



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

3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016

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

3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016



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

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Suedwestkorso 14

12161 Berlin

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

www.akzept.org

www.gesundinhafteu.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

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

© bei den Autoren_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver

2016 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany
Formatierung: Armin Vahrenhorst

Druck: KM-Druck, 64823 Groß Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-193-2

eBook: ISBN 978-3-95853-194-9 (www.ciando.com)

Inhaltsverzeichnis

1	Alternative Drogenpolitik	9
1.1	Die Zahlen des BKA zeigen das Scheitern der Prohibition – dient sie wirklich dem Jugendschutz? <i>Rainer Ullmann</i>	10
1.2	Wie mit NpS zukünftig umgehen? Kritik an dem Referentenentwurf zum Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG) <i>Jan Fährmann, Tibor Harrach, Heiko Kohl, Sonja C. Ott, Marcel Schega, Rüdiger Schmolke, Bernd Werse</i>	18
1.3	Zum Sinn und Unsinn von Repräsentativbefragungen als Grundlage für Drogenpolitik <i>Bernd Werse</i>	29
1.4	„Akzeptanz braucht Akzeptanz!“ – Plädoyer für eine soziokulturelle Sensibilisierung des Wandels in der Drogenpolitik <i>Arnd Hoffmann, Urs Köthner</i>	37
1.5	Zu neueren Argumenten gegen die Legalisierung von Cannabis <i>Bernd Werse</i>	44
1.6	Kontrollierte Abgabe von Cannabis als wissenschaftlicher Modellversuch <i>Jens Kalke, Uwe Verthein</i>	48
1.7	Drogenkonsumräume ... und der rechtliche Rahmen <i>Kerstin Dettmer, Wolfgang Schneider</i>	56
1.8	Rauschkontrolleure und das Legalitätsprinzip – Polizeiliche Perspektiven zu Drogen und Drogenkriminalität <i>Svea Steckhan</i>	63
1.9	Mitarbeiter_innen in Kontaktläden als „Rädchen im Getriebe von irgendeinem System“? – Drogenrecht und -politik als Arbeitsbelastung in Kontaktläden <i>Daniela Molnar</i>	70

1.10	Repräsentative Umfragen: Wie stehen die Deutschen zu Cannabis und Legalisierung? <i>Georg Wurth</i>	78
1.11	Für eine evidenzbasierte Drogenpolitik in Deutschland – Zur Gründung von LEAP Deutschland <i>Hubert Wimber</i>	82
1.12	Fünf Schritte zum Einstieg in eine rationale Drogenpolitik <i>Michael Kleim</i>	88
1.13	Die weltweite Bewegung für eine Reformierung der Drogengesetze wächst! Ein Bericht zur DPA reform-conference 2015 <i>Florian Rister</i>	94
2	Risikokonstruktionen in Drogenforschung und -politik	99
2.1	Angsterzeugung und Übertreibung als bedenkliche Strategie der Suchtprävention und -forschung <i>Alfred Uhl, Julian Strizek</i>	100
2.2	Drogentests, Risikoszenarien und die Negativperspektive auf Drogenkonsum <i>Monika Urban, Katja Thane, Simon Egbert, Henning Schmidt-Semisch</i>	109
2.3	Vereinnahmende Ausgrenzung der Sucht? Versuch über das imaginäre Subjekt des neurobiologischen Krankheitsparadigmas <i>Seifried Seyer</i>	115
2.4	Es geht ums Prinzip – Eine wissenschaftlich fundierte Grenzwertfindung scheint unerwünscht <i>Michael Knodt</i>	121
3	Verbraucher_innenschutz und Prävention	127
3.1	Die Gefährlichkeit von Drogen: ein multidimensionaler Ansatz <i>Dagmar Domenig, Sandro Cattacin</i>	128
3.2	Drugchecking und Substanzanalyse – Geht (es in) Berlin voran? <i>Astrid Leicht</i>	135

3.3	Das Jahr 2016: Cannabisblüten werden verschreibungsfähig und der Cannabisanbau wird vorbereitet <i>Franjo Grotenhermen</i>	141
3.4	Cannabiskonsum aus dem Blickwinkel von Schadensminderung / harm reduction und Public Health <i>Hans-Günter Meyer-Thompson, Heino Stöver</i>	154
3.5	Synthetische Cannabinoide – Cannabisersatzstoffe mit hohem Risikopotenzial <i>Benjamin Löhner, Drug Scouts</i>	161
3.6	Das Spannungsfeld zwischen Akzeptanzorientierung, Kinderschutz und Jugendamt <i>Frank Frehe, Norman Hannappel</i>	168
3.7	Take-Home-Regularien für Patient_innen in Opioid-Substitutionstherapie (OST) – Problemskizzierung und Änderungsvorschläge zur aktuellen Rechtslage aus Sicht der Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten <i>Ralf Gerlach</i>	173
3.8	Rauchen für die schwarze Null – Hochglanz und Elend der Tabakkontrolle in Deutschland <i>Dietmar Jazbinsek</i>	179
3.9	Drogenphobie, Drogenfreiheit und die kulturelle Seite des Phänomens <i>Michael Kleim</i>	185
3.10	Harm Reduction durch anonyme Drogenmärkte und Diskussionsforen im Internet? <i>Meropi Tzanetakis, Roger von Laufenberg</i>	189
4	Weiterentwicklung der Drogenhilfe	195
4.1	Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit <i>Joachim Körkel, Matthias Nanz</i>	196
4.2	Die Schwierigkeiten des Themas „Drogen und Flüchtlinge“: Zwischen wohlmeinender Tabuisierung und fremdenfeindlicher Dramatisierung <i>Gundula Barsch, Astrid Leicht</i>	205

4.3	Zusammenhänge zwischen Sexualität und Substanzkonsum bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben: Die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Angeboten der Drogenhilfe auf die Lebenswelt und Sexualität von MSM <i>Ralf Köhnlein, Marcus Pfliegensdörfer</i>	214
4.4	Patientenbedarfe, Patientenrechte und Patientenbeteiligung in der Substitutionsbehandlung <i>Dirk Schäffer</i>	220
4.5	Substitution und was kommt dann? Der Stellenwert von Arbeit für Menschen in einer substitutions-gestützten Behandlung <i>Claudia Schieren</i>	226
4.6	Probleme im ländlichen Raum – Meine Behandlung, meine Wahl oder Selbsthilfe als Coming Out <i>Stefan Ritschel</i>	232
4.7	11 Jahre SGB II/ Hartz IV – Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation suchtmittelabhängiger Menschen <i>Olaf Schmitz</i>	239
4.8	Frühintervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit glücksspielbezogenen Problemen <i>Veit Wennhak</i>	247
4.9	DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten) des RKI offenbart Präventions- und Behandlungsdefizite – nicht nur in Frankfurt am Main <i>Jürgen Klee</i>	253
4.10	JES NRW 2.0 – Streetwork und more <i>Marco Jesse, Axel Hentschel, Matthias Haede</i>	260
	Autorinnen und Autoren	267

3. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016 - Einleitung

DAS MÖGLICHE MÖGLICH MACHEN – Perspektiven zukunftsweisender Drogenpolitik in Deutschland

Immer mehr Drogentote, verschwendete Milliarden für die wirkungslose und sogar kontraproduktive Strafverfolgung von Cannabiskonsumenten, anhaltend hoher Tabak- und Alkoholkonsum: drei Beispiele für die Folgen verfehlter Drogenpolitik. Wirksame Gegenmaßnahmen sind längst bekannt und erprobt, werden jedoch nicht umgesetzt. Die Bundesregierung und ihre Drogenbeauftragte lehnen selbst eine Überprüfung des Betäubungsmittelgesetzes ab. Die Herausgeber des Alternativen Drogen- und Suchtberichtes fragen deshalb: Wie kann Deutschland in Zukunft eine wissenschaftlich fundierte Drogenpolitik sicherstellen?

Auch in diesem Jahr ist ein Alternativer Drogen- und Suchtbericht dringend notwendig. Weder die Bundesregierung noch ihre Drogenbeauftragte geben auf die brennenden Herausforderungen in der Drogenpolitik zeitgemäße und wissenschaftlich fundierte Antworten. Auf viele Fragen antworten sie sogar *überhaupt nicht*. Dabei könnte die Politik durchaus Rahmenbedingungen schaffen, die individuelle und gesellschaftliche Schäden, die durch Drogenkonsum entstehen, erheblich reduzieren würden. Stattdessen zementieren sie denn Stillstand. Da Drogenpolitik immer unmittelbar das Leben und die Gesundheit von Menschen und damit ihre fundamentalen Rechte betrifft, ist diese Untätigkeit in keiner Weise akzeptabel.

Volksdrogen außer Kontrolle

Ein Beispiel ist das noch immer fehlende Werbeverbot für Tabak und Alkohol. Deutschland ist bei diesen legalen Drogen Hochkonsumland. Bei der Tabakkontrolle liegen wir auf einem der letzten Plätze in Europa, beim Alkohol-Pro-Kopf-Verbrauch sind wir Spitze. Bei Zigarettenautomaten sind wir sogar Weltmeister! 330.000 solcher Automaten gibt es sonst nirgendwo. Ihre stillschweigende Botschaft: Tabakkonsum gehört zum Alltag. Genauso wie 110.000 tabakbedingte Todesfälle – 300 Menschen pro Tag.

Alle wissen: Regelmäßiger und intensiver Konsum der Volksdrogen Tabak und Alkohol birgt drastische gesundheitliche und soziale Risiken. Expert_innen wissen außerdem: Halbherzige Maßnahmen, wie das von der Bundesregierung geplante teilweise Tabakwerbeverbot, reichen bei weitem nicht aus. Längst steht außer Zweifel, dass nur ein Bündel von Veränderungen daran etwas ändern könnte. Neben dem Werbeverbot gehört dazu eine höhere Besteuerung alkoholischer Getränke. Im Handel müssten Tabak und Alkohol weniger leicht zugänglich sein. Warum, so müssen wir fragen, bleibt die Regierung untätig und benennt das Problem nicht in aller Klarheit?

