zumindest aber Erfahrungen mit der Zielgruppe mitbringen und überzeugend Informationen transportieren können, die für Betroffene interessant sind.

Die Basis für den Erfolg des Peer-Supports ist die *inhaltliche und methodische Ausbildung der Peers*, beispielsweise durch Peer-Tutor_innen oder durch Gruppenarbeit. In diesem Rahmen sollte ein „Schneeballeffekt“ erreicht werden, indem ausgebildete Inhaftierte ihre Kenntnisse anderen Gefangenen vermitteln. Diese Schulungen sollten zum einen die Übermittlung von Kenntnissen zu risikominimierenden Maßnahmen beinhalten und zum anderen den Teilnehmern Fähigkeiten und Arbeitsweisen lehren, diese Kenntnisse und Fähigkeiten weiterzugeben. Außerdem ist es sinnvoll, die Beteiligten damit vertraut zu machen, wie sie auf Sichtweisen und soziale Normen nachhaltig Einfluss nehmen können (Stöver/Trautmann 2009: 370 ff.). Der intramurale Peer-Support ist für drogenabhängige Häftlinge erfolgversprechend: Die Angehörigen der Peergroup – besonders die Peer-Leader – sind authentisch und vertrauenswürdig. Auch Drogenabhängigen, zu denen haftinterne Mitarbeiter_innen keinen Zugang finden, können Safer-Use-Botschaften nähergebracht und sie dadurch positiv beeinflusst werden. Zudem geben Peers größtenteils Wissen aus eigenen Erfahrungen mit riskanten Situationen (bspw. Überdosis, Risikokonsumformen, Sexualekontakte ohne Kondom) an die drogenabhängigen Mithäftlinge weiter. Inhaftierte Drogenabhängige können im Rahmen des Peer-Supports für Risikosituationen sensibilisiert werden, um dadurch das eigene Handeln zu reflektieren und sich im Vorfeld über mögliche Gefahren Gedanken zu machen. Auch im Hinblick auf die versteckten Risiken beim Drogenkonsum können Kenntnisse innerhalb der Peergroup weitergegeben werden (Stöver/Trautmann 2009: 371). Aufgrund der Tatsache, dass sich die meisten Drogenabhängigen nur wenig über die Risikofaktoren beim Drogenkonsum und bei sexuellen Kontakten bewusst sind, ist der Peer-Support umso wichtiger. Im Gegensatz zur Drogenszene in Freiheit, sind die inhaftierten Drogenabhängigen jederzeit kontaktierbar, wodurch in der JVA Schulungen mit aufeinander aufbauenden Modulen leichter umsetzbar sind und von einer guten Haltequote ausgegangen werden kann. Ein kontinuierlicher Kontakt und Austausch mit den Betroffenen (insbesondere mit Peer-Leadern) ist umsetzbar. In diesem Rahmen können die drogenabhängigen Inhaftierten über gesundheitsrelevante Themen aufgeklärt und schon vermittelte Kenntnisse wiederholt werden (Jacob 2001: 17 f.). Das Konzept bietet für Fachkräfte die Möglichkeit, einen authentischen Zugang zu den Drogenkonsumenten in Haft, auch zu den ansonsten schwer erreichbaren, zu bekommen und diesen Kontakt langfris-

tig aufrechtzuerhalten. Letztlich verursacht der Peer-Support als präventiver Ansatz keine hohen Kosten. Dieser Vorteil ist hinsichtlich der geringen finanziellen Mittel in Haft nicht unbedeutend (Stöver 2000: 436).

Die *Entlassungsvorbereitung* spielt insbesondere bei drogenabhängigen Inhaftierten eine wichtige Rolle. Vor allem in den ersten beiden Wochen nach der Haftentlassung besteht für diese Gruppe ein besonders großes Risiko, an einer Überdosierung zu sterben (Farrell/Marsden 2008; Wolff 2010; Binswanger et al. 2007; Merrall et al. 2010). Angemessene Programme zur Prävention von drogenbezogenen Todesfällen nach Haftentlassung können das diesbezügliche Bewusstsein fördern, über aufrechterhaltende OST aufklären und in entsprechende extramurale Einrichtungen vermitteln sowie die Verschreibung von Opioid-Antagonisten, wie Naloxon, vor Haftentlassung fördern (Horsburgh 2018; Farrell/Marsden 2008; Yokell et al. 2011). Da ein Großteil der drogenbezogenen Todesfälle nach Haftentlassung im häuslichen Rahmen stattfinden, kann außerdem ein Drogennotfalltraining von Familienmitgliedern und Freunden hilfreich sein (Farrell/Marsden 2005). Viele inhaftierte Drogenkonsumierende und deren Familienmitglieder sind an einem Drogennotfalltraining, u.a. an Naloxon-Schulungen, interessiert (Wakeman et al. 2009; Strang et al. 2013). Deren Effektivität wird momentan noch evaluiert (Strang 2015). Strukturierte Trainings zur Aufklärung über Überdosierungen stellten sich dabei als effektiver heraus als reine Maßnahmen der Wissensvermittlung (Williams et al. 2014). Beispielhaft für Deutschland soll hier das Projekt „Notfalltraining für Drogenkonsumenten“ der mudra-Drogenhilfe in Nürnberg genannt werden (Mudra e.V. 2011). Es wendet sich an Konsumierende in den Hilfseinrichtungen, inhaftierte Drogenabhängige in der JVA und professionelle Helfer_innen in der Drogenarbeit. Im Training sollen Drogenkonsumierende für den Fall einer Überdosis als Ersthelfer geschult werden.

Der Beginn einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation für Suchtkranke nach Haftentlassung gestaltet sich für viele ehemalige Gefangene schwierig. So ergab eine Umfrage in stationären Suchthilfeeinrichtungen, dass ein Großteil der gerade Entlassenen keinen Krankenversicherungsschutz aufwies (Bürkle et al. 2010). In den befragten Einrichtungen (n=141) kamen knapp 30 % der Patienten mit einer drogenbezogenen Problematik direkt aus der Haft. Über 75 % von ihnen waren ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahlen verdeutlichen einen Handlungsbedarf bei der Regelung des therapiebezogenen Übergangs zwischen Haft und Freiheit. Einige Veränderungen zeichnen sich bereits ab. Beispielsweise haben drogenabhängige Gefangene seit einem Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom November 2010 Anspruch auf die feste Zusage der Kostenübernahme einer Drogentherapie durch die Rentenversicherung (SG Fulda, Beschluss vom 8.11.2010, Az. S 3 R 250/10 ER). Dies gilt, wenn eine vorzeitige Haftentlassung von der Zusicherung des Therapieplatzes abhängt.

7. Forderungen und zukünftige Perspektiven für den Umgang mit und den Übergang für drogenkonsumierende Gefangene

Die Voraussetzung einer *adäquaten Hilfe für die große Zielgruppe drogenabhängiger Gefangener* ist ein umfassendes und differenziertes Drogen- und Infektionsschutzkonzept in jeder JVA, das mit allen Abteilungen abgestimmt ist, und mit weiterführenden Hilfen in der (Heimat-)Kommune und schließlich der Selbsthilfe verzahnt ist.

Dieses Drogen- und Infektionsschutzkonzept sollte die auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Erkenntnisse und systematisierten Praxiserfahrungen reflektieren und die Möglichkeiten zur Behandlung und Prävention von Drogenabhängigkeit/missbrauch sowie zur Infektionsprophylaxe anbieten, die sich in Freiheit als effektiv und effizient erwiesen haben (WHO Regional Office for Europe 2014). Um die Expertise zu behandelnder Personen zu steigern und Betroffene zu Beteiligten zu machen haben sich in den letzten Jahren außerhalb des Justizvollzugs *Schulungen für verschiedene Patient_innengruppen* etabliert. Sie ermöglichen es, sich in einem geschützten Rahmen mittels Information und Austausch mit einer schweren chronischen Erkrankung auseinanderzusetzen, Ängste abzubauen sowie selbstbestimmter mit der Erkrankung und dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal umzugehen. Beispielhaft führten die Berliner Aids-Hilfe und die Deutsche AIDS-Hilfe 2011 und 2012 in zwei Berliner Haftanstalten (JVA Moabit und JVA Lichtenberg) gemeinsam eine Patientenschulung als Modellprojekt durch. Sie umfasste sieben Veranstaltungen pro Gruppe zu folgenden Themen:

- Fragen rund um die Behandlung von HIV- und Hepatitis-Infektionen
- Nebenwirkungsmanagement
- Ernährung
- Sexualität
- Umgang mit Drogen
- Umgang mit psychischen Belastungen, Entspannungsübungen
- freies Thema und Abschluss der Patientenschulung.

Wie in Freiheit auch könnte durch Patient_innenschulungen, Peer-Support/-Education, Psycho-Edukation in stärkerem Maße die Betroffenenkompetenz von Drogenabhängigen/-gefährdeten in die Beratung und Behandlung integriert werden.

Literatur

- Bayrer, C./Jittiwutikarn, J./Teokul, W./Razak, M. H./Suriyanon, V./Srirak, N./Vongchuk, T./Tovanabutra, S./Sripaipan, T./Celentano, D. (2003): Drug Use, Increasing Incarceration Rates, and Prison-Associated HIV Risks in Thailand. In: *AIDS and Behavior* 7 (2), S. 153–161
- Bielen, R./Stumo, S.R./Halford, R./Werling, K./Reic, T./Stöver, H./Robaey G./Lazarus, J.V. (2018): Harm reduction and viral hepatitis C in European prisons: a cross-sectional survey of 25 countries. In: *Harm Reduction Journal* 201815:25, <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0230-1> (accepted 17 April 2018), online verfügbar unter: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0230-1>, letzter Zugriff: 31.05.2018.
- Binswanger, I. (2014): Subgroup differences in post-release mortality Subgroup differences in post-release mortality. implications for access to diverse and effective treatments. Commentary on Forsyth et al. In: *Addiction* 109 (10), S. 1684–1685.
- Binswanger, I.A./Stern, M.F./Deyo, R.A./Heagerty, P.J./Cheadle, A./Elmore, J. G./Koepsell, T. D. (2007): Release from prison--a high risk of death for former inmates. In: *The New England Journal of Medicine* 356 (2), S. 157–165. DOI: 10.1056/NEJMsa064115.

- Bremische Bürgerschaft (2012): Drogentherapie und -beratung im Justizvollzug. Antwort des Senats auf die kleine Anfrage der Fraktion der CDU. Drucksache. 18/574 (5), online verfügbar unter http://www.bremische-buergerschaft.de/drs_abo/Drs-18-574_a28.pdf, letzter Zugriff: 01.09.2016.
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger.
- Bundeskriminalamt (2015): Rauschgiftlagebericht 2015.
- Bürkle, S./Koch, A./Leune, J./Weissing, V./Wessel, T. (2010): Kranken-versicherungsschutz nach der Haft. Beim Übergang in die medizinische Rehabilitation stehen viele Haftentlassene ohne KV-Schutz da. In: *Konturen* (6).
- Clark, C. B./Hendricks, P. S./Lane, P. S./Trent, L./Cropsey, K. L. (2014): Methadone maintenance treatment may improve completion rates and delay opioid relapse for opioid dependent individuals under community corrections supervision. In: *Addictive behaviors* 39 (12), S. 1736–1740. DOI: 10.1016/j.addbeh.2014.07.011.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH) (2012): Keine Kennzeichnung HIV-positiver Gefangener mehr. Mecklenburg-Vorpommern, online verfügbar unter: <http://aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/mecklenburg-vorpommern-keine-kennzeichnung-hiv-positiver-gefangener-mehr>, letzter Zugriff: 26.05.2015.
- Eder, Simone (2012): Beratung, Betreuung und Behandlung Drogenabhängiger im Justizvollzug. Oldenburg: BIS-Verl. der Carl von Ossietzky Univ (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, 22), online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:715-oops-15140>, letzter Zugriff: 31.05.2018.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016): EU Drug Markets Report. In-depth Analysis, online verfügbar unter <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>, letzter Zugriff: 01.09.2016.
- Farrell, M./Marsden, J. (2008): Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. In: *Addiction (Abingdon, England)* 103 (2), S. 251–255. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.02081.x.
- Gerlach, R./Stöver, H. (Hg.) (2012): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt, M.: Fachhochsch.-Verl. (Fachhochschulverlag, Bd. 32).
- Gordon, M. S./Kinlock, T. W./Schwartz, R. P./O’Grady, K. E. (2008): A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: findings at 6 months post-release. In: *Addiction (Abingdon, England)* 103 (8), S. 1333–1342. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2008.002238.x.
- Hedrich, D./Alves, P./Farrell, M./Stöver, H./Moller, L./Mayet, S. (2012): The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. In: *Addiction (Abingdon, England)* 107 (3), S. 501–517. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x.
- Heinemann, A./Kappos-Baxmann, I./Püschel, K. (2002): Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Strafgefangener. In: *Suchttherapie* 3 (3), S. 162–167.
- Höfelbarth, S./Stöver, H./Vogt, I. (2011): Lebensweise und Gesundheitsförderung älterer Drogenabhängiger im Rhein-Main-Gebiet. In: I. Vogt (Hg.): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt, M.: Fachhochschul-Verlag (Fachhochschulverlag, Bd. 34), S. 137–166.
- Horsburgh, K. (2018): Naloxon in Scotland – a national approach. In: Dichtl, A.; Stöver, H.; Dettmer, K. (ed. 2018): *Leben retten mit Naloxon*. Frankfurt, M.: Fachhochschul-Verlag (Fachhochschulverlag, Bd. 34), S. 112–122
- Husmann, K. (2010): Wie kann die Substitution in Haft weiterentwickelt werden? Das Beispiel NRW. In: Heino Stöver (Hg.): *Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in*

- Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven; Dokumentation der Akzept-Fachtagung vom 20.4.2010 in Berlin. Berlin: Akzept.
- Jacob, J. (Hg.) (1997): Drogengebrauch und Infektionsgeschehen (HIVAIDS und Hepatitis) im Strafvollzug. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe (Aids-Forum DAH, 28).
- Jacob, J. (2001): Drogenhilfe im Justizvollzug. In: J. Jacob (Hg.): *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe, 17 ff.
- Justizministerium NRW; Ärztekammern Westfalen-Lippe und Nordrhein (2010): *Ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug. Substitutionstherapie in der Haft*, online verfügbar unter https://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/4_10/fin_beh_empfNRW2010.pdf, letzter Zugriff: 01.09.2016.
- Kastelic, A./Pont, J./Stöver, H. (2008): Opioid substitution treatment in custodial settings. A practical guide. Oldenburg: BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, 17), online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:gbv:715-oops-8514>, letzter Zugriff: 31.05.2018.
- Kepler, K./Knorr, B./Stöver, H. (2011a): Substitutionsbehandlung in Haft. In: Heino Stöver und Inge Hönekopp (Hg.): *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung*. Freiburg: Lambertus Verlag (Sucht und Abhängigkeit), S. 79–97.
- Kepler, K./Stöver, H. (2002): Zwei Systeme – eine Substitution. Von den Schwierigkeiten beim Wechsel Substituierter von der Gesetzlichen Krankenversicherung in das Gefängnis und umgekehrt. In: *Suchttherapie* 3 (3), S. 168–172. DOI: 10.1055/s-2002-34325.
- Kepler, K. (Hg.) (2009): *Gefängnismedizin. Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen ; 18 Tabellen*. Unter Mitarbeit von Regina Agostini. Stuttgart New York, NY: Thieme.
- Kepler, K./Knorr, B./Stöver, H. (2011b): Substitutionsbehandlung in Haft. In: Heino Stöver und Inge Hönekopp (Hg.): *Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung*. Freiburg: Lambertus Verlag (Sucht und Abhängigkeit), S. 79–97.
- Kolte, B./Schmidt-Semisch, H. (2006): Spezifische Problemlagen und gesundheitliche Versorgung von Frauen in Haft. Projektbericht. Universität Bremen.
- Lazarus, J.V./Safreed-Harmon, K./Hetherington, K./Bromberg, D.J./Ocampo, D./Graf, N./Dichtl, A./Stöver, H./Wolff, H. (2018): Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons. In: *Epidemiological Reviews Health Outcomes for Clients of Needle and Syringe Programs in Prisons*; in: *Epidemiologic Reviews*, mxx019, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxx019>; Published: 12 April 2018
- Leitges, R./Reinehr, K. (2012): Suchtberatung in der JSA Wittlich. In: *Onlinezeitschrift für Suchtstoff-Recht – OzSR* (4), S. 28.
- Magura, S./Rosenblum, A./Lewis, C./Joseph, H. (1993): The Effectiveness of In-Jail Methadone Maintenance. In: *Journal of Drug Issues* 23 (1), S. 75–99. DOI: 10.1177/002204269302300106.
- McIntosh, S. (2006): The Challenges associated with Drug Treatment. In: *Prison Probation Journal* 52, S. 244.
- Merrall, E. L. C./Kariminia, A./Binswanger, I. A./Hobbs, M. S./Farrell, M./Marsden, J. et al. (2010): Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. In: *Addiction (Abingdon, England)* 105 (9), S. 1545–1554. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x.
- Michels, I. I./Sander, G./Stöver, H. (2009): Practice, problems and perspectives of opioid substitution treatment (OST) in Germany. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52 (1), S. 111–121. DOI: 10.1007/s00103-009-0756-1.
- Moazen, B./Moghaddam, S.S./Silbernagl, M.A./Lotfizadeh, M./Bosworth, R.J./Alammehjerdi, Z./Kinner, S.A./Wirtz, A.L./Bärnighausen, T.W./Stöver, H.J./Dolan, K.A. (2018):

- Prevalence of Drug Injection, Sexual Activity, Tattooing, and Piercing Among Prison Inmates. In: *Epidemiologic Reviews*, Vol. 40, 2018, DOI: 10.1093/epirev/mxy002
- Mudra e.V. (2011): Notfalltraining für Drogen-Konsumenten. In: BAS (Hg.): Gesundheitsförderung und ärztliche Versorgung Drogenabhängiger in Justizvollzugsanstalten. BAS Fachtagung.
- Pont, J./Wolff, H./Enggist, S/Stöver, H./Williams, B./Greifinger, R./Wolff, H. (2018): Prison healthcare governance: guaranteeing clinical independence. In: *American Journal of Public Health*. Published online ahead of print February 22, 2018, online verfügbar unter: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304248>, letzter Zugriff: 31.05.2018.
- Plugge, E., Yudkin, P., Douglas, N. (2009): Changes in women's use of illicit drugs following imprisonment. In: *Addiction* 104 (2), S. 215–222.
- Poehlke, T./Heinz, W./Stöver, H. (2016): Drogenabhängigkeit und Substitution – ein Glossar von A-Z. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=4526881>.
- Robert Koch-Institut (2016): Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland – DRUCK-Studie, online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HI-VAIDS/Studien/DRUCK-Studie/Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile, letzter Zugriff: 04.08.2016.
- Schäffer, D./Höpfner, C. (Hg.) (2011): Drogen, HIV, AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch. 2., völlig neu bearb. Aufl. Berlin: Dt. AIDS-Hilfe.
- Seifert, D./Leygraf, N. (1999): Drogenabhängige Straftäter im Maßregelvollzug. In: *Nervenarzt* 70.
- Singleton, N./Farrell, M./Meltzer, H. (2003): Substance misuse among prisoners in England and Wales. In: *International Review of Psychiatry* 15 (1-2), S. 150–152.
- Stallwitz, A./H.S.: The impact of substitution treatment in prison – a literature review. In: *International Journal of Drug Policy*, Volume 18, Issue 6, December 2007, S. 464–474
- Statistisches Bundesamt (2011): Justiz auf einen Blick. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2013): Rechtspflege. Ausgewählte Zahlen für die Rechtspflege. *Fachserie 10* Reihe 1. Stuttgart, Stuttgart, Mainz: Metzler-Poeschel; Kohlhammer.
- Stelly, W./Thomas, J. (2013): Strukturevaluation des baden-württembergischen Jugendstrafvollzugs. In: *Forum Strafvollzug* (6).
- Stöver, H./Hariga, F. (2015): A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings. Hg. v. UNDOC (6), online verfügbar unter https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf, letzter Zugriff: 01.09.2016.
- Stöver, H./Keppler, K. (1998): Die Substitutionsbehandlung im deutschen Justizvollzug. In: *Sucht* (2), S. 104–119.
- Stöver, H./Lines, R.: Silence Still = Death. 25 years of HIV/AIDS in Prisons. In: World Health Organisation/WHO – Regional Office for Europe (Hg.): 25-Years of HIV/AIDS in Europe, S. 67–85.
- Stöver, H./Trautmann, F. (2009): Risikominimierung im Strafvollzug. Arbeitsmaterialien zur HIV-Prävention für Praktiker/innen. Hg. v. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (DAH). Berlin, online verfügbar unter: <http://docplayer.org/storage/20/384070/1472725325/vsBBK-Dgejslr68asPKyUA/384070.pdf>, letzter Zugriff: 01.09.2016.

- Stöver, H. (2000): Healthy Prisons: Strategien der Gesundheitsförderung im Justizvollzug. Univ., Habil.-Schr.--Oldenburg, 2003. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Univ (Schriftenreihe „Gesundheitsförderung im Justizvollzug“, 5).
- Stöver, H./Michels, I. (2010): Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. In: *Harm Reduction Journal* (7), S. 17.
- Stöver, H. (2011): Barriers to opioid substitution treatment access, entry and retention: A survey of opioid users, patients in treatment, and treating and non-treating physicians. In: *European Addiction Research* 2011;17, 44-54
- H.S.; Knorr, B. (Hrsg.) (2014): HIV und Hepatitis-Prävention in Haft – keine Angst vor Spritzen! Oldenburg: BIS-Verlag, Bd. 28 der Schriftenreihe “Gesundheitsförderung im Justizvollzug”.
- Stöver, H. (2017): Drogenkonsum in und nach der Haft: Übergänge suchtkranker Straffälliger in regionale Hilfestrukturen. In: *Bewährungshilfe – Soziales, Strafrecht, Kriminalpolitik*, 63(4), S. 354-372.
- Stöver, H./Meroueh, F./Marco, A./Keppler, K/Saiz de la Hoya, P/Littlewood, R./Wright, N/ Nava, F./Alam, F./Walcher, S./Somaini, L. (2018): Offering HCV treatment to prisoners is an important opportunity: key principles based on policy and practice assessment in Europe (eingereicht: BMC Public Health)
- Stöver, H. et al. (2018): Condom Report. Frankfurt University of Applied Sciences
- Strang, J./Bird, S. M./Parmar, M. K. B. (2013): Take-home emergency naloxone to prevent heroin overdose deaths after prison release: rationale and practicalities for the N-ALIVE randomized trial. In: *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine* 90 (5), S. 983–996. DOI: 10.1007/s11524-013-9803-1.
- Thane, Katja (2013): Strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft. Das Beispiel DrogenkonsumentInnen. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde durch den Promotionsausschuss Dr. phil. Universität Bremen, Bremen.
- Vorma, H./Sokero, P./Aaltonen, M./Turtiainen, S./Hughes, L. A./Savolainen, J. (2013): Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: evidence from a community study. In: *Addictive behaviors* 38 (7), S. 2313–2316. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.03.009.
- Wakeman, S. E./Bowman, S. E./McKenzie, M./Jeronimo, A./Rich, J. D. (2009): Preventing death among the recently incarcerated: an argument for naloxone prescription before release. In: *Journal of addictive diseases* 28 (2), S. 124–129. DOI: 10.1080/10550880902772423.
- WHO Regional Office for Europe (2012): The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health, online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1, letzter Zugriff: 01.09.2016.
- WHO Regional Office for Europe (2014): Prisons and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2007): Interventions to address HIV in Prisons. Drug dependence treatment. Evidence for Action Technical Paper. Genf, online verfügbar unter: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EVIDENCE%20FOR%20ACTION%202007%20drug_treatment.pdf, letzter Zugriff: 01.09.2016.
- Williams, Anna V./Marsden, J./Strang, J. (2014): Training family members to manage heroin overdose and administer naloxone: randomized trial of effects on knowledge and attitudes. In: *Addiction (Abingdon, England)* 109 (2), S. 250–259. DOI: 10.1111/add.12360.
- Wolff, H. (2010): Substitution in Haft: Zeit zum Handeln! Evidenz und Praxisbeispiele aus der Schweiz. In: Heino Stöver (Hg.): Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung in

Haft. Praxis, Probleme und Perspektiven ; Dokumentation der Akzept-Fachtagung vom 20.4.2010 in Berlin. Berlin: Akzept, S. 55–64.

Yokell, M.A. et al. (2011): Opioid Overdose Prevention and Naloxone Distribution in Rhode Island. In: Med Health R I. 2011 Aug; 94(8): 240–242.

Gewalt- und Suchtprävention in Fußballstadien: Soziale Arbeit in Fanprojekten stärken

Daniel Deimel, Marius Künzel, Philipp Lessel & Thorsten Köhler

Zusammenfassung

Es existiert eine Verbindung zwischen Substanzkonsum, Substanzwirkungen und Gewaltanwendung – auch in Teilen der Fußballfanszene. Gewalt- und Suchtprävention sowie Suchtberatung sollten daher integraler Bestandteil sozialarbeiterischer Angebote sein. Im Rahmen eines niedrigschwelligen lebensweltorientierten Ansatzes stellen Fanprojekte eine sehr gute Basis dar, suchtgefährdeten Jugendliche und junge Erwachsenen pädagogisch zu begleiten. Soziale Arbeit in den Fanprojekten muss gestärkt, anstatt kriminalisiert werden, wie in jüngster Zeit in Sachsen geschehen.