Wirksame Regulierung statt ohnmächtiger Verbote

Beispiel Cannabis: Hier tut sich was. Langsam aber sicher setzt sich die Einsicht durch, dass Strafverfolgung von Konsumierenden zwar einen unvorstellbaren Aufwand erforderlich macht und jährlich Ausgaben in Milliardenhöhe verursacht, zugleich aber nichts, aber auch wirklich gar nichts zur Lösung des Problems beiträgt. Nur zur Bundesregierung und ihrer Drogenbeauftragten sind diese Entwicklungen noch nicht vorgedrungen. Im Drogen- und Suchtbericht 2015 findet sich dazu: nichts. Eine durchaus wirkmächtige „Drogenpolitik von unten“, die sinnvolle Veränderungen anmahnt und teilweise bereits ins Werk setzt, soll von höchster Stelle offenbar so lange wie möglich ignoriert werden.

Dabei wird nicht nur in Deutschland, sondern weltweit darüber diskutiert, wie sich Vertrieb und Konsum von Cannabis besser kontrollieren ließen als über wirkungslose Verbote. Kanada hat gerade die Legalisierung von Cannabis beschlossen. In den USA haben bereits einige Staaten (Washington, Colorado, Alaska, Oregon) Cannabis legalisiert oder sind auf dem Weg, die Prohibition zu beenden.

Auch in Deutschland ist diese Entwicklung, die man als politischen Gesundungsprozess lesen kann, längst unumkehrbar. Landauf, landab suchen Verantwortliche nach einem wirksamen und menschenwürdigen Umgang mit der Droge. Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke und die FDP haben Cannabislegalisierung im Programm, die Grünen haben ein Cannabiskontrollgesetz vorgeschlagen. Einzelne SPD- und CDU-Vertreter_innen gehen in ihren Parteien voran, die Medien geben dem Thema Auftrieb. Bremen hat kürzlich eine weitgehende Entkriminalisierung von Cannabis-konsument_innen beschlossen. Frankfurt, Köln, Hamburg und andere Städte haben die Absicht bekundet, neue Wege zu erproben.

Die meisten Fachleute gehen davon aus, dass die Forderung nach gesetzlich kontrollierter Abgabe nicht mehr aufzuhalten ist. Selbst diejenigen Experten, die von Regierungsparteien regelmäßig als Kronzeugen des Status quo aufgerufen werden, wollen weitergehende Regelungen zur Straffreiheit für Cannabis Konsumierende.

Ähnliche Entwicklungen gibt es auch bei anderen Substanzen: Der Krieg gegen Drogen gilt längst als gescheitert, die Suche nach neuen Wegen hat begonnen und Erfolge in Ländern wie Portugal, das den Besitz kleiner Mengen bei allen illegalen Drogen nicht mehr bestraft, taugen als Vorbild.

Bundesregierung und Drogenbeauftragte bleiben untätig

Von der Bundesregierung beziehungsweise ihrer Drogenbeauftragten Marlene Mortler wäre zu erwarten, dass sie diese historischen Entwicklungen der Drogenpolitik begleitet, moderiert und mitgestaltet. Doch offenkundig fehlt hier jegliches Interesse. Das zeigt sich auch in der Weigerung, das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) wissenschaftlich zu evaluieren.

Fachverbände und Expert_innen sind sich einig: Eine Überprüfung des BtMG ist dringend notwendig, hat es doch beispielsweise nicht verhindern können, dass der Konsum verschiedener Drogen seit seiner Einführung drastisch zugenommen hat. Es geht wohlgemerkt niemandem um eine pauschale Forderung, das Gesetz abzuschaffen, sondern es soll lediglich untersucht werden, ob es seine Ziele erreicht – beispielsweise durch eine Enquête-Kommission – und wie es reformiert werden müsste, um besser zu wirken. Doch selbst solch eine Überprüfung wird von der Regierungskoalition bisher abgelehnt.

Stattdessen führt sie ihre Strategie fort, die auf immer mehr dessen setzt, was bisher nicht funktioniert hat: Strafverfolgung und Verteufelung. Selektiv und manchmal populistisch werden einzelne Themen hervorgehoben, andere tabuisiert. Die Gründe sind teils ideologisch, teils parteipolitisch und teilweise dem Druck entsprechender Lobbygruppen geschuldet. So werden (wichtige!) Randthemen wie Crystal Meth hervorgehoben, während die Rahmenbedingungen der legalen Drogenindustrie (Alkohol, Tabak, Medikamente) weitgehend unangetastet bleiben und wissenschaftliche Analysen außen vor bleiben.

Drogentote: Verharmlosung statt wirksamer Maßnahmen

Den jüngsten Beleg für diese erschütternde Kontinuität in der deutschen Drogenpolitik bietet der von der Bundesdrogenbeauftragten und dem BKA vorgestellte Bericht zur „Rauschgiftlage“. Hier wurde vor allem über eine weitere Zunahme der Kriminalisierung von Konsumierenden berichtet (die nämlich verbirgt sich hinter immer mehr „Drogendelikten“ und der steigenden Zahl „erstauffälliger Konsumenten harter Drogen“). Die Zahlen wurden als Beleg für eine Verschärfung des Drogenproblems interpretiert, auf das wiederum mit weiteren repressiven Maßnahmen zu reagieren sei – ein Zirkelschluss erster Güte. Denn die Strafverfolgung trägt erheblich zum Problem bei, das sie eigentlich lösen wollte: Drogenkonsument_innen werden marginalisiert, von Präventionsangeboten ferngehalten und häufig in Haft extremen Gesundheitsrisiken ausgesetzt.

Die entscheidende Nachricht machte die Drogenbeauftragte in ihrem Pressestatement zur Nebensache. Die Nachricht lautet: Die Zahl der Drogentoten in Deutschland ist zum dritten Mal in Folge gestiegen, und zwar um 19 Prozent! Mit dem Hinweis, in Deutschland würden „weniger Menschen an illegalen Drogen als in anderen Industriestaaten“ sterben, überspielte die Drogenbeauftragte die darin liegende Tragik wie ihre eigene Mitverantwortung für diese Entwicklung.

Die Zahl der Toten ließe sich mit relativ einfachen Mitteln senken. Doch nachweislich wirksame Maßnahmen wie Drogenkonsumräume (bisher nur in sechs Bundesländern verfügbar) und die Abgabe des Notfallmedikament Naloxon (in anderen Ländern bereits im Einsatz), erwähnte die Drogenbeauftragte nicht einmal. Sie zeigt damit, dass sie nicht bereit ist, sich für wissenschaftlich evaluierte Maßnahmen der Drogenpolitik einzusetzen.

Eine sachgerechte Drogenpolitik ermöglichen

Damit stellt sich die Frage, ob und wie die Bundesregierung eine sachorientierte drogenpolitische Arbeit in Zukunft sicherstellen kann. Frankreich hat zu diesem Zweck eine interministerielle Arbeitsgruppe mit einem fachkundigen Sprecher eingerichtet. Auch andere Formen von Gremien, die Fachverbände und Fachleute einbeziehen würden, sind denkbar und sollten diskutiert werden. Der gegenwärtige Drogen- und Suchtrat erfüllt diesen Zweck jedenfalls nicht und scheint nicht viel mehr zu sein als ein Alibigremium: Er tagt nicht-öffentlich und seine Zusammensetzung ist nicht nachvollziehbar. Er berät die politische Amtsträgerin (gegenwärtig CSU) lediglich, die dann recht willkürlich selbst Schwerpunktthemen definiert.

Das Thema Drogen ist zu ernst, um es parteipolitischen Interessen und Instrumentalisierungen zu überlassen. Vielmehr brauchen wir in Deutschland eine kontinuierliche, verlässliche und rationale Drogenpolitik, die an Sachlichkeit, wissenschaftlicher Evidenz und systematisierten Erfahrungen ansetzt.

Solch eine Drogenpolitik möchten wir mit dem Alternativen Drogen- und Suchtbericht fördern, den gegenwärtigen Stillstand beenden. Zusätzlich zu den „großen“ drogenpolitischen Themen finden sich auch in dieser Ausgabe zahlreiche Beiträge aus ganz verschiedenen Bereichen wie Prävention, Therapie, Schadensminimierung und Recht. Sie alle verdienen öffentliche Aufmerksamkeit. Denn Potenzial für Reformen gibt es in praktisch jedem Bereich des Umgangs mit Drogen und Abhängigkeiten.

Man kann das als gute Nachricht verstehen. Möge sie auf fruchtbaren Boden fallen.

Frankfurt, Berlin, Köln im Mai 2016

Prof. Dr. Heino Stöver, Dr. Bernd Werse, Dirk Schäffer und Marco Jesse

Alternative Drogenkontrollpolitik

1

1.1 | Die Zahlen des BKA zeigen das Scheitern der Prohibition – dient sie wirklich dem Jugendschutz?

Rainer Ullmann

Zusammenfassung

Ziel der Prohibition ist es, den „Missbrauch“ - gemeint ist der Konsum als Genussmittel, nicht als Heilmittel - sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen. Um die Wirksamkeit der Prohibition zu belegen, können die Drogentodesfälle, die polizeiauffälligen Konsumierenden und die Sicherstellungsmengen gezählt werden. All diese Daten sind in einem bei Verabschiedung des BtMG 1972 geradezu unvorstellbaren Ausmaß angestiegen – bei den Drogentoten um das 30fache, bei den wegen Konsumdelikten Tatverdächtigen um das 200fache, bei den Sicherstellungsmengen um das 100-1000fache. Deutlicher kann ein Misserfolg nicht sein. Die Frage ist nicht mehr, ob die Prohibition unwirksam ist - die Frage ist, warum diese Politik weiter verfolgt wird.

Zahlen

Die Ziele des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) sind, „die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Missbrauch und das Entstehen oder Erhalten einer Abhängigkeit von Betäubungsmitteln zu verhindern“. (BtMG 1982 §5 Abs. 1 Nr. 6). Mit Missbrauch ist - anders als bei den legalen Genussmitteln - jeder Konsum gemeint, der nicht medizinisch begründet ist. Die Bundesregierung beschrieb die Situation mit folgenden Worten: „Der Missbrauch von Rauschgiften, ... breitet sich einer Seuche gleich ... mehr und mehr auch in der Bundesrepublik Deutschland aus. ...In besonderem Maße droht der Jugend Gefahr, oft schon während der Pubertät.“ Das BtMG 1972 solle dem Ziel dienen, „(...) der Rauschgiftwelle in der Bundesrepublik Deutschland Einhalt zu gebieten, (...) den einzelnen Menschen, insbesondere den jungen Menschen, vor schweren und nicht selten irreparablen Schäden an der Gesundheit und damit vor der Zerstörung seiner Persönlichkeit und seiner Existenz zu bewahren (...), der Allgemeinheit den hohen Preis zu ersparen, den ihr die Opfer einer sich ungehemmt ausbreitenden Rauschgiftwelle abverlangen würden (...) die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft nicht gefährden zu lassen“ (Bundesregierung 1971).

Obwohl sich die „Rauschgiftwelle“ ungehemmt in einer bei Verabschiedung des Gesetzes unvorstellbaren Größenordnung ausgebreitet hat, ist die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft nicht gefährdet und der hohe Preis für die Gesellschaft ist im wesentlichen Folge des Verbotes: durch hohe Kosten für Strafverfolgung, Beschaffungskrimi-

nalität, Behandlung der medizinischen Komplikationen. Millionen Menschen konsumieren „Drogen“, ohne dass ihre Persönlichkeit und ihre Existenz zerstört werden.

Der Erfolg einer Maßnahme kann mit Kennzahlen gemessen werden. Bei der Verkehrssicherheit sind das z. B. die Zahlen der Verkehrsunfälle und der im Verkehr verletzten und getöteten Menschen. Seit Anfang der 1970er wurde versucht, mit verschiedenen Maßnahmen diese Zahlen zu vermindern. Während die Zahl der Unfälle von 1,4 auf 2,4 Mio. stieg (BAST 2014), sank die Zahl der Verletzten von etwa 530.000 (1970) auf 374.000 (2013), die Zahl der Getöteten von über 21000 (1970) auf etwa 3400 (2014), die Zahl der getöteten Kinder sogar von 2167 auf 58 (Statistisches Bundesamt 2014). Daraus kann man schließen, dass verschiedene der ergriffenen und als Ordnungswidrigkeiten (nicht als Straftaten) sanktionierten Maßnahmen (Geschwindigkeitsbegrenzungen, Einführung der Promillegrenzen bei Fahren unter Alkoholeinfluss (0,8‰-Grenze 1973 und 0,5‰ 1998), Helmtrage- (1980) und 1984 Gurtanlegepflicht) gewirkt haben. Zusätzlich wurden den Hersteller_innen höhere Anforderungen an die innere Sicherheit der Autos gestellt und die Straßen besser ausgebaut.

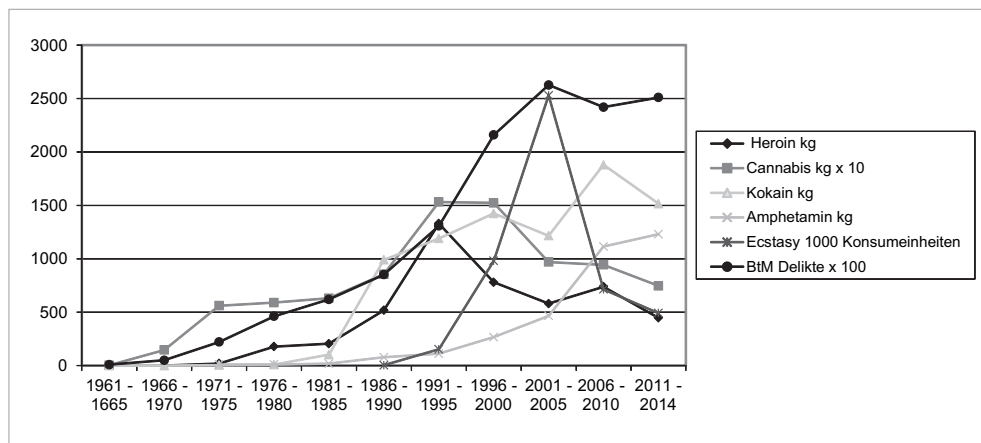
Ebenfalls Anfang der 1970er Jahre wurde versucht, den Konsum von „Drogen“ (der übliche Ausdruck für die z. Zt. verbotenen Genussmittel) zu vermindern. Um zu beurteilen, ob das mit dem Strafrecht gelungen ist, ist es erforderlich, einen längeren Zeitraum zu betrachten (BKA 2001: 2). Zu den vom Bundeskriminalamt (BKA) in der polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) und in den Rauschgiftjahresberichten veröffentlichten Kennzahlen gehören seit 1953 die Tatverdächtigen, seit 1963 die Sicherstellungsmengen und seit 1974 die erstaußälligen Konsumierenden harter Drogen (EKHD). Die Daten sind über die Jahre und bei den verschiedenen Substanzen nicht ganz vergleichbar. Die Konsumierenden der verschiedenen Substanzen werden unterschiedlich intensiv verfolgt, die Verfolgungsintensität ist regional unterschiedlich und wechselt im Laufe der Jahre (Black Box Polizei) (BKA 2001: 14, 23; Cousto 2011). Zusätzliche Aussagen können mit epidemiologischen Daten zur Häufigkeit des Konsums in verschiedenen Altersgruppen gewonnen werden, aber auch diese Daten geben kein zuverlässiges Bild. Besonders Abhängige werden schlechter erreicht, die Antworten sind nicht immer korrekt, das Auskunftsverhalten kann sich ändern (BKA 2001: 25; Uhl 2012). Bei allen Einschränkungen können aber Trends erkannt werden: weniger Tatverdächtige wegen Verstößen gegen das BtMG, eine geringere Menge beschlagnahmter Substanzen oder Preiserhöhungen auf dem Schwarzmarkt und weniger Konsumierende nach den Befragungen können auf einen Erfolg des BtMG hinweisen.

Bis 1965 wurden maximal 1000 Rauschgiftdelikte jährlich gezählt – weniger als 0,5‰ aller Straftaten (PKS seit 1953; Cousto 2011: 11). Nur 20-30 der Tatverdächtigen waren unter 21 Jahre alt. 1969 waren es schon 4400 Tatverdächtige, davon 2100 unter 21 Jahre (PKS 1969). 1972 wurde das Opiumgesetz von 1929 umfassend novelliert. Es ging damals im Wesentlichen um Cannabis (Bundesregierung 1971), von dem 1965 nur 40 kg, 1969 aber schon über 2 to beschlagnahmt wurden, verglichen mit etwa 1 kg Heroin und einigen Gramm Kokain. Das BtMG 1972 konnte „der Rauschgiftwelle nicht Einhalt gebieten.“ Bereits 1975 wurde festgestellt, dass vermehrt Heroin (1974: 33kg) eingeschmuggelt wurde und mehr Menschen an „Drogen“ starben (1974: 139) (Bundesrat 1975). Die Zahl der polizeilich erfassten Rauschgiftdelikte stieg bis 1982 auf 63.000 (PKS 1982). In diesem Jahr wurde das BtMG novelliert. Es heißt in der Begründung der Bundesregierung: „Die Verschärfung der Strafvor-

schriften hat sich voll gegen den aus Gewinnstreben handelnden Großtäter zu richten“ (Bundesregierung 1980).

In den folgenden Jahren sank die Zahl der Verstöße gegen das BtMG nicht, sondern stieg dramatisch an. 2014 wurden über 275.000 Delikte registriert (46% aller Straftaten), ermittelt wurde gegen fast 230.000 Verdächtige, sichergestellt wurden ab 1990 jährlich mehrere Tonnen der „Drogen“ (Grafik 1). Bis 1985 wurden allgemeine Verstöße (die „Konsumentendelikte“, etwa 2/3 der Fälle) und illegaler Handel und Schmuggel (etwa 1/3 der Fälle) unterschieden. Schon 1975 war klar, dass damit im Wesentlichen gegen konsumierende Kleinhändler_innen ermittelt wurde (Rauschgiftjahresbericht des BKA 1975). 1985 wurde die Kategorie „Illegale Einfuhr von BtM (in nicht geringer Menge)“ hinzugefügt. Zum Effekt der Sicherstellungen heißt es im Rauschgiftjahresbericht 2001: „Seit Beginn der 90er Jahre hat die Verfügbarkeit zugenommen. (...) Großsicherstellungen bleiben häufig ohne nennenswerte Auswirkungen auf die Preisentwicklung“ (BKA 2001: 177ff.). So spielt es keine Rolle, dass in den letzten 30 Jahren nur in maximal 4% der Fälle (2014 in etwa 1%) gegen „Großtäter_innen“ ermittelt wurde. Die Großhandelspreise haben sich von 1985 bis 2002 halbiert und sind seitdem auf diesem Niveau stabil (BKA 2002: 173). Auch dieses Gesetz war erfolglos. Es verwundert, dass in Zeitungen noch immer größere Sicherstellungen oder die „Zerschlagung von Drogenringen“ als Erfolge beschrieben werden.