Ausgangslage

Fußball ist der wichtigste Sport der Deutschen. Die letzten Fußballweltmeisterschaften haben die Massen kollektiv bewegt und wurden als gesellschaftliches Ereignis in allen Milieus verfolgt. Mehr als 7 Millionen Menschen sind in Deutschland Mitglied in einem Fußballverein (DFB 2017a). In der Saison 2016/2017 besuchten mehr als 12,7 Millionen Menschen die Spiele der Bundesliga (DFB 2017b). Auf der anderen Seite ist Fußball ein professionell vermarktetes Produkt. Der Umsatz der 36 Proficlubs ist in der Bundesliga und 2. Bundesliga von 1,28 Milliarden Euro in der Saison 2003/2004 auf 4,01 Milliarden Euro in der Saison 2016/2017 kontinuierlich gestiegen (DFL 2018).

Die Fußballstadien werden als gesellschaftliche Resonanzräume genutzt. Es werden individuelle und gesellschaftliche Konflikte in diesen Raum getragen und dort (teilweise) sichtbar. Dies zeigt sich in gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen Fußballfans untereinander oder mit der Polizei. Als tonangebende Akteure werden Ultra- und Hooligangruppierungen benannt, welche als Aggressoren in Erscheinung treten. Die Ausschreitungen innerhalb der Stadien werden auch in den Medien vielfach beachtet. Als Beispiele sind die gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen Ultras des 1.FC Köln und des Hamburgers SV Anfang 2018 zu nennen (Rheinische Post 20.01.2018). Auch gezielte Angriffe auf Anhänger anderer Vereine sind keine Seltenheit. Besondere Beachtung fanden die Übergriffe der Dortmunder Anhänger im Dortmunder Stadion auf Fans aus Leipzig (Spiegel Online 06.02.2017).

Zielgruppe: Ultras und Hooligans

Die aktive Fanszene ist ein äußerst heterogenes Gebilde. Sie hat sich in der Vergangenheit wiederkehrend verändert und wird als divergent beschrieben. Sei es das Aufkommen der verschiedenen Fantypen, beispielweise der „Kutten“ nach dem zweiten Weltkrieg, der „Hooligans“ Mitte der 70er Jahre oder der „Ultra- Bewegung“ Ende der 80er – jeder neue Fantypus brachte eine neue Entwicklung mit sich. Pilz (2005) differenziert Fans einerseits hinsichtlich ihrer Orientierung (Konsumorientiert, Fußballzentriert und Erlebnisorientiert) und unterteilt die Szene in Kuttentfans, Ultras und Hooligans. Als weitere Gruppe lassen sich sogenannte „Allesfahrer“ identifizieren, die ihre Mannschaft zu jedem Spiel begleiten.

Nach italienischem Vorbild organisieren sich junge Fans in Ultra-Gruppierungen (Sommerey 2013). Ihr gemeinsames Ziel ist es, die Mannschaft durch Aktionen im Stadion, z. B. durch aufwendige Choreographien, Spruchbänder und Gesänge zu unterstützen. Sie sind ehrenamtlich in der Fanszene aktiv, fordern eine Mitsprache in den Vereinsstrukturen ein und setzen sich kritisch mit der Kommerzialisierung des Fußballs auseinander. In ihrem Selbstverständnis setzen sie sich von anderen Fans bewusst ab, indem es für sie ein tragendes Lebensgefühl darstellt, Ultra zu sein. Sie sind 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche ein Ultra (Gabriel/Groll 2013). Kritisch zu betrachten ist, dass Ultras sich nicht ausnahmslos von Gewalt distanzieren (Pilz 2006). Grobe Schätzungen gehen von 5.000-10.000 Ultras in Deutschland aus, deren Mitglieder in der Regel zwischen 16-25 Jahren alt sind (Hitzer/Niederbecher 2010).

Der Beginn des Hooliganismus geht auf die 1980er Jahre zurück. Es handelt sich hierbei um eine männlich geprägte Subgruppe, die unabhängig vom Verlauf des Fußballspiels die tätliche Auseinandersetzung mit Fans anderer Vereine sucht. Der Boxkampf unter Gelichgesinnten ist das verbindende Glied. Da inzwischen diese Auseinandersetzungen mit Stadionverboten sanktioniert werden, finden die Kämpfe häufig an als sogenannte „Drittortauseinandersetzungen“ auf neutralem Boden statt. Hooligans sind keine arbeitslosen Modernisierungsverlierer (Farin 2010). „Hooligans rekrutieren sich aus allen Sozialschichten, unter ihnen befinden sich viele Abiturienten, Studenten, Menschen in guten beruflichen Positionen, Akademiker. Hooligans haben entsprechend meist zwei Identitäten: eine bürgerliche Alltagsidentität und eben ihre sub- bzw. jugendkulturelle Hooliganidentität“ (Pilz 2016b).

Die Polizei klassifiziert dagegen Fußballfans in die drei Cluster: Kategorie A = der friedliche Fan, Kategorie B = der gewaltbereite/-geneigte Fan sowie Kategorie C = der gewaltsuchende Fan. Die Polizeibehörden registrierten für die Saison 2016/2017 14.210 Personen in den beiden letztgenannten Kategorien und 1.382 Körperverletzungen (ZIS 2017). Die Einteilung der Polizei wird von Fanforschern und Sozialarbeitern aus den Fanprojekten kritisiert und als verkürzt dargestellt. Wir gehen daher von unterschiedlichen Fan-Milieus aus, die nicht trennscharf in den vorhandenen Kategorien zu zuordnen sind.

Soziale Arbeit in Fanprojekten

Als Reaktion auf die steigende Fangewalt, in der Zeit des Hooliganismus der 80er Jahre, wurden die ersten Fanprojekte entwickelt und ausgebaut (Lichtenberg/Paesen

2008). Anfang der 90er Jahre wurden diese Projekte professionalisiert. Durch die Aufnahme der Fanprojektarbeit in das Nationale Konzept für Sport und Sicherheit (NKSS) wurde die Fanprojektarbeit erstmals festgeschrieben und monetär gefördert. Heutzutage existiert eine Dreierfinanzierung: Dies bedeutet, dass zu 50% die Deutsche Fußball Liga (DFL) und der Deutsche Fußball Bund (DFB) und zu 50% die Bundesländer und Kommunen die Fanprojekte finanzieren. Weiterhin existiert das Arbeits-Qualitätssiegel „Fanprojekt nach dem Nationalen Konzept für Sport und Sicherheit“, welches nach Begutachtung der Arbeit von einer unabhängigen Organisation verliehen wird und die Soziale Arbeit innerhalb der Fanprojekte beurteilt (Goll/Selmer 2016). Mittlerweile existieren in ganz Deutschland über sechzig verschiedene Fanprojekte, in denen Soziale Arbeit stattfindet (siehe Abb.1). Die rechtliche Grundlage dieser Fanprojekte liegt im Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII).



Abbildung 1
Fanprojekte in Deutschland. (Abbildung KOS o.J.).

Die Ziele der sozialpädagogischen Fanprojekte sind nach Pilz (2003):

- Gewaltprävention,
- Reduktion von extremistischen Strömungen,
- Zeitgemäße Sozialisation von jugendlichen peer-groups,
- Steigerung von Selbstbewusstsein und Verhaltenssicherheit,
- Schaffung von Freiräumen für Jugendliche und junge Erwachsene, in denen sie sich für ihre Vereine engagieren können,

Darüber hinaus können noch weitere Aufgaben der Fanprojekt-Arbeit benannt werden: Organisation von Jugend-Begegnungen, Bildungsarbeit, kulturpädagogische Arbeit, Gewährung anlassbezogener Hilfe, Schaffung von eigenen Freizeitangeboten, Unterstützung von Fußballfananhängern bei der Selbstorganisation, Aufbereitung und Dokumentation regionaler und lokaler Entwicklungen in den unterschiedlichen jugendlichen Subkulturen und der Öffentlichkeitsarbeit (Pilz 2003). Es wird deutlich, dass das Arbeitsfeld der Fanprojekte genauso divers ist, wie die Zielgruppe mit denen sie arbeitet. Junge Menschen sollen sich im Umfeld der Fanprojekte sozialisieren und zugleich bei diesem Prozess unterstützt und begleitet werden. Dies geschieht durch einen lebensweltorientierten Arbeitsansatz (Thiersch 2012) indem die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in ihrem Alltag begleitet und unterstützt werden. Aufsuchende Sozialarbeit (Streetwork) ist hier ein zentrales Element.

Damit dies möglich ist, müssen die Fanprojekte die Voraussetzungen dafür schaffen. Dies heißt, dass die Arbeit den Selbstbestimmungsansprüchen von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen gerecht werden muss. Die Arbeit mit den Jugendlichen muss daher auf Freiwilligkeit beruhen, muss auf festgesetzte pädagogische Ziele verzichten, kritische Solidarität mit den Jugendlichen üben und bezogen auf die eigene Planung und Organisation sich zurückhaltend geben (Lichtenberg/Paesens 2008). Es ist wichtig herauszustellen, dass die Fanprojekt-Arbeit ein Freiraum bietet, indem sich die Klienten in einem geschützten Raum bewegen und ihre Kreativität und Potentiale entfalten können.

Dynamik von Gewalterfahrung und Suchtmittelkonsum

Berichte von Sozialarbeiter_innen aus unterschiedlichen Fanprojekten zeigen, dass der Konsum von Drogen, insbesondere von Alkohol und Stimulanzien, im Zusammenhang mit gewalttätigen Verhalten von Fans in Verbindung gebracht werden kann (Welt 08.12.2014.). Diese Beobachtungen aus der Praxis korrespondieren mit Forschungsbefunden: So wurden im Jahr 2011 rund ein Drittel aller Gewalttaten in Deutschland unter dem Einfluss von Alkohol begangen (Beck/Heinz 2013). Problematisch erscheint zudem die verstärkte Bedeutung von Amphetaminen im Zusammenhang von gewalttätigen Verhalten. Der Konsum von Amphetaminen und Methamphetamin kann zu einer erhöhten Aggressivität und gewalttätigem Verhalten bei einem reduzierten Schmerzempfinden führen (Freye 2014, Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BMG/BÄK/DGPPN 2017), was von Konsumenten gezielt genutzt werden kann.

Durch die deutliche Verbindung von Suchtmittelkonsum und Gewaltanwendung, lassen sich die beiden Themenfelder auch in der Prävention und Beratung nicht trennen. Durch den direkten Zugang zu der Zielgruppe und durch die breite Akzeptanz

der dort tätigen Sozialarbeiter in der Fanszene, stellen Fanprojekte gute Orte für suchtpräventive und niedrigschwellige suchteraterische Angebote dar, die ausgebaut werden sollten.

Forschungsbedarf: Projekt „Rauschzustände“

Bisher liegen keine Forschungsbefunde vor, die sich mit den Dynamiken von Substanzkonsum und Gewalterfahrungen bei Fußballfans systematisch auseinandergesetzt haben. Daher können keine gesicherten Angaben über das Ausmaß dieses Phänomens gemacht werden. Erste Ansätze bietet jedoch das Projekt „Rauschzustände“ am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule NRW. Neben Expert_inneninterviews mit Sozialarbeiter_innen in den Fanprojekten und Interviews mit ultraorientierten Fans wurde ein Onlinesurvey mit Teilnehmer_innen der aktiven Fanszene zu den Gewalterfahrungen und Substanzkonsum durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studie werden im Laufe des Jahres vorliegen und publiziert. Dadurch sollen neue Erkenntnisse über die Hintergründe und Motive der Fans erfahren und dadurch die beraterische Arbeit optimiert werden.

Konflikte und Ausblick

Äußerst problematisch erscheint die Tatsache, dass auf kommunaler Ebene Sozialarbeiter in Fanprojekten kriminalisiert werden. So wurde gegen einen Mitarbeiter des Fanprojektes in Leipzig ein Ermittlungsverfahren nach § 129 StGB (Gründung einer kriminellen Vereinigung) eingeleitet, da er Kontakte zu Ultra-Gruppierungen pflegte, gegen die ebenfalls ermittelt wurden. Die gesamte, auch verschlüsselte, Telekommunikation der Verdächtigten wurde ebenso überwacht und aufgezeichnet wie die Bewegungsdaten ihrer Handys. Es wurde eine verdeckte Videoüberwachung eingesetzt und Funkzellenabfragen durchgeführt. Inzwischen wurde das Verfahren nach drei Jahren eingestellt (KOS/BAG 2017). Durch ein solches Vorgehen wird einerseits die vertrauensbildende Arbeit der Sozialarbeiter in den Projekten unterlaufen. Auf der anderen Seite wird der niedrigschwellige Zugang zu der Zielgruppe deutlich erschwert, da sie gegenüber offiziellen Instanzen misstrauisch wird.

Eine belastbare professionelle Beziehung von Mitarbeitern der Fanprojekte mit der eigenen Klientel ist elementare Voraussetzung der Sozialen Arbeit. Die rechtliche Position von Sozialarbeitern muss in Arbeitsfeldern wie den Fanprojekten gestärkt werden. Dies bedeutet, dass diese Mitarbeiter einem Zeugnisverweigerungsrecht unterliegen sollten, wie es für Ärzte vorliegt.