Entsprechend stieg die Zahl der polizeilich erstmals auffälligen Konsumierenden harter Drogen (EKHD) erheblich; seit 1997 sind es etwa 20.000 jährlich. Die Konsumgewohnheiten ändern sich: beim Heroin war der Gipfel 1992 mit 10.000 EKHD erreicht; jetzt sind es noch 1500. Beim Kokain war der Gipfel 1998 mit fast 5000 EKHD erreicht, jetzt sind es 3000. Bei den Amphetaminen waren es 1982 nur 168 EKHD; die Zahl stieg unaufhörlich auf jetzt 11.000. Beim Ecstasy war der Gipfel 2001 mit 6000 EKHD erreicht, 2010 waren es 840, in den letzten Jahren stieg die Zahl wieder auf über 2000 im Jahr 2014 (Grafik 2). Der fehlende Erfolg beim Gesundheitsschutz ist am deutlichsten an der Zahl der Drogentoten abzulesen. Von 29 im Jahre 1970 stieg diese Zahl in 20 Jahren auf über 2100. Man kann sich leicht vorstellen,

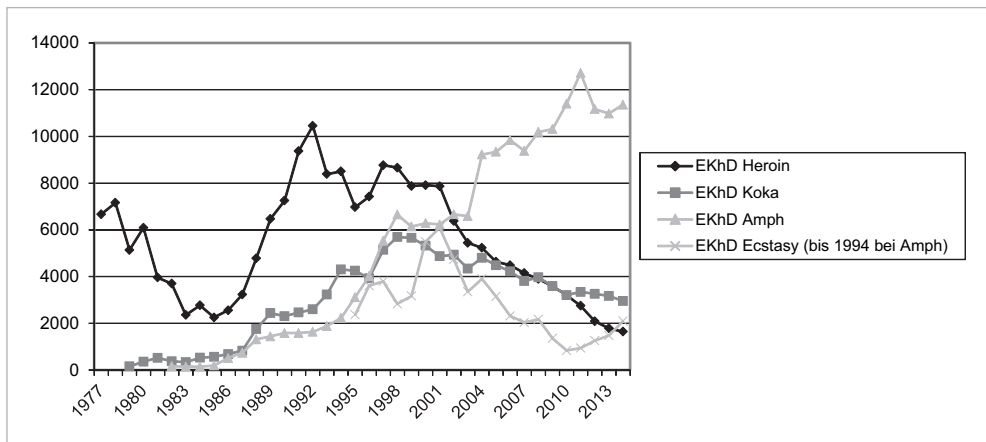


Grafik 1: Delikte und Sicherstellungsmengen (Durchschnitt aus jeweils 5 Jahren)

Quelle: PKS seit 1960

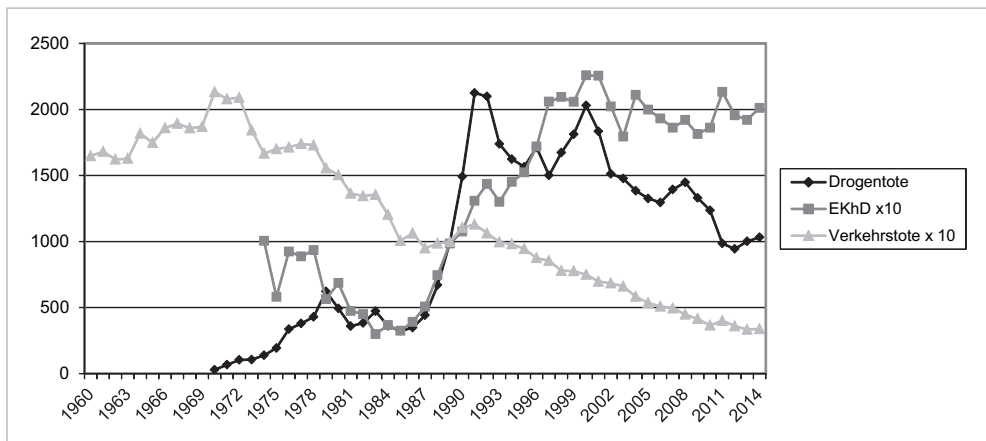
dass die im Straßenverkehr ergriffenen Maßnahmen sofort geändert worden wären, wenn es in der Folge zu einem so dramatischen Anstieg der Verkehrstoten wie bei den Drogentoten gekommen wäre (Grafik 3). Die Zahl der Drogentoten sank erst, als Maßnahmen eingeführt wurden, die nicht zur Prohibition passen. Für die Einführung der Substitutionsbehandlung (4. BtMÄndV vom 23.12.1992), des Spritzentauschs (Gesetz zur Änderung des BtMG vom 9.9.1992) und der Konsumräume (3. BtM Änderungsgesetz vom 28.3.2000) musste jeweils das BtMG bzw. die BtMVV geändert werden.

Ein gut dokumentiertes Beispiel für den Mißerfolg der Prohibition ist das Opiumverbot im kaiserlichen China. 1729 wurde der Handel mit Opium verboten, 1796 auch der Konsum (Hartwich 1911: 158). 1773 begann die Britische Ostindien-Kompanie



Grafik 2: Erstkonsumierende harter Drogen

Quelle: PKS seit 1977



Grafik 3: Vergleich des Effekts politischer Maßnahmen bei der Verkehrssicherheit und beim "Drogenkonsum"

Quellen: PKS seit 1970, Statistisches Bundesamt 2014

Opium in großem Stil nach China zu schmuggeln (ebd.: 163). Die britische Regierung unterstützte den Schmuggel, weil so die negative Handelsbilanz mit China ausgeglichen werden konnte – dieses erste Beispiel für organisierte Kriminalität im Zusammenhang mit „Drogen“ war Folge einer Prohibition. Im kommunistischen China ist es Anfang der 1950er Jahre gelungen, die Opiumsucht auszurotten. Die Mittel waren: geschlossene Grenzen für Menschen und Waren, Umerziehungslager für Konsumierende, Todesstrafe für Drogenhändler_innen. Diese Methoden sind in einem liberalen Rechtsstaat mit offenen Grenzen nicht angemessen. Mit der wirtschaftlichen Öffnung nahm der Konsum von „Drogen“ wieder zu: 2001 wurden 3,5 Mio. Konsumierende geschätzt (Qian et al. 2005). In keinem Staat mit Bürgerrechten und freiem Handel ist es gelungen, ein verbotenes Genussmittel aus dem Land fernzuhalten.

Jugendschutz

In der Begründung des BtMG wird der Schutz der Jugend besonders betont. Es wird unterstellt, dass der Jugendschutz durch die Prohibition am besten gewährleistet wird. Diese Auffassung ist nicht gut belegt. Unter der Prohibition hat ab den späten 1960er Jahren in Deutschland der Konsum der „Drogen“ unter Jugendlichen und Heranwachsenden dramatisch zugenommen. Die Zahl der jugendlichen Tatverdächtigen stieg von 13 (1965) auf 4500 (1970). In den folgenden 40 Jahren wurde maximal gegen fast 40.000 Jugendliche und über 50.000 Heranwachsende ermittelt. „Vornehmlich bei Jugendlichen nahm die Probierbereitschaft von Cannabis und Ecstasy zu“ (BKA 2001: 7). Nach den Befragungen der letzten Jahrzehnte haben in den letzten 20 Jahren von den 12-17-Jährigen zwischen 5 und 15% jemals und zwischen 5-10% (bis 500.000 Jugendliche) im Jahr vor der Befragung eine illegale Droge genommen; 90% davon nur Cannabis (BZgA 2001, 2011). Bis zu 30% der Erstkonsumierenden von Heroin und Amphetaminen waren unter 21 Jahre alt (bis zu 10% unter 18 Jahre). Beim Kokain waren es maximal 15% (5%), beim Ecstasy 50% (10%). Diese Zahlen zeigen nicht an, dass die Prohibition den Konsum von „Drogen“ bei Jugendlichen verhindern kann. Sie zeigen an, dass Jugendliche in großem Stil strafrechtlich verfolgt werden, weil sie trotz des Verbotes „Drogen“ konsumieren (Cousto 2011: 12). Der in den frühen 1970er Jahren als dramatisch eingeschätzte Cannabiskonsum Jugendlicher nahm in den folgenden 30 Jahren während der Geltung des Gesetzes, das den Konsum vermindern sollte, weiter deutlich zu. Strafverfolgung war für wenige Befragte ein Grund, auf illegale Substanzen zu verzichten (1997: 11%, 2001: 3%) (BZgA 1997, 2001). Häufiger genannte Gründe waren: kein Interesse, Angst vor Rausch, gesundheitlichen Schäden oder Abhängigkeit. Verboten und erlaubt sind offensichtlich nicht die Kriterien, nach denen Jugendliche die Wahl für ein Genussmittel treffen. Dafür spricht, dass in den letzten Jahrzehnten immer weniger Jugendliche Tabak (BZgA 2011) und Alkohol in riskanter Weise konsumieren (BZgA 2014). Offensichtlich ist das Strafrecht nicht der einzige Weg zur Konsumreduktion.

In gleicher Weise verbotene Substanzen werden in sehr verschiedenem Ausmaß von Jugendlichen gebraucht. Während bei einer Befragung 2011 knapp 5% angaben, in den letzten 12 Monaten Cannabis genommen zu haben (bei Befragungen der letzten

20 Jahre waren es zwischen 5 und 10%), waren es bei Ecstasy 0,2%, Amphetaminen 0,4%, Kokain 0,2% und bei Heroin <0,05% (BZgA 2011).

Auch die US-amerikanische Alkoholprohibition zwischen 1919 und 1933 führte nicht zu einem Schutz der Jugend vor Alkohol. Die Zahl der wegen Trunkenheit festgenommenen Jugendlichen stieg in Washington von jährlich etwa 60 vor Beginn der Prohibition bis auf etwa 600 während der Prohibition. In einem Bericht heißt es: „Der Genuss berauschender Getränke durch Mädchen und Knaben war vor der Zeit der Prohibition praktisch unbekannt. (...) Das Hauptziel der Prohibition war der Schutz der Jugend. (...) Gerade in diesem Punkte aber, der Fernhaltung der Jugend vom Alkoholmissbrauch, ist das Ziel nicht nur nicht erreicht worden, sondern die Verhältnisse verschlechterten sich von Tag zu Tag“ (Schmölders 1930).

Resumé

Nach Befragungen (Pfeiffer et al. 2012) entscheiden sich über 10 Mio. Bürger_innen für eine der verbotenen „Drogen“. Opiate und Amphetamine werden oft täglich konsumiert (aber auch bei diesen ist ein kontrollierter Konsum möglich) (Schipper/Cramer 2002), die übrigen Substanzen meist nur gelegentlich und eine begrenzte Zeit. Die Zahlen des BKA und Erfahrungen aus vielen Ländern zeigen, dass die Prohibition keine geeignete Maßnahme ist, um den Konsum zu vermindern. Fast jedes der jetzt legalen Genussmittel war eine Zeit lang in irgendeinem Land verboten. Die Verbote haben nie dazu geführt, dass das Genussmittel nicht mehr konsumiert wurde. Nach einer gewissen Zeit wurde es „legalisiert“ und besteuert (Thamm 1989). Weltweit ist es mit dem vom US-Präsidenten Nixon 1971 ausgerufenen „War on Drugs“ nicht gelungen, den Schwarzmarkt einzudämmen, wie den INCB-Berichten seit vielen Jahren entnommen werden kann (INCB 1980, 1998, 2014). Alle Daten in den Berichten zeigen die allgemeine Verfügbarkeit und die stabilen bis sinkenden Preise für die verbotenen Substanzen auf dem Schwarzmarkt. Eine erfolgreiche Kontrolle des illegalen Handels durch die Prohibition ist diesen Berichten für kein Land zu entnehmen. Zu befürchten ist, dass die Prohibition wegen der hohen Gewinnspannen wesentlich zum Drogenproblem beigetragen hat.

Das Verbot eines Genussmittels ist verfassungsrechtlich nicht gut begründet.

Das politische Ziel, Selbstschädigung zu vermeiden, ist zwar legitim, aber nach dem in der Verfassung verankerten Selbstbestimmungsrecht ist es nicht strafbar, das Risiko einer Selbstschädigung einzugehen.

Selbst wenn es für legitim gehalten würde, die Selbstbestimmung in diesem Fall einzuschränken, müsste diese Maßnahme auch geeignet sein, das angestrebte Ziel zu erreichen: nicht nur nach dem gesunden Menschenverstand, sondern auch nach dem verfassungsrechtlichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Aber die Prohibition war mit dem Verbot von Produktion, Handel und Besitz in keinem Staat mit Bürgerrechten und freiem Handel erfolgreich. Sie ist keine geeignete Maßnahme. Darüber hinaus wird durch die Prohibition das Risiko einer Selbstschädigung nicht vermindert, sondern erhöht: u.a. durch schädliche Streckmittel und überhöhte Preise, die zum intravenösen Konsum führen.

Es ist also notwendig, einen legalen Zugang zu den gewünschten Genussmitteln zu schaffen. Die Verfügbarkeit muss nach dem gesundheitlichen Risiko der Substanzen differenziert gesetzlich geregelt werden. Zu den sinnvollen Regelungen einer Legalisierung gehören Produktionskontrollen, örtlich und zeitlich geregelte Zugangsmöglichkeiten, ein wirksamerer Jugendschutz als aktuell bei Alkohol und Tabak durchgesetzt, höhere Preise für gefährlichere Substanzen einer Gruppe, ein Verbot von Werbung und anderer Maßnahmen der Verkaufsförderung, evtl. ein staatliches Monopol (Transform 2009).

Diese Änderungen werden viele Jahre erfordern, die Effekte jedes einzelnen Schrittes müssen sorgfältig beobachtet werden. Die ersten Schritte sind aber seit vielen Jahren überfällig. In Deutschland ist mit Diacetylmorphin (Heroin) die erste der verbotenen „Drogen“ legalisiert worden. Es ist allerdings bisher einer nur sehr kleinen Zahl von Konsumierenden legal im Rahmen einer Krankenbehandlung zugänglich und darf nur fremdkontrolliert genommen werden.

Seit den 1960er Jahren gibt es das sogenannte Drogenproblem in Deutschland. 50 Jahre und über 40.000 Tote später wird aus allen Zahlen völlig klar, dass Prohibition „Missbrauch“ und Abhängigkeit nicht verhindern, nicht einmal vermindern kann. Seit Jahrzehnten wird aus der Wissenschaft auf die Wirkungslosigkeit der Prohibition hingewiesen. Dieser Auffassung haben sich viele Politiker_innen angeschlossen, wenn sie aus dem Amt geschieden sind (Global Commission on Drugs 2011). Die Frage ist nicht mehr, ob die Prohibition unwirksam ist - die Frage ist, warum diese verfehlte Politik nicht geändert wird.

Literatur

- BAST (2014): Verkehrs- und Unfalldaten Deutschland, online verfügbar unter: <http://www.bast.de/DE/Publikationen/Medien/Dokumente/Unfallkarten-national-deutsch.html>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- BKA (verschiedene Jahrgänge): Bundeslagebild Rauschgiftkriminalität (2001 –2014), online verfügbar unter: http://www.bka.de/nn_231632/DE/ThemenABisZ/Deliktsbereiche/Rauschgiftkriminalitaet/Lagebilder/lagebilder__node.html?__nnn=true; letzter Zugriff: 15.02.2016.
- BKA (verschiedene Jahrgänge): Rauschgiftjahresbericht (1975, 1977, 1980, 1988, 2000, 2001, 2002), Wiesbaden.
- Bundesrat (1975): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BT DS 7/4141, 13.10.1975), online verfügbar unter: dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/041/0704141.pdf; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Bundesregierung (1971): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Opiumgesetzes (BT DS VI 1877), online verfügbar unter: dipbt.bundestag.de/doc/btd/06/018/0601877.pdf; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Bundesregierung (1980): Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Betäubungsmittelrechts (BT DS 8/3551, 09.01.1980), online verfügbar unter: dipbt.bundestag.de/doc/btd/08/035/0803551.pdf; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- BZgA (verschiedene Jahrgänge): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland (1997, 2001, 2004, 2011), Köln.
- BZgA (2014): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland, Köln.
- Cousto, H. (2011): Daten und Fakten zum Deutschen Betäubungsmittelgesetz (BtMG), online verfügbar unter: <http://www.eve-rave.net/abfahrer/download/eve-rave/politics115.pdf>; letzter Zugriff: 15.03.2016.

- Global Commission on Drugs (2011): Krieg gegen die Drogen. Bericht der Weltkommission für Drogenpolitik, online verfügbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_German.pdf; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Hartwich, C. (1911), Die menschlichen Genußmittel, Leipzig.
- INCB (verschiedene Jahrgänge): Annual Reports (1980, 1998, 2014), online verfügbar unter: <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Pfeiffer-Gerschel T./Kipke, I./Flöter, S./Jakob, L./Hammes, D./Rummel, C. (2012): Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die DBDD, online verfügbar unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/fachbpublikationen/reitox-berichte/>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- PKS (verschiedene Jahrgänge): Polizeiliche Kriminalstatistik (1953 – 2014), online verfügbar unter: http://www.bka.de/nn_205960/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Qian, Z. H./Vermund, S. H./Wang, N. (2005): Risk of HIV/AIDS in China: Subpopulations of special importance, in: Sex Transm Infect 81, 442-444.
- Schipper, G. M./Cramer, E. (2002): Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain, in: Suchttherapie 3, 71-80.
- Schmölders, G. (1930): Die Prohibition in den Vereinigten Staaten, Leipzig.
- Statistisches Bundesamt (2014): Verkehrsunfälle Zeitreihen, online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/Verkehrsunfaelle-Zeitreihen.html;jsessionid=A8F4EA01E4DFDA61FC401A493C7D9215.cae1>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Thamm, G.B. (1989): Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg?, Hilden.
- Transform (2009): Nach dem Krieg gegen die Drogen: Modelle für einen regulierten Umgang (deutsche Übersetzung durch akzept e.V.), Berlin.
- Uhl, A. (2012): Methodenprobleme in der Evaluation komplexerer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention, in: Robert Koch-Institut/Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, 57 – 78.

1.2 | Wie mit NpS zukünftig umgehen? Kritik an dem Referentenentwurf zum Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (NpSG)

*Jan Fährmann, Tibor Harrach, Heiko Kohl, Sonja C. Ott,
Marcel Schega, Rüdiger Schmolke, Bernd Werse*

Zusammenfassung

Das Inverkehrbringen von „Neuen psychoaktiven Substanzen“ ist aktuell vollständig unreguliert. Da viele entsprechende Substanzen im Umlauf sind und deren chemische Zusammensetzung leicht verändert werden kann, ist die Aufnahme in die Anlagen des BtMG ungeeignet, um diese Stoffe zu regulieren. Daher soll in Zukunft das Inverkehrbringen von Substanzen, die bestimmten Stoffgruppen unterfallen, verboten und bestraft werden. Dieses Verbot ist nicht nur aus Gründen der Suchtprävention und rechtlicher Bedenken völlig ungeeignet, die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen zu verringern, sondern kann nach wie vor umgangen werden. Neue psychoaktive Substanzen müssen daher anders reguliert werden. Dazu sollten wissenschaftliche Risikobewertungen die Grundlage für Prävention und Regulierung darstellen. Gefahrenpotenziale der zu bewertenden Substanzen müssen ermittelt werden und eine Regulierung auf Basis eines förmlichen Zulassungsverfahrens erfolgen. Nur Substanzen, bei denen ein/e Hersteller_in gegenüber den regulatorischen Behörden nachgewiesen hat, dass sie ein vertretbares Nutzen-Risiko besitzen, dürften unter bestimmten Bedingungen an Erwachsene verkauft werden.