Links

Koordinationsstelle Fanprojekte: <http://www.kos-fanprojekte.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft der Fanprojekte: <http://www.bag-fanprojekte.de>

Literatur

- Beck A./Heinz A. (2013): Alcohol-related aggression-social and neurobiological factors. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(42),711–715. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0711
- Deutscher Fußball Bund (DFB) (2017a): Mitgliederstatistik 2017, online verfügbar unter: https://www.dfb.de/fileadmin/_dfbdam/141295-Mitglieder-Statistik_2017_final.pdf; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Deutscher Fußball Bund (DFB) (2017b). Zuschauerzahlen, online verfügbar unter: <https://www.dfb.de/bundesliga/statistik/zuschauerzahlen/>; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Deutsche Fußball Liga (DFL) (2018): DFL Report 2018, online verfügbar unter: <https://www.dfl.de/de/home/dfl-report-2018-profifussball-erstmal-mit-mehr-als-vier-milliarden-euro-umsatz-2.html>; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung/BMG/BÄK/DGPPN (Hrsg.) (2017): S-3 Leitlinie Methamphetaminbezogene Störungen. Heidelberg: Springer.
- Farin, K. (2010): Hooligans. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier Jugendkulturen in Deutschland, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/bildung/jugendkulturen-in-deutschland/36231/hooligans>; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Freye, E. (2014): Kokain, Ecstasy, Amphetamine & verwandte Designerdrogen. Lengerich: Pabst.
- Gabriel, M./Groll, V. (2013): Die Ultras. Zukunftsperspektiven einer jugendlichen Subkultur. In: Thein, M./Linkelmann, J. (Hg.): *Ultras im Abseits?* Göttingen: Die Werkstatt, 256-269.
- Hitzler, R./Niederbacher A. (2010): *Leben in Szenen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Koordinierungsstelle Fanprojekte (KOS) (o. J.): *Fanprojekte in Deutschland*, online verfügbar unter: <http://www.kos-fanprojekte.de/index.php?id=fanprojekte-aachen-bis-zwickau>; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Koordinierungsstelle Fanprojekte (KOS) und Bundesarbeitsgemeinschaft Fanprojekte (BAG) (2017): *Gegen die Kriminalisierung der Sozialen Arbeit mit Fußballfans*, online verfügbar unter: http://www.bag-fanprojekte.de/fileadmin/user_upload/user_upload/kos-bag-offener-brief-201712-screen.pdf; letzter Zugriff: 28.03.18.
- Lichtenberg, M./Paesen, T. (2008): *Sozialpädagogische Fanprojekte in Theorie und Praxis*, Scientia Bonnensis Verlag, Bonn.
- Pilz, G. A. (2003): *Was leisten Fanprojekte?* Online verfügbar unter: http://www.bag-fanprojekte.de/fileadmin/user_upload/user_upload/kos-bag-offener-brief-201712-screen.pdf; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Pilz, G. A. (2005): Vom Kuttengan und Hooligan zum Ultra und Hooltra – Wandel des Zuschauerhaltens im Profifußball. *Deutsche Polizei*, 54(11), 6-12.
- Pilz, G. A. (2006a): *Ultras und Supporter*. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier Fußball-WM 2006, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/sport/fussball-wm-2006/73626/ultras-und-supporter?p=all>; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Pilz, G. A. (2006b): *Hooligans*. Bundeszentrale für politische Bildung. Dossier Fußball-WM 2006, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/sport/fussball-wm-2006/73625/hooligans?p=all>; letzter Zugriff: 28.03.2018.
- Rheinische Post (20.01.2018): *Schlägerei in Hamburg – 70 Kölner-Fans vor HSV-Spiel festgesetzt*, online verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/sport/fussball/1-fc-koeln/hsv-gegen-koeln-fans-geraten-mit-hamburgern-aneinander-und-werden-festgenommen-aid-1.7335243>; letzter Zugriff: 28.03.2018.

- Sommerey, M. (2013): Entwicklungsgeschichte der deutschen Ultra-Bewegung. In Thein, M./ Linkelmann, J. (Hg.): Ultras im Abseits? Göttingen: Die Werkstatt, 26-37.
- Spiegel Online (06.02.2017): Fan-Krawalle bei BVB vs. Leipzig. „Asoziales, widerliches Gewaltverhalten“, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/sport/fussball/bundesliga-borussia-dortmund-verurteilt-fan-ausschreitungen-aufs-schaerfste-a-1133223.html>; letzter Zugriff: 06.02.2017.
- Thiersch, H. (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Weinheim: Beltz.
- Welt (08.12.2014): Wie Crystal Meth in den deutschen Stadien wütet, online verfügbar unter: <https://www.welt.de/sport/fussball/article135097792/Wie-Crystal-Meth-in-den-deutschen-Stadien-wuetet.html>; letzter Zugriff: 05.02.2017.
- Zentrale Informationsstelle Sporteinsätze (ZIS) (2017): Jahresbericht Fußball Saison 2016/17, online verfügbar unter: <https://lzpd.polizei.nrw/artikel/zis-jahresbericht>; letzter Zugriff: 28.03.2018.

Abwasseranalyse – die „große Zukunft“ in der Drogenforschung?

Luise Klaus

Zusammenfassung

Die Abwasseranalyse ist eine relativ neue Forschungsmethode zur Analyse von Drogenrückständen im Abwasser, die als sich rasch entwickelndes Forschungsgebiet mit großer Zukunft angepriesen wird. Kritisch zu betrachten sind dabei vor allem aber die Genauigkeit, die Brauchbarkeit und die Überwachungsfunktion dieser Methode, sowie potenzielle Schädigungen für die unwissentlich Teilnehmenden.

Wie funktioniert die Abwasseranalyse?

Bei der Abwasseranalyse werden mittels speziellen Filtern dem Kanalisationssystem Proben von Abwasser entnommen. Diese Proben werden analytisch anhand von Urin-Biomarkern untersucht. Urin-Biomarker sind messbare Eigenschaften der Primärsubstanz (Muttersubstanz, z.B. von Amphetamin, Metamphetamin und MDMA) oder der Metaboliten, d.h. Endprodukte des Stoffwechsels, die produziert werden, wenn der Körper Drogen abbaut. Der Metabolit von Kokain ist beispielsweise Benzoyllecgonin (BE), der Metabolit von Cannabis nennt sich THC-COOH (11-Nor-9-carboxy-delta⁹-Tetrahydrocannabinol) (EMCDDA 2018). Befürworter der Methode betonen, die Abwasseranalyse sei „ein sich rasch entwickelndes wissenschaftliches Fachgebiet, das die Überwachung von Echtzeitdaten zu geografischen und zeitlichen Entwicklungen im Bereich des illegalen Drogenkonsums ermöglicht“ (EMCDDA 2018: 1). Der geographische Maßstab, die zeitliche Dauer und das Ziel der Abwasserüberwachungen sind in den verschiedenen Anwendungsgebieten der Methode sehr heterogen. Derzeit findet die Abwasseranalyse vor allem in drei Bereichen Verwendung:

(1) Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / EMCDDA) führt seit 2011 jährlich vergleichbare Studien in mittlerweile 60 europäischen Städten (Stand: 2018) durch. Diese groß angelegte Studie zur „Abwasserüberwachung“ soll „regionale [...] [und zeitliche] Unterschiede im Konsum illegaler Drogen in Europa“ (EMCDDA 2018: 1) untersuchen. Dafür wurden in den beteiligten Städten „in einer Woche im März 2017 rohe 24-Stunden-Sammelproben entnommen“ (EMCDDA 2018: 2). Ziel der Studie ist es zum einen eine europaweite Vergleichbarkeit der Abwasseranalyse zu entwickeln¹; und zum anderen durch Langzeiterhebungen sogenannte „Trenddaten“

¹ Um Vergleichbarkeit zu gewährleisten, geht die EMCDDA wie folgt vor: „An allen Standorten wurden ein Standardprotokoll und eine gemeinsame Qualitätskontrolle genutzt, was einen direkten Vergleich der Belastung durch illegale Drogen in Europa in einem Zeitraum von einer Woche während sieben aufeinander folgender Jahre ermöglichte.“ (EMCDDA 2018).

zu generieren, d.h. potenzielle Verschiebungen im Drogenkonsum auf europäischer Ebene frühzeitig zu identifizieren. Die Ergebnisse werden u.a. in einer „interaktiven, weboptimierten Analyse“ in Form von interaktiven Karten auf der Webseite der EMCDDA präsentiert².

(2) Weltweit existieren inzwischen zahlreiche Studien, die die Methode der Abwasseranalyse anwenden, um den Konsum von illegalen Drogen in kleineren Einzugsgebieten wie z.B. Gefängnissen (Brewer et al. 2016; Postigo et al. 2011), Schulen (Zuccato et al. 2017) oder Musikfestivals (Lai et al. 2013) zu untersuchen. Diese Analysen variieren in Dauer, Zielsetzung und untersuchten Substanzen. Allen gemein ist allerdings, dass die Teilhabenden in überwiegender Mehrheit nicht über ihre Beteiligung informiert sind. Um die Daten nicht zu verfälschen, werden zumeist nur die Direktoren der betreffenden Einrichtungen, bzw. Veranstalter_innen vorab informiert (Vgl. Zuccato et al. 2017; Lai et al. 2013).

(3) Ein EU-gefördertes Tracking-Projekt untersucht die Möglichkeit der Identifizierung von Laboratorien zur Herstellung von synthetischen Drogen (hier: Amphetaminen) mittels der Abwasserüberwachung. Dafür werden ringförmige Sensoren in die Kanalisation gesetzt, welche als „a very attractive place for chemicals monitoring and tracking of illegal manufacturing of ATS [Amphetamine-Type Stimulants]“ (microMole o.J.) beschrieben wird. Während sich die vorher genannten Untersuchungsfelder auf den *Konsum* von illegalen Drogen beziehen, wird hier versucht die *Hersteller* quasi durch die Abwasserleitungen (zurück) zu verfolgen. In dem europäischen Forschungskonsortium (genannt „microMole“) beteiligen sich auf deutscher Seite das Bundeskriminalamt, die Fraunhofer Gesellschaft und die Universität der Bundeswehr in München.

Mit großer Mehrheit preisen die bisher veröffentlichten Artikel die Methode der Abwasseranalyse als kosteneffiziente, zuverlässige und objektive Methode in der Drogenforschung, die es ermögliche Daten zu erheben, ohne dass diese – wie bei anderen bewährten Indikatoren (z.B. Umfragen) – durch subjektive Einschätzungen verzerrt werden (vgl. für viele Foppe et al. 2018). Die EMCDDA spricht in ihrem Abschlussbericht 2017 davon, „dass der abwasserbasierten Epidemiologie [...] eine große Zukunft bevorstehe“ (EMCDDA 2018: 4). Doch in welchem Ausmaß kann oder sollte die zukünftige Drogenforschung auf dieser Methode aufbauen? Wo liegen die Grenzen und inwiefern muss die Abwasserüberwachung (nicht nur) aus einer ethischen Perspektive kritisch betrachtet werden?

Die Informationen aus der Leitung – Grenzen der Methode

Die Abwasseranalyse soll u.a. Verwendung finden als ein Messinstrument zur Wirkungskraft der Implementierung von *harm reduction* oder repressiven drogenpolitischen Maßnahmen (EMCDDA 2018). Die Haupteinschränkung der Methode ist dabei aber, dass die erhobenen Daten keine Auskunft über individuelle Muster des Drogenkonsums liefern können. Es werden keine Informationen geliefert zu den Konsument_innengruppen, der Anzahl dieser Personen, in welchem Ausmaß der Konsum stattfindet (Prävalenz, Konsum von einer oder mehrere Substanzen etc.). Einige Studi-

² http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis_de

en weisen insofern zurecht darauf hin, dass die Abwasseranalyse nur als Ergänzung, nicht als Ersatz für herkömmliche Methoden zur Erforschung des Drogenkonsums in der Gesellschaft dienen kann (Prichard et al. 2014).

Eine weitere bedeutende Einschränkung der Methode stellen „Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem Verhalten der ausgewählten Biomarker in der Abwasserleitung“ (EMCDDA 2018) dar. Es kann nicht abschließend geklärt werden, ob die aufgefundenen Substanzen wirklich konsumiert wurden, da Metaboliten auch durch andere chemische Prozesse, außerhalb des menschlichen Stoffwechsels, produziert werden können – ihr Verhalten ist also in der Tat als „unsicher“ zu bezeichnen. Messfehler und Ungenauigkeiten sind dementsprechend nicht auszuschließen, auch wenn das Verfahren laut Studien dahingehend stetig verbessert wird. Zusätzlich liefert die Methode keine Informationen zur Qualität, also dem Reinheitsgrad der Substanzen (EMCDDA 2018).