Ausgangslage

Seit der Europäische Gerichtshof (EuGH) entschieden hat, dass das Inverkehrbringen von „neuen psychoaktiven Stoffen“ (NpS), die nicht im BtMG enthalten sind, keinen Verstoß gegen das Arzneimittelgesetz (AMG) darstellt (EUGH 2014), ist der Umgang mit diesen vollständig unreguliert. Daher sind und werden zahlreiche Stoffe legal vertrieben, die ähnliche Wirkungen aufweisen wie die im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) verbotenen Substanzen (Körner et al. 2016: § 1, Rn. 17; OVG Bremen 2016) und mit deren Konsum Gesundheitsrisiken einhergehen (BMG 2015: 13). Zwar werden NpS, auch im Vergleich zu ihren illegalen Äquivalenten, in Deutschland nur von relativ wenigen Personen konsumiert, aber es gibt offenbar Schwerpunkte in bestimmten Konsument_innengruppen und vor allem in bestimmten regionalen Räumen (überblicksartig: Egger/Werse 2015).

Da NpS sehr schnell kreiert werden können, sind oftmals bereits andere Substanzen auf dem Markt, sobald ein NpS in die Anlagen des BtMG aufgenommen wurde. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geht daher davon aus, dass allein durch die Erweiterung der Anlagen des BtMG nicht mehr adäquat auf die Situation reagiert werden kann, weshalb es einen Entwurf für ein entsprechendes neues Gesetz erarbeitet hat (BMG 2015).

Gesetzesentwurf NpSG

Das einzuführende „Neue-psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ (NpSG) soll zum Schutz der Volksgesundheit die Verbreitung von NpS verhindern, wovon AMG und BtMG aber nicht betroffen werden. Ein Gesundheitsrisiko wird hier, anders als im BtMG, allein aufgrund der psychoaktiven Wirkung der Stoffe angenommen (vgl. zur Definition von BtM: BVerfG 1998). NpS werden dabei als Stoffe oder eine Zubereitung der Stoffe aus den in den Anlagen genannten Stoffgruppen definiert. Unter einer Stoffgruppe werden nach dem üblichen Sprachgebrauch Stoffe zusammengefasst, die eine gemeinsame Struktur oder ähnliche biologische Eigenschaften aufweisen (z. B. Umweltbundesamt 2015). Da die genannten Stoffgruppen zahlreiche Strukturvarianten umfassen, gehören den genannten Stoffgruppen notwendigerweise auch zahlreiche Stoffe an, die gar nicht psychoaktiv wirken (BMG 2015: 20), darunter auch körpereigene Stoffe wie die Neurotransmitter Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin sowie das Tyramin, das Amin der Aminosäure Tyrosin.

Verboten und bestraft wird der Handel, das Inverkehrbringen, Herstellen und Einführen von NpS¹, ohne dass Vorsatz bezüglich des Hervorrufens einer psychoaktiven Wirkung oder einer Gesundheitsgefährdung bestehen muss. So kann auch Verhalten bestraft werden, welches ausschließlich dem Eigenkonsum dient, z. B. umfasst die Einfuhr das Bestellen in einem ausländischen Onlineshop (BMG 2015: 18). Die Verbreitung von NpS zu wissenschaftlich, gewerblich und industriell anerkannten Verwendungen und zu behördlichen Zwecken ist hingegen vom Verbot ausgenommen.

Zudem kann das BMG mittels Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, der Bundesministerien für Justiz und Finanzen sowie nach der Anhörung von Sachverständigen die Stoffgruppen erweitern, wenn dies wegen der unmittelbaren oder mittelbaren Gefährdung der Gesundheit aufgrund missbräuchlicher Verwendung von NpS nötig ist. Da die Eigenschaften und die Struktur einer Stoffgruppe beliebig definiert werden können, können damit nahezu unendlich viele Stoffe verboten werden. Allerdings ergibt die teleologische Auslegung, dass Stoffe enthalten sein müssen, die eine psychoaktive Wirkung haben. Psychoaktivität wird jedoch nicht definiert. Die Rechtsprechung orientiert sich zur Bestimmung von psychoaktiven Substanzen in erster Linie daran, ob ein Rauschzustand hervorgerufen wird (vgl. etwa BGH 2015, BGH 2014), wobei dieser Schluss nicht zwingend ist. Nach dem Sprachgebrauch zeichnet sich Psychoaktivität dadurch aus, dass positive Effekte auf Stimmung, Antrieb, Leistungsvermögen oder Kontaktfähigkeit hervorgerufen werden (vgl. z. B. Saß 2009).

¹ Diese Begriffe stimmen mit dem BtMG überein. Zur Übersicht über die Begriffe z. B. Weber (2013: § 29, Rn. 125 ff.).

Nach der gängigen naturwissenschaftlichen Vorstellung ist ein Stoff allein dann schon psychoaktiv, wenn er die Blut-Hirn-Schranke überwinden und damit direkt auf das Gehirn einwirken kann. Dies schließt auch Stoffe ein, bei denen ganz andere pharmakologische Wirkungen im Vordergrund stehen.

Verfassungsrechtliche Bewertung

Der Entwurf ist in vielerlei Hinsicht verfassungswidrig

I. Strafbares Verhalten durch eine Stoffgruppe zu bestimmen, verstößt gegen den Bestimmtheitsgrundsatz. Aus dem Rechtsstaatsprinzip ergibt sich, dass eine Norm inhaltlich bestimmt sein muss, wozu es ausreicht, dass die Norm durch Auslegung bestimmbar ist (BVerfG 1963, 1994; Rössner/Voit 2011: 23). Dadurch sollen die betroffenen Bürger_innen die Rechtslage erkennen und sich so auf mögliche belastende Maßnahmen einstellen können (St. Rspr. BVerfG, z. B. BVerfG 2008 m. w. N.). Die Anforderungen an die Bestimmtheit strafrechtlicher Normen sind aufgrund von Art. 103 Abs. 2 GG besonders hoch (vgl. z. B. BVerfG 1982).

Zwar kann ausgehend von einem Einzelstoff bestimmt werden, ob dieser zu der betroffenen Stoffgruppe gehört (BMG 2015: 16; Rössner/Voit 2011: 24 m. w. N.). Aufgrund der Weite der Stoffgruppe ist aber die Zuordnung selbst für Chemiker_innen und Pharmazeut_innen überaus schwierig. Nur Expert_innen unter ihnen können erkennen, ob ein Stoff aufgrund seiner Strukturformel zu der verbotenen Stoffgruppe gehört, da sie anders als bei Stoffen im BtMG nicht nur (auf dem Papier) prüfen müssen, ob eine bestimmte Struktur vorliegt, sondern auch, ob diese in die die Stoffgruppe definierende „Strukturschablone“ fällt, was deutlich komplizierter ist. Zusätzliche Schwierigkeiten entstehen dadurch, dass überdies zu prüfen ist, ob diese Substanzen unter das BtMG oder das AMG fallen, da die Stoffe dort anders reguliert werden.

Durch den unbestimmten, generalklauselartigen Rechtsbegriff „anerkannte Verwendungen“ wird zudem nicht deutlich, welcher Umgang mit den Stoffen erlaubt ist. Ein Maßstab, woran sich dies feststellen lässt oder wer dies festlegt, fehlt völlig, da dem BMG offensichtlich selbst nicht klar ist, wie dieser bestimmt werden soll. Damit ist der Großteil der Menschen, die mit entsprechenden Stoffen in Berührung kommen können, nicht in der Lage zu beurteilen, ob sie sich strafbar machen, selbst wenn sie mit Stoffen arbeiten, die nicht psychoaktiv wirken. Sowohl die Arbeit als auch die Forschung in entsprechenden Bereichen wird damit erheblich erschwert, wodurch auch Forschungs- und Berufsfreiheit verfassungswidrig beeinträchtigt werden.

II. Der Anwendungsbereich dieser Normen kann zudem noch mittels einer Rechtsverordnung extrem erweitert werden, sodass die Rechtslage noch unübersichtlicher werden kann und auch immer mehr Stoffe ohne psychoaktive Wirkung verboten werden. Aus Rechtsstaatsprinzip und Gesetzesvorbehalt ergibt sich jedoch der Wesentlichkeitsgrundsatz. Dieser besagt, dass die Anforderungen an die inhaltliche Bestimmtheit der Norm steigen, je stärker eine staatliche Maßnahme in Rechte der Bürger_innen eingreift. Bei schwerwiegenden Grundrechtseinschränkungen muss ferner die Legislative

den Eingriffsrahmen in einem formellen Gesetz festlegen (z. B. BVerwG 2013). Die Exekutive kann zwar ermächtigt werden, durch Rechtsverordnungen den Inhalt eines Gesetzes zu ändern, jedoch nur, wenn der Regelungsbereich durch das jeweilige Gesetz so umschrieben wird, dass erkennbar ist, zu welchen Änderungen die Exekutive ermächtigt ist (BVerfG 1998). Vorliegend wird die Exekutive aufgrund der vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten einer Stoffgruppe aber ermächtigt, eine nicht mehr zu überblickende Anzahl von Stoffen zu verbieten. Dass psychoaktive Stoffe enthalten sein müssen, ist keine wirksame Begrenzung, da dies auch bei zahlreichen gebräuchlichen Substanzen der Fall ist und es ausreicht, wenn nur ein Teil der enthaltenen Stoffe entsprechend wirkt. Dies gilt auch für die Merkmale „un- oder mittelbare Gefährdung der Gesundheit“, die eindeutig zu unbestimmt sind. Damit wird aus dem Gesetz nicht deutlich, welche Stoffe in Zukunft verboten werden können, sodass der Eingriffsrahmen nicht bestimmbar ist.