Ein dritter bedeutender Faktor ist die Schwierigkeit der Rückrechnung bzw. Abschätzung der sich im Einzugsgebiet befindlichen Personen. Bei der europäischen städteübergreifenden Studie der EMCDDA ist dieses Problem seit Jahren bekannt. Verschiedene Formen der Rückrechnung haben teilweise sehr unterschiedliche Ergebnisse bzgl. der im Einzugsgebiet befindlichen Personen und somit abweichende Prozentangaben bzgl. des Drogenkonsums in diesen Gebieten geliefert. In ihrem letzten Report berichtet die EMCDDA, die Unsicherheitsquelle beseitigt zu haben, indem man „Daten mobiler Geräte genutzt [hat], um die dynamische Bevölkerungsgröße für die abwasserbasierte Epidemiologie besser schätzen zu können“ (EMCDDA 2018). Leider gibt der Bericht keine Auskunft darüber, um welche Daten es sich handelt und wie diese gesammelt wurden. Festzuhalten ist, dass es sich bei der Rückrechnung vom Konsum illegaler Drogen eines spezifischen Einzugsgebietes immer um Schätzwerte handelt, die je nach „Schätzungsmethode“ unterschiedliche Ergebnisse liefern können. Jedes der oben genannten Anwendungsgebiete bringt zudem ganz eigene Problematiken und Ungenauigkeiten mit sich:

(1) Die webbasierte, thematische Karte der EMCDDA mit Informationen zum Drogenkonsum auf europäischer Ebene soll als ein anwendungsorientiertes Forschungsinstrument Verwendung finden. Die Karte wird in Zuge dessen als eine generalisierte Repräsentation der Wirklichkeit gelesen, was durchaus kritisch hinterfragt werden muss. So ansprechend und leicht greifbar eine kartographische Aufarbeitung auch sein mag, die simplifizierte und abstrahierte Visualisierung von meist viel komplexeren Datensätzen geht immer mit einer Reduktion der Wirklichkeit einher, erhebt aber zugleich einen besonders hohen Wahrheitsanspruch (Belina et al. 2017). Die Skalierungen der verschiedenen Substanzen in der thematischen Karte verdeutlichen dies insbesondere. Die Substanzmengen werden als Kreise mit entsprechenden Durchmessern veranschaulicht. Unglücklicherweise werden dabei ohne jegliche Erklärung unterschiedliche Skalierungen je nach Substanz verwendet³. Die Größe des Kreises von 2000mg/1000P/Tag Kokain ist identisch mit der Darstellung von 200mg/1000P/Tag MDMA, 500mg/1000P/Tag Amphetamin sowie 800mg/1000P/Tag Methamphetamin. Dadurch entsteht ein verzerrtes Abbild der vermeintlichen Wirklichkeit: 230,3 mg/1000P/Tag MDMA in Amsterdam werden als Kreis mit einem doppelt so großem Durchmesser dargestellt wie 734mg/1000P/Tag Kokain, welches sich im gleichen

³ Die Mengendarstellung qua Skalierung erscheint umso willkürlicher, da die Legende Mengenangaben beinhaltet, die in der Karte selbst nirgends auftauchen.

Zeitraum im Abwassersystem von Amsterdam befand. Die interaktive Karte der EMCDDA enthält zudem einige inhaltliche Ungereimtheiten: so sind beispielsweise die Abwasserrückstände von 230,3 mg/1000P/Tag MDMA in Amsterdam überproportional hoch und übersteigen die Menge an Rückständen in anderen Städten, wie Berlin (49, 8 mg/1000P/Tag) um ein Vielfaches (EMCDDA 2018). Es ist davon auszugehen, dass das MDMA nicht ausschließlich durch den Konsum in die Kanalisation gelangt ist, wie es auch die EMCDDA unter der Rubrik „Zusätzliche Hinweise“ kommentiert⁴. Hier kann also die Produktion von MDMA (z.B. in Form von Ecstasy Tabletten) als Ursache vermutet werden. Auf der anderen Seite befinden sich die Rückstände von Amphetamin im Jahr 2017 in Paris und Bordeaux (FRA), Milan (ITA), Castellon (ESP) und Porto (PRT) unter der Nachweisgrenze (EMCDDA 2018) – hier könnte z.B. ursächlich sein, dass die Schätzung der im Einzugsgebiet befindlichen Personen und in Folge dessen die Rückrechnung ungenau waren, da es fragwürdig ist, ob in all diesen Städten 2017 tatsächlich kein Amphetamin konsumiert wurde.

(2) Bei kleineren sozialen Gruppen scheint die Rückrechnung zunächst etwas einfacher als bei Einzugsgebieten einer Kläranlage. Jedoch liefert die Methode nur eingeschränkte Informationen, was die Konsumenten(gruppen) betrifft und kann dementsprechend auch nur bei sehr offenen Fragestellungen überhaupt Antworten liefern. Weder in Schulen noch in Gefängnissen etc. geht hervor, wie die Substanzen ins Abwassersystem gelangten: Wurde es konsumiert und mit dem Urin ausgeschieden? Wenn ja, haben die Besucher_innen, die Mitarbeiter_innen oder die Insassen das ausgeschiedene Metamphetamin konsumiert (Brewer et al. 2016)? Wer hinterließ Abbauprodukte von Kokain im Abwassersystem der Schule (Zuccato et al. 2017)? Mittels der Abwasserüberwachung konnte in beiden Studien nur festgestellt werden, dass die Substanzen innerhalb des Gebäudes in die Kanalisation gelangt sind. *Ob* und wenn ja, *wer* sie *wann* konsumierte, bleiben hingegen ungeklärte Fragen.

(3) Schließlich reicht für das Überwachungssystem zur Identifizierung von Amphetamin-Laboratorien zwar die Information, dass sich Rückstände der ATS-Herstellung in der Leitung befinden. Um allerdings auch nur eine Stadt flächendeckend überwachen zu können, benötigt es „zehntausende solcher Sensoren an allen Knotenpunkten der Kanalisation“ (FAZ 2017). Die Autoren des Zeitungsartikels halten es für fragwürdig, ob der Kostenaufwand die Implementierung rechtfertigen würde, zumal die Genauigkeit der Ergebnisse aufgrund der oben genannten Faktoren infrage gestellt werden könnte (FAZ 2017). Überhaupt ist es zweifelhaft, inwiefern die Abwasserüberwachung als Instrument der Strafverfolgung irgendeinen Nutzen in der Reduzierung und Schadensminimierung von Drogenkonsum aufweist. Die Brauchbarkeit der Tracking-Methode zur Verringerung von Drogenkonsum kann dementsprechend angezweifelt werden, da sie vermutlich allerhöchstens temporäre „Erfolge“ erzielen könnte.

Ethische Probleme der Abwasseranalyse

In zwei bisher veröffentlichten ethischen Forschungsleitlinien zur Abwasseruntersuchung lautet der Grundtenor, die Frage nach dem Zweck der Untersuchung sei ent-

⁴ http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis_de#panel2

scheidend für die ethische Vertretbarkeit eben dieser: wird die Abwasserüberwachung für wissenschaftliche Untersuchungen, Analysen von Langzeittrends etc. oder zur Identifizierung und Repression gegenüber bestimmter Personengruppen (Prichard et al. 2014; 2016) verwendet? Es geht also auch darum, den Missbrauch der erhobenen Daten zu verhindern, um somit die unwissentlich teilnehmenden Personen(gruppen) der Studie vor denkbaren Schäden wie Stigmatisierung, Strafverfolgung oder repressiven politischen Reaktionen zu schützen (Prichard et al 2014).

Prichard et al. vertreten zudem die Ansicht, dass ethische Risiken oder Bedenken bei großen Einzugsgebieten der Abwasseranalyse gering seien, da der vermischte Urin von mehreren tausend Personen nicht dazu verwendet werden kann, um den individuellen Drogenkonsum zurück zu verfolgen. Dass dem Individuum kein Drogenkonsum nachgewiesen werden kann, bedeutet allerdings nicht, dass nicht kollektiv eine ganze Gruppe von Menschen (z.B. Einwohner_innen eines Wohnviertels, Schüler_innen einer Schule oder Gefängnisinsassen) in Folge von Messergebnissen stigmatisiert und ökonomisch oder anderweitig benachteiligt werden kann, ganz gleich ob die Individuen Drogen konsumiert haben oder nicht. Gleiches gilt für das Tracking von Amphetamin-Laboratorien. Wenn diese zum Erfolg führt, wie wird mit den anderen potenziellen Verdächtigen (z.B. im gleichen Haus, in der Nachbarschaft etc.) umgegangen? Ab welcher räumlichen Eingrenzung könnte theoretisch eine Hausdurchsuchung richterlich angeordnet werden? In den bisherigen Veröffentlichungen zu diesem Projekt finden sich keine Angaben dazu.

Fazit

Die Abwasseranalyse wird als Instrument mit „großer Zukunft“ gepriesen, weist aber einige Ungenauigkeiten auf, z.B. durch das Schätzungsverfahren bei der Rückrechnung auf die im Einzugsgebiet befindliche Personenanzahl oder die „Unsicherheiten [...] Verhalten der ausgewählten Biomarker in der Abwasserleitung“ (EMCDDA 2018). Der Methode sind zudem – wie den meisten quantitativen Erhebungsverfahren – klare Grenzen gesetzt. Abwasseruntersuchungen liefern keinerlei Antwort auf wichtige Fragen der Drogenforschung, z.B. nach dem Konsumverhalten oder den Konsumierenden(gruppen). Hier benötigt es auch zukünftig fundierte (qualitative) Forschung, um ein ganzheitliches Bild des gesellschaftlichen Drogenkonsums zu erlangen und mögliche Schäden minimieren zu können.

Neben diesen methodischen Schwächen ist zu betonen, dass die Durchführung einer anlassunabhängige und kollektive *Überwachung* von Personengruppen bzw. sozialen Räumen – also von gesamten Stadtteilen, Schulen oder Gefängnissen – darstellt. Dieser Überwachung sind die unwissentlich Teilnehmenden zwangsläufig – durch den alltäglichen Toilettengang – und meist ohne Möglichkeit sich dem zu entziehen, ausgesetzt. Man stelle sich nur einmal vor, welche Diskussionen geführt werden würden, wenn es sich bei den analysierten Substanzen nicht um illegalisierte Drogen, sondern z.B. die Verwendung von legalen Psychopharmaka oder hormonellen Verhütungsmitteln usw. handeln würde, deren räumliche und zeitliche Verbreitung in der Bevölkerung dazu genutzt werden könnte, bestimmte soziale Gruppen zu überwachen, um diskriminierend und stigmatisierend in die Lebensführung der Angehörigen dieser Gruppen einzugreifen. In Anbetracht der begrenzten Brauchbarkeit der Methode, der

Unwissenheit der Überwachten sowie der Zwangsläufigkeit der Teilnahme erscheint die Zukunft der Abwasseranalyse weniger „groß“.

Literatur

- Belina, B./Germes, M. (2016): Kriminalitätskartierung als Methode der Kritischen Kriminologie? In: *Kriminologisches Journal* 48: 1, 24 – 46.
- Brewer, A. J./Banta-Green, C. J./Ort, C./Robel, A.E./Field, J. (2016): Wastewater testing compared with random urinalyses for the surveillance of illicit drug use in prisons, in: *Drug and Alcohol Review* 35: 133 – 137.
- EMCDDA (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht) (2018): Drogenperspektiven. Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städte-übergreifende Studie, online verfügbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2757/POD_Wastewater%20analysis_DE%202018.pdf; letzter Zugriff: 16.04.2018.
- FAZ (2017): 800.000 Euro für einen Terror-Airbag, der nie fertig wurde 23.02.2017 (Autoren: Kai Biermann und Christian Fuchs). <http://www.zeit.de/wirtschaft/2017-02/sicherheit-technik-eu-forschung-fraunhofer-gesellschaft>; letzter Zugriff: 17.04.2018.
- Foppe, K. S./Hammond-Weinberg, D. R./Subedi, B. (2018): Estimation of the consumption of illicit drugs during special events in two communities in Western Kentucky, USA using sewage epidemiology, in: *Science of the Total Environment* 633: 249 – 256.
- mircoMole (o.J.): Sewage monitoring system for tracking synthetic drug laboratories (microMole). Online verfügbar unter: http://micromole.eu/wp-content/uploads/2016/01/WP3-UNI-BWM_Projektskizze-microMole_0516.pdf; letzter Zugriff: 16.04.2018.
- Lai, F./Thai, P. K./O'Brien, J./Gartner, C./Bruno, R./Kele, B./Ort, C./Prichard, J./Kirikbride, P./Hall, W./Carter, S./Mueller, J. F. (2013): Using quantitative wastewater analysis to measure daily usage of conventional and emerging illicit drugs at an annual music festival, in: *Drug and Alcohol Review* 32: 594 – 602.
- Postigo, C./de Alda, M.L./Barcelo, D. (2011): Evaluation of drugs of abuse use and trends in a prison through wastewater analysis, in: *Environment International* 37: 49 – 55.
- Prichard, J./Hall, W./Zuccato, E./De Voogt, E./Voulvoulis, N./Kummerer, K./Kasprzyk-Hordern, B./Barbato, A./Parabiaghi, A./Hernandez, F./van Wel, J./Thomas, K. V./Fent, K./Mardal, M./Castiglioni, S. (2016): Ethical research guidelines for wastewater-based epidemiology and related fields, online verfügbar unter: <https://qaehs.centre.uq.edu.au/files/880/WBE%20Ethical%20Guidelines.pdf>; letzter Zugriff: 18.04.2018.
- Prichard, J./Hall, W./Zuccato, E./De Voogt, E. (2014): Sewage epidemiology and illicit drug research: the development of ethical research guidelines, in: *Science of the Total Environment* 472: 550 – 555.
- Zuccato, E./Gracia-Lora, E./Rousisa, N. I./Parabiaghib, A./Sentac, I./Rivaa, F./Castigilioni, S. (2017): Illicit drug consumption in school populations measured by wastewater analysis, in: *Drug and Alcohol Dependence* 178: 285 – 290.