III. Überdies ist der Entwurf auch unverhältnismäßig (zum Begriff der Verhältnismäßigkeit z. B. Jarass/Pieroth 2014: Art. 20 Rn. 83a ff.), da dieser nicht geeignet ist, die Verbreitung von NpS zu verhindern und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen. Psychoaktivität ist einerseits kein geeignetes Kriterium zum Gesundheitsschutz, da eine entsprechende Wirkung nicht zwingend mit einem Gesundheitsrisiko oder einem Rauschzustand verbunden ist. So ist beim Coffein (Schneiderei 2000) die psychoaktive Wirkung durchaus erwünscht. Betroffen sind außerdem zahlreiche Arzneistoffe, die wegen einer ganz anderen Wirkung Anwendung finden, z. B. als Antihistaminikum zur Allergie-Behandlung, als Bronchodilatator bei asthmatischen Beschwerden, als Mittel gegen Sinusitis bei Erkältungskrankheiten, als Antivertiginosum, als Antiemetikum etc.

Ferner ist wissenschaftlich nicht belegt, dass alle Substanzen, die ein bestimmtes chemisches Merkmal aufweisen, auch eine vergleichbare biologische Wirkung haben, sodass die Wirksamkeit eines Stoffgruppenverbotes an sich nicht belegt ist.

Außerdem können auch weiterhin NpS kreierte werden, die nicht unter die genannten Stoffgruppen fallen, sondern Substanzklassen wie den Tryptaminen, den Arylcyclohexylaminen, den Benzodiazepinen, den Lysergsäureamiden, o. ä. angehören. Selbst innerhalb einer Stoffgruppe sind nicht alle psychoaktiven Substanzen erfasst, z. B. fehlen bei den Cannabimimetika Substanzen, welche sich vom Cannabicyclohexanol ableiten oder einige Dibenzopyrane. Mit Sicherheit werden sich noch weitere Stoffgruppen oder Einzelstoffe finden lassen, zumal das BMG selbst davon ausgeht, nicht alle Stoffe erfasst zu haben (BMG 2015:13). Insbesondere besteht die Möglichkeit, leicht abspaltbare funktionelle Gruppen einzuführen, die im Körper abgespalten werden, und erst dort den eigentlichen Wirkstoff freisetzen. Die daraus resultierende Substanz unterliegt bis zur Abspaltung nicht der definierten Stoffgruppe. Das BMG oder die Legislative werden also fortwährend neue Stoffgruppen erarbeiten müssen. Dies wird wiederum dazu führen, dass die Situation noch unübersichtlicher wird und Menschen, die mit entsprechenden Substanzen arbeiten, sich fortwährend einer möglichen Strafverfolgung ausgesetzt sehen.

Überdies wird der Druck steigen, neue Substanzkreationen zu schaffen, die dann immer unüberschaubarer und schädlicher werden (vgl. Europäische Kommission 2013a: 6).

Suchtprävention

Aus (sucht-)präventiver Sicht ist der Ansatz des vorliegenden Gesetzesentwurfs als Enttäuschung und Feigenblatt-Strategie zu bewerten. Im Feld der (modernen) Suchtprävention hat sich auch bei ehemals rein abstinenzorientiertem Denken verpflichteten Organisationen inzwischen der Konsens herausgebildet, dass konsumaffine Personen vor allem im Zuge einer faktenbasierten Risikokommunikation „auf Augenhöhe“ für Präventionsbotschaften offen sind.² Präventionsprogramme wie „Rebound“ (www.my-rebound.de) setzen konsequent auf Steigerung der Reflexionsfähigkeit von Jugendlichen und schulen, wie das individuelle Risiko besser abgeschätzt werden kann. Sie tragen so zur Entmystifizierung des Drogengebrauchs und Aneignung von Strategien zur Risiko- und Schadensminimierung bei.

Der Gesetzesentwurf beinhaltet hingegen ausschließlich Maßnahmen zur Strafverfolgung – zwar betrifft dies immerhin nicht die Konsumierenden, respektive den Besitz kleiner Mengen, aber jegliche Art von Inverkehrbringen. Maßnahmen für eine sinnvolle Prävention fehlen hingegen völlig. So verzichtet der Entwurf auf die Risikobewertung von Einzelsubstanzen, die die Grundlage für ein individuelles Risikomanagement darstellen. Letztlich setzt das Gesetz wie bei den illegalen Drogen auf ein autoritär-kontrollierendes Grundverständnis und die Vorstellung, dass Jugendliche aufgrund möglicher Konsequenzen der Strafverfolgung signifikant weniger konsumieren. Diese Strategie gilt nicht nur deswegen als gescheitert, weil sie das Substanzkonsumverhalten kaum zu beeinflussen vermag. Sie untergräbt auch systematisch die Wissensverbreitung durch staatliche (oder staatlich geförderte) Suchtpräventionsstellen, indem vor allem jugendliche Konsumierende diese als voreingenommen und unglaublich einstufen und in der Folge nicht nutzen (Uhl 2005).

Insgesamt dürfte das NpS-Gesetz im Hinblick auf seine abschreckende Zielsetzung auf Konsumierende weitgehend unwirksam sein. Wirkungsvoll wäre dagegen der Ausbau der personalkommunikativen Kompetenzen und Ressourcen von Präventionsarbeit auf Basis eines konsequent demokratisch-emanzipativen Ansatzes auch in Bezug auf illegalisierte Substanzen (Barsch 2008).

Alternative Regelungsmöglichkeiten

Zur Regulierung der NpS kann auf bestehende Verfahren zur Regulierung von Risiken zurückgegriffen werden.

Stoffe, die Bestandteile von Arzneimitteln und Lebensmitteln sind, oder Chemikalien, bei deren Umgang es zur Exposition von Menschen und Freisetzung in die Umwelt kommen kann, unterliegen umfangreichen gesetzlichen Regulationen. Grundlage hierfür ist immer eine wissenschaftliche Risikobewertung („risk assessment“). Das ist ein komplexes Verfahren zur Abschätzung eines Risikos mittels wissenschaftlicher Methoden (Appel et al. 2013). Dabei werden zunächst die substanzinhärenten

² Vgl. z. B. die zuletzt mit Unterstützung der BZgA in hoher Auflage zur Verfügung gestellte, von der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin konzipierte Informationsbroschüre zu Methamphetamin (BZgA 2015).

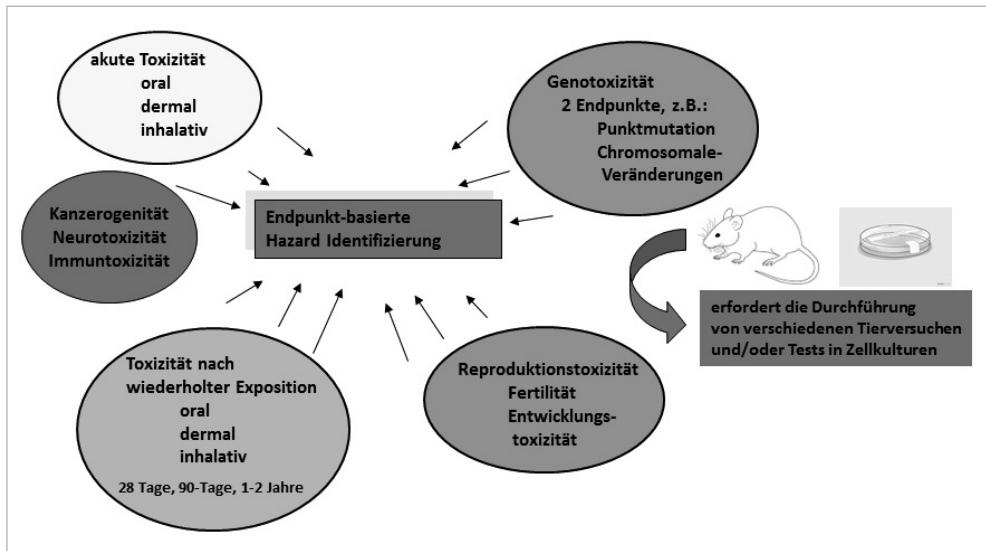


Abbildung 1: Hazard-Identifikation auf Basis definierter Endpunkte als Voraussetzung für eine wissenschaftliche Risikobewertung

gefährlichen Eigenschaften (Hazards) der zu bewertenden Substanzen festgestellt. Bei bekannten Stoffen liefern dies meistens epidemiologische Studien von exponierten Populationen. Bei neuen Substanzen werden derartige Daten vor Anwendung am Menschen experimentell in durch internationale Richtlinien standardisierten Tierversuchen oder in Zell- und Gewebekulturen erhoben (siehe Abb. 1) (Appel et al. 2013; OECD 2015).

Im Gegensatz zum Hazard, das eine unveränderliche qualitative Stoffeigenschaft darstellt, ist das Risiko eine variable und quantifizierbare Größe. In der Toxikologie beschreibt das Risiko die Wahrscheinlichkeit, mit der unerwünschte Wirkungen bei einer definierten Dosis oder Exposition auftreten (Neubert 2013). Je höher die Dosis, desto höher ist in der Regel das Risiko. Zur Risikobeschreibung werden das quantitative Risiko und die Menge des Stoffes, der ein Mensch ausgesetzt sein kann, zueinander in Beziehung gesetzt. Aus diesem Verhältnis kann sowohl die Wahrscheinlichkeit abgeschätzt werden, mit der eine gesundheitsschädliche Wirkung eintritt, als auch der voraussichtliche Schweregrad der Schädigung (Bundesinstitut für Risikobewertung 2007).

Unter Risikomanagement wird in der regulatorischen Toxikologie das Umsetzen der Risikobewertung in staatliche bzw. behördliche Handlungsstrategien mit dem Ziel, das Risiko zu begrenzen, verstanden. Dies kann durch Maßnahmen zur Verringerung der Exposition und Anwendungsbeschränkungen erfolgen (Appel et al. 2013). Im Gegensatz dazu werden im Drogenbereich tatsächliche und hypothetische Risiken ausschließlich zur Legitimierung umfassender, aber wenig effektiver Verkehrsverbote benutzt (Nutt et al. 2010; Global Commission on Drug Policy 2011). Wie bereits ausgeführt, wird dieser Fehler im Referentenentwurf zum NpSG wiederholt.