Herausforderungen auf dem Weg zu evidenzbasierter und partizipativer Suchtprävention an Schulen

Maximilian von Heyden & Henrik Jungaberle

Zusammenfassung

Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie ein lebensgeschichtlich früher oder riskanter Konsum von psychoaktiven Substanzen sind typische Themen der Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen. Die ideengeschichtliche Konfrontation zwischen Gesundheitsförderung und Prävention ist inzwischen weitgehend obsolet, da sich beide in Hochschulausbildung und Praxis angenähert haben. Parallel dazu existiert hier aber auch noch ein interventionistisches Reparaturdenken und eine „Quick Fix“-Idee, die sich in Schulen gegen die pädagogische Praxis stellt. Der nachfolgende Beitrag benennt bestehende Herausforderungen für eine einheitliche, an Evidenz und Demokratieförderung orientierte Präventionspraxis und deutet auf Wege zur Annäherung zwischen politischem Anspruch und praktischer Wirklichkeit.

Es gibt historische Unterschiede in der Haltung und den Zielen von Gesundheitsförderung und Prävention. Größere Teile der Gesundheitsförderung sind an Autonomie und langfristigen Entwicklungszielen orientiert. „Gesundheitsförderung zielt dabei auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (International Conference on Health Promotion 1986). Hier gibt es eine Vorstellung von den biopsychosozialen Zusammenhängen, in denen Gesundheitsverhalten eingebunden ist. Das ist bei weiten Teilen der Präventionsakteure inzwischen auch so: es gibt eine wachsende Entfremdung gegenüber dem Reparaturdenken, das an kurzfristigen Interventionen orientiert ist.

Die jüngere Geschichte der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland ist eigentlich eine erfreuliche. Unter Anerkennung der physischen, psychischen und sozialen Determinanten von Gesundheit wurde mit der Verabschiedung des „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ im Jahr 2015 eine wegweisende Voraussetzung geschaffen, um diese finanziell abzusichern und strukturell zu verankern (Meierjürgen/Becker/Warnke 2016).

Auch die Kultusministerkonferenz bekannte sich bereits im Jahr 2012 umfassend zu deren Bedeutsamkeit als Teil von Schule. So heißt es in der Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention, dass sie als „integrale Bestandteile von Schulentwicklung“ zu betrachten sind und „als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen“ werden sollen. „Sie stellen keine Zusatzaufgaben der Schulen dar, sondern gehören zum Kern eines jeden Schulentwicklungsprozesses“ (Kultusministerkonferenz 2012).

Doch vielerorts gibt es noch einen großen Graben zwischen politischem Anspruch und gelebter Wirklichkeit zu überwinden. So fehlt es trotz der bereits 2012 beschlossenen Empfehlung häufig noch an Wissen, den Instrumenten und Ressourcen und vor allem an der Ausbildung der lehrenden Akteure um diesen Anspruch zu gestalten. Der Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit ist den meisten Akteuren im Bildungssystem aus täglicher Praxis bekannt. Und so wäre es falsch, vorschnell den Vorwurf der Nachlässigkeit oder Untätigkeit zu erheben. Vielmehr trifft man häufig auf Hilf- und Ratlosigkeit, auf geäußerte Zeitnot sowie Sorgen vor rechtlichen Konsequenzen, da juristisch eine Förderung des Substanzkonsums als strafbar beurteilt werden könnte.

Deshalb sind Schulleiter und Pädagogen auf Hilfestellungen bei der Auswahl und Einführung wirksamer, nachhaltiger und ethischer Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention angewiesen. Die Lage ist komplex: Jenseits der Förderung individueller Kompetenzen durch Übungen und Projektstage erfordert eine authentische und vor allem wirksame schulische Gesundheitskultur auch das Infrage stellen und die Neugestaltung von Schule selbst – und ist somit nur durch langfristig angelegte Schulentwicklungsprozesse befriedigend zu erreichen.

Ein genauer Blick offenbart vielerorts jedoch eine andere, noch punktuelle und nach Maßstäben wissenschaftlicher Forschung bestenfalls unwirksame Vorgehensweise. Dieser Befund wäre zu verzeihen, wenn er gerade beim lebenslang relevanten Thema psychoaktive Substanzen nicht mit ethischen Problemstellungen verbunden wäre (Brotherhood 2018; Burkhardt 2015). Wie am Beispiel des Präventionsdilemmas besonders deutlich wird, profitieren von den verbreiteten Maßnahmen vor allem diejenigen Schülerinnen und Schüler am meisten, die am wenigsten vulnerabel sind und entsprechend nur in geringerem Maße im Kerninteresse von Prävention stehen.

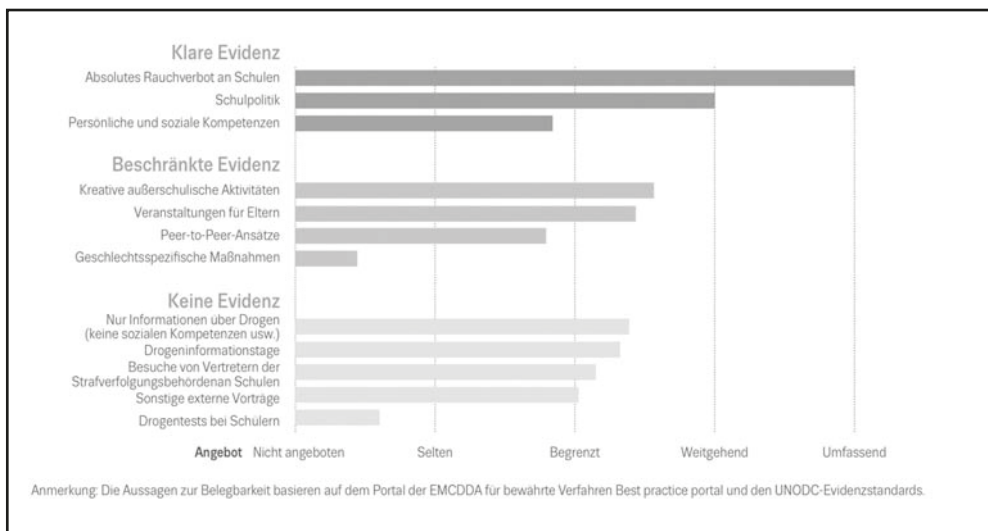


Abbildung 1
Schulbasierte Suchtpräventionsmaßnahmen: Verfügbarkeit und Nachweis der Wirksamkeit (EMCDDA 2015)

In Ermangelung belastbarer Daten über die gegenwärtige Situation der schulischen Suchtprävention in Deutschland ist lediglich eine Rundschau über typische Herausforderungen in dieser Lebenswelt möglich. Beide Autoren haben jahrelange Erfahrung in der Weiterbildung von Schulleitern, Lehrern und Sozialarbeitenden, in- und außerhalb von Schulen. Die Lage stellt sich einfach dar: Falls überhaupt strukturierte Angebote vorzufinden sind, werden diese häufig von motivierten Einzelpersonen getragen und stehen in keinem kohärenten Zusammenhang zu anderen bedeutsamen Präventionsthemen wie Ernährung, Bewegung und gewalttätigem Verhalten. Für Schulleiter und Präventionslehrer stellt sich aus Ermangelung zusammenhängender Konzepte und Ressourcenproblemen die Frage, welche der vielen Gesundheitsthemen und Angebote aufgegriffen werden sollen. An Verknüpfung verschiedener Angebote, Personal- und Organisationsentwicklung oder gar eine integrierte Strategie im Sinne von Präventionskette ist angesichts dessen häufig nicht zu denken.

Suchtprävention eignet sich als hervorragendes Beispiel, um das Thema Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen insgesamt zu thematisieren. Wirksame Elemente von Suchtprävention erscheinen bei einer oberflächlichen Betrachtung zunächst kontraintuitiv und entsprechen häufig dem Gegenteil dessen, was zu positiver medialer Resonanz führt oder für Laien nachvollziehbar ist (Burkhart 2015). Es verwundert also nicht, dass die vielerorts anzutreffenden Maßnahmen häufig nicht den bestehenden Kriterien guter Praxis Rechnung tragen und dennoch mediale Zustimmung genießen.

Der geläufige Ansatz, schulferne und zum Teil pädagogisch unqualifizierte Personen gegen Honorar zur Erbringung verinselter Leistungen zu beauftragen ist kostenintensiv. Nicht selten sind das ehemalige Abhängige. Dennoch erfordert auch dieses Vorgehen mindestens einen schulischen Koordinator. Doch wie erfolgreich würde die Vermittlung grundlegender mathematischer Fähigkeiten verlaufen, wenn diese an einem einzigen Tag in der Schullaufbahn durch eine Person erfolgen würde, die sich insbesondere dadurch qualifiziert, ihre Leidenserfahrung mit Mathematik vor der Klasse zu reflektieren?

Ernstzunehmende Untersuchungen zeigen, dass viele Maßnahmen und Angebote nicht zur Erreichung der postulierten Gesundheitsziele beitragen und schlimmstenfalls sogar zu einer Verschlechterung führen können (Bonell et al. 2015; Werch/Owen 2002). Die Möglichkeit negativer Auswirkungen wird von Praktikern jedoch zu selten in Betracht gezogen. Viele wertvolle Beiträge wurden seit der Jahrtausendwende geleistet, um einen umfassenden Qualitätsbegriff im Kontext von Suchtprävention zu entwickeln und in die Breite zu tragen (Brotherhood 2018). Die daraus resultierende Bewusstheit für die Verfügbarkeit evidenzbasierter Interventionen geht jedoch bei Praktikern häufig noch mit der naiven Annahme einher, dass diese aus sich selbst heraus wirksam seien. Entscheidender Faktor in pädagogischen Situationen bleibt jedoch die durchführende Person selbst. Gelingende Implementationen hängen von mehr als der Adaption von Methoden ab, sondern erfordern professionelle Selbstreflexion, gelingende Beziehungsgestaltung und angemessene Rahmenbedingungen. Die zunehmende Forderung nach Wirksamkeitsnachweisen für Präventionsmaßnahmen sollte dennoch nicht das bisher Geleistete in ein schlechtes Licht rücken. Vielmehr macht sie eine kritische Prüfung und integrative Ansätze notwendig.

Die Errungenschaft des Präventionsgesetzes und vieler Programmentwickler im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention haben den Graben zwischen Anspruch und Wirklichkeit tendenziell vertieft und sichtbar gemacht. Die historisch nachvollziehbare Trennung zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem verstärkt diesen Effekt. Verantwortliche im Kontext Schule wurden häufig nicht im Rahmen ihres Studiums für diese Anforderung qualifiziert. Die Pädagogen nicht auf interventionistisches Arbeiten mit den verbundenen Risiken im Sinne iatrogenen Effekte vorbereitet. Ein Lösungsansatz könnte die systematische Qualifizierung von Schulleitern sein, denen bewältigbare Konzepte angeboten werden, die für Kollegium und Schülerschaft adaptiert und zu jedermanns Gewinn implementiert werden können.

Bisher erfolgt die Einführung von Präventionsprogrammen an Schulen häufig in Reaktion auf Vorfälle, die ein sichtbares Handeln notwendig machen. Dies steht im starken Kontrast zur Idee einer präventiven Gesundheitskultur, dem ein differenziertes Curriculum zugrunde liegt, dass die wesentlichen Kompetenzen heranwachsender Menschen in Bezugnahme auf die relevanten Entwicklungsaufgaben anspricht und die einzelnen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen miteinander in Beziehung bringt.

Auch sollten qualifizierte Externe weiter eine Rolle spielen dürfen. Gegen eine Auslagerung der Verantwortung für zentrale Gesundheitsthemen wie beispielsweise Suchtprävention sprechen jedoch zahlreiche Argumente. Sie schafft Ungerechtigkeit, da aufgrund zeitlicher und finanzieller Restriktionen nicht jeder Schüler Zugang zu für ihn adäquaten Präventionsmaßnahmen erhält und diese in deutlich unterschiedlicher Qualität angeboten werden. Sie macht abhängig, da sie in der Regel von externen Finanzierungsstrukturen und Dienstleistern abhängt. Sie lagert die Verantwortung für Gesundheit aus – obwohl die Präventionsforschung zeigt, dass gerade systemische Maßnahmen einen besonders großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben (Burkhart 2015).

Nicht zuletzt dient schulische Bildung eben auch der Heranführung von jungen Menschen an demokratische, kooperative und selbstbestimmte Praktiken und Problemlösestrukturen. Eine isolierte und interventionistische Präventionslogik kann das nicht erfüllen, weil sie in der Tendenz steht, Menschen auf defizitäre Strukturen und non-konforme Verhaltensweisen zu reduzieren und in der Folge Sanktionen zu präferieren. Gebraucht werden jedoch Projekte, Räume und Prozesse, in denen alle Gesundheitsverhaltensweisen Teil der demokratischen Grundidee sind: diese lautet, Menschen zu immer mehr Mündigkeit zu verhelfen. Das widerspricht nicht den gut belegten Effekten der Verhältnisprävention (Steuern auf Risikosubstanzen oder Zucker, Raucherschutz etc.), sondern ergänzt sie. Denn Mündigkeit braucht Herausforderungen und Widerstände, Orte, an denen Menschen ernst genommen und mit sozialen und gesundheitlichen Erwartungen konfrontiert werden – um dann eigenständige Entscheidungen treffen zu können.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungschancen möchten die Autoren jedoch Mut machen, sich nicht einer negativen Fixierung hinzugeben. Gesundheitsförderung als Haltung, das bedeutet auch von den zahlreichen Beispielen des Gelingens zu lernen und die vielen guten Ansatzpunkte, die seitens der Politik, Wissenschaft und Praxis entwickelt wurden als Ressourcen nutzen zu lernen.

Literatur

- Bonell, C./Jamal, F./Melendez-Torres, G. J./Cummins, S. (2015): "Dark logic": Theorising the harmful consequences of public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(1), 95–98. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204671>
- Brotherhood, A. (2018): Qualität in der Suchtprävention: Was können Qualitätsstandards leisten?
- Burkhart, G. (2015): Suchtpräventive Ansätze: eine transnationale Perspektive. *Handbuch Psychoaktive Substanzen*, 1–34. https://doi.org/10.1007/978-3-642-55214-4_5-1
- EMCDDA (2015): Europäischer Drogenbericht 2015. <https://doi.org/10.2810/41797>
- International Conference on Health Promotion (1986): Health promotion: Ottawa charter. WHO/HPR/HEP/95.1. Unpublished, online verfügbar unter: <http://www.who.int/health-promotion/conferences/previous/ottawa/en/>; letzter Zugriff: 16.05.2018.
- Kultusministerkonferenz (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. 12.06.2015, 1–7, online verfügbar unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf; letzter Zugriff: 16.05.2018.
- Meierjürgen, R./Becker, S./Warnke, A. (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. *Pravention Und Gesundheitsforderung*, 11(4), 206–213. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0556-z>
- Werch, C. E./Owen, D. M. (2002): Iatrogenic Effects of Alcohol and Drug Prevention Programs. *Stud. Alcohol*, 63, 581–590. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.581>

Aufruf zu einer Weltweiten Lesung für eine neue Drogenpolitik am 24. November 2018¹

Heino Stöver

Die Peter-Weiss-Stiftung für Kunst und Politik und das internationale literaturfestival berlin (ilb) rufen kulturelle und politische Institutionen, Schulen, Universitäten, NGOs, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, Medien und interessierte Personen auf, sich an einer Weltweiten Lesung für ein Ende des katastrophalen Drogenkrieges und eine neue Drogenpolitik zu beteiligen, die ein Plädoyer für die Entkriminalisierung der Drogenkonsumenten und zeitgemäße Kontrollstrategien für einen Zugang von Drogen darstellt.

Gelesen werden sollen die Empfehlungen der „Global Commission on Drug Policy“ (GCDP), die 2011 und 2017 publiziert wurden und online unter <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-war-on-drugs/> und <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/changing-perceptions/> in verschiedenen Sprachen abrufbar sind.

Der 1971 von Richard Nixon ausgerufene „War on Drugs“ ist verloren – zu diesem Ergebnis kommen Tausende NGOs, Politiker und Wissenschaftler rund um den Globus – so auch die GCDP, in der neben Ex-Staatsoberhäuptern auch Kofi Annan und Literaturnobelpreisträger Mario Vargas Llosa sitzen.

Die weltweiten Versuche, bestimmte Drogen zu verbieten und zu ächten, sind über 100 Jahre alt: Während der ersten Internationalen Opiumkonferenz 1912 wurde eine Opiumkonvention verabschiedet, die 1919 im Rahmen des Versailler Vertrages in Kraft trat. Im Laufe der Jahre wurden mehr und mehr psychoaktive Substanzen diesen Verträgen unterstellt. 1961 haben sich schließlich die meisten Staaten dieser Erde im Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel https://en.wikipedia.org/wiki/Single_Convention_on_Narcotic_Drugs dazu verpflichtet, die Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln gesetzlich einzuschränken. Nur für wissenschaftliche oder medizinische Zwecke können Ausnahmen erlassen werden. Über 100 Jahre Versuche globaler Drogenkontrolle sollten Anlass genug sein, um eine umfassende Bilanz zu ziehen: Was ist erreicht worden? Was sollte erreicht werden, was wollte man gar nicht und was kann man gar nicht erreichen? Wer sind die Nutznießer dieser Prohibitionspolitik, welche Hürden stehen einer Regulierung psychotroper Substanzen im Wege, und wie können sie überwunden werden? Die GCDP kommt in ihrem Bericht zum Ergebnis,

¹ An diesem Tag beginnt in diesem Jahr die bedeutendste Buchmesse Lateinamerikas in Guadalajara, Mexiko

dass die Verbotspolitik nicht den gewünschten Erfolg brachte: Trotz des weltweiten Verbots sind Drogen überall und leicht erhältlich – selbst in Gefängnissen. So stieg der weltweite Konsum von Opiaten zwischen 1998 und 2008 um 34,5 Prozent, der von Kokain um 27 Prozent und der von Cannabis um 8,5 Prozent. Die Prohibition stabilisiert weltweit illegale Drogenmärkte und sichert der Organisierten Kriminalität unglaubliche Profite. Dabei könnten mit einer Legalisierung des Verkaufs bestimmter Drogen hohe Steuereinnahmen realisiert werden mit der – ähnlich wie bei den legalen Drogen Tabak und Alkohol – Aufklärungsarbeit und Prävention finanziert werden könnten. Zudem würden mit diesem Schritt der illegale Drogenhandel stark reduziert und die damit einhergehenden Verbrechen deutlich minimiert werden.

Angesichts des eskalierenden Drogenkrieges, sichtbar vor allem in Mexiko und in anderen Staaten Lateinamerikas, weiten Teilen Südamerikas und Asiens, den drogeninduzierten geopolitischen Verschiebungen (einzelne Volkswirtschaften sind komplett vom Handel mit Drogen abhängig), muss festgestellt werden, dass die Prohibition und die Organisierte Kriminalität weite Teile der Welt beeinträchtigen. Vermehrt wird die Todesstrafe im Anti-Drogenkampf angewendet: Amnesty International hat dokumentiert, dass 2017 15 Länder Todesurteile wegen Drogenvergehen verhängten oder vollstreckten. Zehn von 16 Staaten Asiens sprachen im vergangenen Jahr bei Drogendelikten die Todesstrafe aus. Mit 264 Hinrichtungen wurden 2017 in Nordafrika und dem Mittleren Osten so viele Menschen wegen Drogenstraftaten hingerichtet wie in keiner anderen Region der Welt. Auf den Philippinen ist seit der Wahl Rodrigo Duterte der „Krieg gegen Drogen“ eskaliert, der eine Lynchjustiz durch die Bevölkerung und Polizei freigegeben hat. Die Anzahl der extralegalen Hinrichtungen ist sprunghaft gestiegen. Betroffen sind vor allem Bewohner der Armenviertel. Ins Visier der staatlichen Killer geraten auch Anwälte, Journalisten, Menschenrechtsaktivisten, sozial und kirchlich engagierte Menschen oder Personen, die einfach »nur« zur falschen Zeit am falschen Ort waren. Damit wird offensichtlich: Systematische Menschenrechtsverletzungen und eine Destabilisierung der Demokratie sind wesentliche und zwangsläufige Folgen der Prohibition. Zuletzt hat US-Präsident Trump die Todesstrafe für Drogendealer gefordert. Wie viele Menschen müssen noch in diesem Drogenkrieg sterben, wie viele Menschen müssen noch als Kollateralschäden zu bezeichnende Gesundheitsschädigungen erleiden?

Angesichts der immer noch steigenden Aufrüstung im „Krieg gegen die Drogen“ und dem Versuch, die Bevölkerung glauben zu machen, dieser Krieg sei noch zu gewinnen, wird die Frage nach der Sinnhaftigkeit der gewaltsamen Auseinandersetzungen und der Prohibition als solcher immer häufiger gestellt. Weltweit fordern viele Initiativen, Verbände, Parteien und namhafte Personen andere als strafrechtliche Drogenkontrollmodelle und verweisen auf die vielen Schäden der gegenwärtig repressiv dominierten Drogenpolitik.

Die weltweit umspannende Prohibition hat vor allem erreicht, dass Drogenabhängige und/-konsument_innen bestraft, stigmatisiert und diskriminiert werden. Sie sind zuallererst Straftäter_innen und nicht Menschen, denen therapeutisch geholfen werden müsste, wenn sie abhängig sind, oder deren Entscheidung für den Konsum bestimmter Drogen akzeptiert werden muss. Konsument_innen bestimmter – illegaler

– Drogen werden von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen, sie werden sozial ausgegrenzt und gesundheitlichen Risiken ausgesetzt werden. Allein die Kriminalisierung führt dazu, dass Menschen bei dem Versuch ein ‚normales Leben‘ zu leben, ihre Abhängigkeit oder ihren Genuss zu befriedigen auf der einen Seite den Strafverfolgungsbehörden und dem Schwarzmarkt auf der anderen Seite ausgeliefert sind. Die Prohibition führt dazu, dass Menschen durch gestreckte Drogen gesundheitlichen, und durch Strafverfolgung sozialen und rechtlichen Risiken ausgesetzt werden. Diese Risiken sind vermeidbar durch eine intelligente Drogenkontrollpolitik, in welcher der Verbraucher- und Jugendschutz, sowie eine auf wissenschaftlichen Fakten basierende Gesundheitsstrategie im Mittelpunkt stehen.

Das Ziel jeder Drogenpolitik sollte eine Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch den Konsum psychotroper Substanzen sein, die Entwicklung lebensweltnaher und zielgruppenspezifischer Aufklärung sowie die Verhinderung der Stigmatisierung von Drogen konsumierenden Menschen. So sollten auch Konsumentinnen und Konsumenten grundsätzlich vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilhaben und sie mitgestalten können, unabhängig von individuellen Fähigkeiten, ethnischer wie sozialer Herkunft, Geschlecht oder Alter.

Dabei geht es um die gesundheitlich-sozialen Lebensbedingungen der Konsument_innen, sowie auch um eine Wiederherstellung der Glaubwürdigkeit aller präventiven Bemühungen angesichts der scheinheiligen Prohibition von Drogen. Aber es sind auch grundsätzliche gesellschaftliche Werte bedroht; Freiheiten werden eingeschränkt, die in keinem nachvollziehbaren und verhältnismäßigen Maß zu den intendierten Zielen und vor allen Dingen nicht zu den ‚Erfolgen‘ des Drogenverbots stehen, Menschenrechte werden verletzt.

Wir sollten also beginnen, Drogengebrauch als Realität der menschlichen Kultur wahr- und ernst zu nehmen. Drogen erfüllen vielfältige Funktionen, um den Alltagsanforderungen gerecht zu werden, um Belastungen zu kompensieren, um Genuss zu erleben etc. Trotzdem sollten wir stärker die Ursachen für Drogengebrauch allgemein und Abhängigkeit von Drogen im Besonderen in den Mittelpunkt von Gesundheitspolitik und Forschung stellen: Lebens- und Arbeitsbedingungen müssen auf ihre abhängig machenden Strukturen untersucht und verändert werden, die Gesundheitsgefahren durch unkalkulierbare Reinheitsgehalte der Drogen müssen abgebaut werden und Menschen müssen besser aufgeklärt werden. Die Verbotspolitik blockiert jedoch eine offene und ehrliche Auseinandersetzung über den Umgang mit Drogen in unserer Gesellschaft und eine Auseinandersetzung mit den Hintergründen von Abhängigkeit.

Drogenprobleme müssen gesundheits- und nicht strafrechtspolitisch behandelt werden. Was als erstes gemacht werden könnte ist die Einsetzung von nationalen Enquete-Kommissionen, die aus unabhängigen Expert_innen bestehen, und die untersuchen, welche Wirkungen, und welche (unbeabsichtigten) Nebenwirkungen die Prohibitionspolitik jeweils haben: Was sind die Kosten und die Schäden der Prohibition? Wie leiden die Konsument_innen und Abhängigen illegaler Drogen unter dem Drogenverbot? Wie sind freiheitliche Werte und demokratischen Strukturen in Mitleidenschaft gezogen worden? Welche weiteren Kollateralschäden sind zu verzeichnen?

Zudem müssen wir Drogenkonsument_innen möglichst unverzüglich entkriminalisieren! Ihnen sollten vor allem Beratung und Behandlung angeboten werden, so wie das in Portugal bereits gemacht wird. Der Umgang mit Mengen zum Eigenbedarf steht dort schon seit 2001 nicht mehr unter Strafe – ohne dass Portugal im ‚Drogensumpf‘ versunken wäre. Den größten Teil (etwa 75%) der über 300.000 Rauschgiftdelikte z.B. in Deutschland machen sogenannte ‚konsumnahe Delikte‘ aus, d.h. es geht um Mengen zum Eigenbedarf. Es braucht eine rationale Drogenpolitik, die auf wissenschaftlicher Evidenz und der Achtung von Menschenrechten basiert, statt auf dem mittlerweile ein Jahrhundert alten Glauben an die Durchsetzbarkeit allgemeiner Drogenverbote.

Entrüsten Sie sich! Unterzeichnen Sie den Aufruf und nehmen Sie an der weltweiten Lesung teil! Für ein Ende des Drogenkrieges: Drogenkonsument_innen müssen entkriminalisiert werden und der Zugang zu Drogen durch intelligente Kontrollstrategien mit legalen Mitteln reguliert werden.

Wenn es Ihnen möglich ist, eine Lesung in Ihrem Ort zu organisieren, schreiben Sie bitte an: worldwidereading@literaturfestival.com

Wir werden im Vorfeld des 24. November auf der Website www.worldwide-reading.com die angemeldeten Lesungen kommunizieren und danach berichten.

Autorinnen und Autoren

Gundula Barsch

Prof. Dr. habil, Jahrgang 1958, promoviert im Fach Soziologie, habilitiert im Fach Sozialpädagogik, seit 1999 Lehrgebiet „Drogen und soziale Arbeit“ an der HS Merseburg, 1991 bis 1998 Mitarbeit im Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, von 1998-2002 Mitarbeit in der Nationalen Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit

Brigitte Bersch

Koordination Spritzenautomaten-Projekt NRW, Aidshilfe NRW e.V.

Neil Boyd

Professor und stellvertretender Direktor der School of Criminology an der Simon Fraser University (Burnaby/Vancouver, Kanada), studierter Psychologe und Rechtswissenschaftler. Er wird häufig von Medien für Kommentare zu kriminologischen Themen angefragt, insbesondere Drogengesetze und -politik, Gewalt und Tötungsdelikte. Zahlreiche Veröffentlichungen, u.a. über Drogenmärkte, Opioidbehandlung, intravenösen Drogenkonsum und Assoziationen zwischen Drogenkonsum und Gewalt.

Michael Büge

ist Psychologischer Psychotherapeut. Er arbeitet als Einzel-, Gruppen- und Familientherapeut beim Therapieladen e.V. in Berlin. Besonders spezialisiert hat er sich auf die Arbeit mit Menschen mit der Doppeldiagnose Psychose und Sucht. Darüber hinaus ist er als Supervisor tätig und bietet Fortbildungen überwiegend zu den Themen »Doppeldiagnose« und »Motivierende Gesprächsführung« an.

Daniel Deimel

Prof. Dr. phil., Dipl. Sozialarbeiter, Suchttherapeut und Supervisor. Professor für Klinische Sozialarbeit an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

Anabela Dias de Oliveira

Jahrgang 1960, 1972 Migration aus Lissabon nach Deutschland, verheiratet, 1 Kind. 1986 Diplom der Sozialarbeit an der Gesamthochschule Kassel. Ab Anfang der 1980er Jahre Mitbegründerin verschiedener bürgerschaftlicher und Drogen/AIDS-Initiativen sowie Vorstandsmitwirkung (u.a. Aids-Hilfe MK, Junkiebund-Freundeskreis Kassel, AG DroPo NRW, Akzept e.V. Bundesverband). Ab 1987 Aufbau/Leitung der Bundes-/Landesmodellprojekte: Zentrale Drogenentgiftung NRW Hagen-Else; „KESH“ (suchtbegleitende Wohneinrichtung), AKJ e.V. Hamm; „LÜSA“ (niedrigschwellige Eingliederungshilfe) des VFWD e.V. Unna (bis heute).

Tibor Harrach

ist Pharmazeut (Apotheker), langjährige Forschungs- und Lehrtätigkeit am Institut für Pharmazie der Freien Universität Berlin, Studium im Fach Toxikologie an der Charité in Berlin; Vorsitzender von Eve & Rave e.V. Berlin und 1995/96 Leiter des Drugchecking-Programms in Zusammenarbeit mit dem Institut für Gerichtsmedizin der Berliner Charité; Mitbegründer und aktives Mitglied der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de) und des TEDI-Projekts (2007); Mitglied und langjähriger Sprecher der LAG Drogenpolitik von Bündnis 90 / Die Grünen; Kandidatur für die Berliner Landesliste zur Abgeordnetenhauswahl 2016 und zur Bundestagswahl 2017.

Maximilian von Heyden

ist Sozialpädagoge und Gesundheitswissenschaftler mit Schwerpunkt Präventionsforschung. Im Mittelpunkt seiner Arbeit stehen die Weiterentwicklung des Lebenskompetenz- und Präventionsprogramms REBOUND, die Vermittlung von Qualitätsstandards in der Suchtprävention (EDPQS, UPC Adapt), und die Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er ist Mitbegründer und Vorstandsmitglied von FINDER, einer gemeinnützigen Organisation in Berlin, die Weiterbildung und Forschung im Schnittfeld zwischen Prävention und Bildung durchführt. Herausgeber des Handbuch Psychoaktive Substanzen.

Max Hopperdietzel

Diplom-Sozialpädagoge (FH), Jahrgang 1955, ist seit 1998 bei den Arbeits- und Beschäftigungsangeboten der mudra Drogenhilfe in Nürnberg tätig

Dietmar Jazbinsek

geb. 1959; Studium der Soziologie in Bielefeld und Paris; 1992 bis 1999 Mitarbeiter im Berliner Forschungsverbund Public Health; seit 2005 freier Journalist und Publizist mit dem Arbeitsschwerpunkt Präventionspolitik; aktuell Stipendiat der Dieter-Mennekes-Umweltstiftung.

Henrik Jungaberle

Dr., (*1967) is a social scientist and prevention practitioner with a focus on human development, integration and integrity in the use of psychoactive substances. He develops and implements strategies to avoid or minimize the negative consequences of alcohol and other drug use. From 1996-2014 he worked at the University Hospital Heidelberg, Institute of Medical Psychology. He is the head of FINDER (Berlin) and leads the MIND Foundation. Website: henrik.jungaberle.com

Gerrit Kamphausen

Dr. phil. ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsverbund „Drugs and Urban security“ 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.

Luise Klaus

M.A. Humangeographie, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centre for Drug Research an der Goethe Universität Frankfurt/M. in der Verbundstudie DRUSEC (Drugs and Urban Security)

Thorsten Köhler

Prof. Dr. rer. medic. Professor für Empirische Forschungsmethoden an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen.

Marius Künzel

Sozialarbeiter B.A. Mitarbeiter im Fanprojekt von Borussia Mönchengladbach.

Astrid Leicht

Jahrgang 1964, Diplom-Pädagogin, Geschäftsführung Fixpunkt Berlin seit 1990 und somit seit mehr als 25 Jahren befasst mit der Entwicklung und Realisierung innovativer Konzepte der Schadensminderung und Infektionsprophylaxe beim Drogengebrauch, niedrigschwelliger sowie aufsuchender sozialer und medizinischer Arbeit mit Drogenkonsumierenden im öffentlichen Raum.

Philipp Lessel

ist Sozialarbeiter (B.A.) in der Tagesklinik Pionierstraße - Klinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Köln.

Jakob Manthey ist als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden tätig. Er arbeitet vor allem an epidemiologischen Studien im Bereich Alkoholkonsum in der allgemeinärztlichen Versorgung sowie zu Cannabis und Harm Reduction.

Hans-Günter Meyer-Thompson

Hamburg, Arzt (Suchtmedizin) und Journalist, Veröffentlichungen zu Cannabis in „Von Hanf ist die Rede“ (Behr, 1982/1995); Suchttherapie (2017 und 2018) u.a.; Redakteur forum-substitutionspraxis.de

Maximilian Plenert

engagiert sich seit fast 20 Jahren ehrenamtlich im Bereich Drogenpolitik. Er ist Mitglied im Schildower Kreis, Gründungsmitglied von LEAP Deutschland und arbeitete bis 2017 als wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Deutschen Hanf Verband. Inzwischen arbeitet er bei Sens Media. Der Diplom-Physiker ist selbst ADHS-Patient und koordiniert eine Selbsthilfegruppe zu Cannabis als Medizin in Berlin. Zusammen mit Prof. Heino Stöver hat er aktuell einen Praxisratgeber zu Cannabis als Medizin veröffentlicht.

Nina Pritzens

Dipl.- Soz.päd./Soz.arb. (FH). In den Jahren 2004 bis 2012 als Sozialarbeiterin in verschiedenen Projekten der Drogenhilfe tätig. Seit 2012 leitet sie den Fachbereich „Beratung und Therapie“ der vista gGmbH in Berlin, ab 2018 gemeinsam mit Anneke Groth Geschäftsführerin.

Christian Richter

Abrigado, freiraum Hamburg e.V., Diplom Sozialpädagoge (FH). Schuldnerberater, KISS- und kT-Trainer, Lehrbeauftragter an der Ev. Hochschule Hamburg.

Dirk Schaeffer

Geb. 1967 in Essen, 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“ bei der Deutschen AIDS-Hilfe. Initiator von Modellprojekten wie z.B. „Test It“ und „SMOKE It“ sowie „DAS CHECK ICH“. Mitbegründer des Schildower Kreises, des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“. internationalen sowie von Organisationen von Drogengebraucher_innen wie INPUD (Int. Network of People who use Drugs) und EURONPUD (European Network of People who use Drugs)

Jonny Schanz

Abrigado, freiraum Hamburg e.V., Diplom Sozialpädagoge (FH)

Rüdiger Schmolke

ist Politik- und Gesundheitswissenschaftler (MA Pol./MPH) und systemischer Organisationsentwickler und -berater. Er arbeitet seit 20 Jahren in den Feldern der Drogenforschung/-beratung und Suchtprävention und war langjährig Geschäftsführer des Vereins zur Förderung akzeptierender Jugend- und Drogenarbeit Chill out e.V. mit Sitz in Potsdam (www.chillout-pdm.de). Er ist Mit-Kurator der Konferenzreihe „Stadt nach acht“, im Vorstand des Sonics e.V. zur Gesundheitsförderung im Partysetting und Mitinitiator der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de).

Wibke Schumann

Abrigado, freiraum Hamburg e.V., Diplom Sozialpädagogin, Case-Managerin

Anke Stallwitz

Prof. Dr., ist Dipl.-Psychologin und seit 2010 Professorin für Sozialpsychologie mit Schwerpunkt Drogenkonsum und Sucht an der Evangelischen Hochschule Freiburg am Fachbereich Soziale Arbeit. Seit 2000 erforscht sie illegale Drogenszenen in verschiedenen Ländern, darunter Deutschland, Schweden, Canada und Großbritannien, und entwickelt v.a. peer- und community-basierte Harm Reduction-Ansätze.

Heino Stöver

Prof. Dr., 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).

Bernd Werse

Dr. phil., Soziologe, seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Drittmittelforschungsbüro Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität. Ar-

beitsschwerpunkte: Drogentrends, neue psychoaktive Substanzen, Drogenhandel, Substanzkonsum in Jugendkulturen. Mitglied des Schildower Kreises. Buchveröffentlichungen: Cannabis in Jugendkulturen (Berlin, 2007), Drogenmärkte (Hrsg., Frankfurt a. M., 2008), Friendly Business (Mit-Hrsg., Wiesbaden, 2016)

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, Polizeipräsident a.D. in Münster.

Georg Wurth

Ehemaliger Finanzbeamter (Dipl.-Finanzwirt) mit umfangreicher politischer Erfahrung. Ab 1997 war er Fraktionsvorsitzender der Grünen im Remscheider Stadtrat. Nach einer Selbstanzeige wegen Cannabisbesitz (1996) hat er zunächst diverse drogenpolitische Arbeitskreise innerhalb der Grünen und Grünen Jugend mitgegründet. Seit 2002 ist er Geschäftsführer des Deutschen Hanf Verbandes; darüber hinaus in diversen weiteren drogenpolitischen Initiativen aktiv, z.B. beim „Schildower Kreis“.

Drogenpolitisch ist Deutschland Entwicklungsland. Daran muss sich etwas ändern! Ein schlichtes „Weiter-So“ steht im Gegensatz zu einer modernen Drogenpolitik, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und systematisierten Erfahrungen basiert, Verbraucher- und Jugendschutz ernst(er) nimmt und sich von ideologischen und moralischen Scheuklappen befreit.

Wie in den Vorjahren richtet sich unsere Kritik in diesem Alternativen Drogen- und Suchtbericht gegen die selektive Drogenpolitik, die sich im Wesentlichen auf illegale Substanzen bezieht, aber ein Gesamtkonzept jenseits der juristischen Einteilung schuldig bleibt.

Die Herausgeber hoffen, dass sie mit diesem nunmehr fünften Alternativen Drogen- und Suchtbericht mittels einer Vielzahl von relevanten Themen und Kritikpunkten aus Theorie und Praxis etwas zur Änderung des Status Quo beitragen können.

ISBN 978-3-95853-777-7

eBook: ISBN 978-3-95853-777-7 (www.ciando.com)

www.pabst-publishers.de • www.psychologie-aktuell.com