Stoffe, die dazu bestimmt sind (u. a. Arzneimittel, Lebensmittelzusatzstoffe, Novel Food), bzw. bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie in relevanten Mengen vom menschlichen Körper aufgenommen werden (u. a. Pflanzenschutzmittel und Biozidprodukte), werden in der Regel einem Zulassungsverfahren unterworfen (Appel et al. 2013). Im Chemikalienrecht müssen Substanzen in der Regel nur bewertet, eingestuft und registriert werden (Umweltbundesamt 2013), lediglich die besonders gefährlichen SVHC (substances of very high concern) müssen in der EU zur sicheren Verwendung zugelassen werden (Bundesinstitut für Risikobewertung 2013). Bei einem Zulassungsverfahren gilt das Verbotprinzip mit Erlaubnisvorbehalt, d. h., die Hersteller_innen müssen gegenüber den regulatorischen Behörden nachweisen, dass die von ihnen hergestellte Substanz hinsichtlich einer bestimmten Anwendung ein vertretbares Nutzen-Risiko-Verhältnis besitzt. Die Zulassungskriterien werden ständig den wachsenden Erkenntnissen, Anforderungen und Möglichkeiten aus Wissenschaft und Technik angepasst und sind heute weitestgehend international harmonisiert.

Auch die Regulation neuer psychoaktiver Substanzen sollte auf der bewährten Grundlage einer wissenschaftlichen Risikobewertung erfolgen. Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) hat bisher allerdings lediglich eher ungeeignete „Operating Guidelines“ zur Risikobewertung von neuen psychoaktiven Substanzen veröffentlicht. Zunächst einmal wird der Begriff Hazard stark erweitert: Ist in der Toxikologie das Hazard ausschließlich durch die substanzinhärenten gefährlichen Eigenschaften definiert, gelten in den EMCDDA-Guidelines auch Maßnahmen der sozialen Kontrolle (Regulationspolitik und informelle Normen), die Konsummodalitäten (Konsummuster und Kontext) und individuelle Faktoren (Alter, Geschlecht, Genetik und Persönlichkeit) als Hazard determinierende Faktoren (EMCDDA 2010). Dieses Vertauschen oder Gleichsetzen von Ursache und Wirkung führt dazu, dass die Gefahren, die von der Substanz selbst ausgehen, verschleiert werden. Wenn die Folgen der Regulationspolitik (bzw. das Ausmaß von Fehl- u. Deregulation im Drogenbereich) in das Hazard einfließen, kann dieses nicht mehr die Grundlage für eine wissenschaftliche Risikobewertung und ein darauf aufbauendes staatliches Risikomanagement darstellen. Risikomanagement muss aber die Risiken, die durch die Gefahren von Substanzen verursacht werden, effektiv begrenzen und sollte nicht wie bei den Harm-Reduction-Strategien im Bereich der illegalen Drogen (u. a. Spritzentausch, Drug Checking) darauf reduziert werden, den Folgen der staatlichen Fehlregulation (Verhinderung von Qualitätssicherung) entgegenzuwirken.

Regulatorische Maßnahmen für psychoaktive Substanzen sollten immer auf Grundlage der tatsächlich von der Substanz ausgehenden Gefahren erfolgen. Nur so lässt sich z. B. feststellen, welche Substanz aus einer Stoffgruppe die gefährlichste und welche die sicherste ist. Ferner können dadurch evidenzbasierte risikoreduzierende Maßnahmen für ein individuelles Risikomanagement im Sinne eines sicheren Gebrauchs abgeleitet werden. Soziale und individuelle Faktoren sind dann insbesondere bei der Ausgestaltung der Distribution (einschl. Jugendschutz), Prävention und Intervention zu berücksichtigen.

Große Defizite liegen vor allem in der sporadischen und mangelhaften Durchführung der Risikobewertung der NpS durch die EMCDDA. In den Operating Guidelines werden zwar die üblichen Methoden zur Erfassung von Gesundheitsrisiken ausgeführt, doch stets mit dem Zusatz „wenn verfügbar“ versehen. Für eine qualifizierte

Risikobewertung von psychoaktiven Substanzen sind insbesondere die Daten zur chronischen Toxizität unverzichtbar, weil deren Konsum immer mit dem Risiko eines regelmäßigen bis hin zum abhängigen Konsum behaftet ist. In den EMCDDA-Guidelines findet sich allerdings der Hinweis, dass chronische Studien in Tieren normalerweise nicht durchgeführt werden (EMCDDA 2010).

Wie defizitär das Verfahren ist, erschließt sich beispielhaft bei der Betrachtung der von der EMCDDA 2014 durchgeführten Risikobewertung von 4,4'-DMAR. Die Verfügbarkeit dieses Psychostimulans auf dem EU-Drogenmarkt wird seit 2012 beobachtet. Im Verlauf von 12 Monaten wurde es im Zusammenhang mit 31 Todesfällen in der EU festgestellt. In dem von der EMCDDA als Risikobewertung bezeichneten Bericht findet sich z. B. der Vermerk, dass nicht einmal zur Feststellung von Nebenwirkungen und der akuten Toxizität Daten experimentell erhoben wurden. Die beschriebenen Effekte basieren auf Erfahrungsberichten von Konsument_innen im Internet, Untersuchungen bei den im Zusammenhang mit dem Konsum von 4,4'-DMAR verstorbenen Personen und theoretischen Ableitungen (EMCDDA 2015). Ein solches Vorgehen hat nur wenig mit dem zu tun, was in der regulatorischen Toxikologie gemeinhin als Risikobewertung verstanden wird (Appel et al. 2013). Es ist im Ergebnis eine Mogelpackung, die weder staatliches noch individuelles Risikomanagement ermöglicht.

Das Regulationsniveau einer Substanz sollte in Beziehung zu deren Gefährlichkeit stehen (Bundesinstitut für Risikobewertung 2007). Für neue Substanzen, die zur Anwendung im menschlichen Körper bestimmt sind, ist ein förmliches Zulassungsverfahren „State of the Art“ (Appel et al. 2013). Es gibt keinen sachlichen Grund, ein solches Verfahren nicht auch für die Regulation von NpS zu implementieren. Der kommerzielle Verkehr aller neuen Substanzen zur Erzielung eines veränderten Bewusstseinszustands wäre damit präventiv untersagt. Nur wenn ein/e Hersteller_in für eine bestimmte Substanz in einem Zulassungsverfahren ein vertretbares Nutzen-Risiko-Verhältnis darlegt, wird diese unter bestimmten Bedingungen verkehrsfähig. Der Gesetzgeber würde dann nicht mehr den Verhältnissen hinterherlaufen, sondern könnte präventiv durchsetzbare Normen in Form von Zulassungskriterien und Distributionsbedingungen (einschließlich Jugendschutz und Werbeverbote) setzen.

Einen ersten Vorstoß hat Neuseeland mit seinem Psychoaktive-Substanzen-Gesetz gemacht. Dieses reguliert die NpS, bevor sie auf den Markt gelangen, indem zunächst alle NpS, welche noch nicht durch bereits existierende Gesetze erfasst werden, nicht verkehrsfähig sind. Gelingt allerdings der Nachweis eines geringen Gesundheitsrisikos, können sie zum regulierten Verkauf (z. B. Abgabemengen, Verkaufsort und Kennzeichnung; Office of the Associate Minister of Health 2013: Artikel 42, 6-7) zugelassen werden, wobei stark gesundheitsgefährdenden NpS die Zulassung verweigert wird (Office of the Associate Minister of Health 2013: Artikel 6, 1). Dazu muss jede/r Hersteller_in auf eigene Kosten sein/ihr Produkt einem staatlichen Zulassungsverfahren unterwerfen, diese betragen 110.000 € für die Herstellungs- und Verkaufslizenz und 720.000 € für den Nachweis eines geringen Gesundheitsrisikos. Dieser Betrag erscheint relativ niedrig, wenn man bedenkt, dass die Durchführung einer Kanzerogenitätsstudie gemäß OECD-Guideline deutlich über einer Million € liegt. Für eine Übergangszeit durften auf Grundlage einer provisorischen Produktionslizenz bereits auf dem Markt befindliche NpS ohne Sicherheitsprüfung verkauft werden.

Weil in dieser Zeit mehrere Vergiftungsfälle mit NpS gemeldet wurden, ohne dass es den Behörden möglich war, dafür ein spezifisches Produkt zu identifizieren, zog die Regierung die provisorischen Lizenzen zurück und kündigte an, neue Regelungen zu erarbeiten. Möglicherweise fehlen Behörden und Hersteller_innen des 4,5 Millionen Einwohner_innen zählenden Inselstaats die Ressourcen, ein aufwendiges Regulationssystem einschließlich Zulassungsverfahren für einen sehr begrenzten Markt durchzuführen (Schneider et al. 2014).

Eine ähnliche Herangehensweise ermöglicht der Richtlinienentwurf zur Regulierung der NpS der Europäischen Kommission, der bereits vom Europäischen Parlament angenommen, aber noch nicht vom Europäischen Rat gebilligt wurde. Das bisherige binäre System von Verbot und freiem Marktzugang wird durch einen abgestuften Ansatz ergänzt. Nach einer Risikobewertung durch die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) werden NpS mit „schwerwiegendem Risiko“ als nicht verkehrsfähig eingestuft und strafrechtlich verfolgt, Substanzen mit „gemäßigtem Risiko“ beschränkt am Markt zugelassen und Substanzen mit „geringem Risiko“ können frei vermarktet werden (Europäische Kommission 2013a: 2). Zwar kann dieser Ansatz auch genutzt werden, um einem rationalen Umgang durch weitere Prohibition entgegenzuwirken (Europäische Kommission 2013b: Artikel 12: 27, 2014: 1). Andererseits eröffnet der Entwurf aber auch die Möglichkeit eines verhältnismäßigen Umgangs mit NpS (Europäische Kommission 2014: 1), sofern die Regulierung auf Grundlage von Risikobewertungsverfahren erfolgt. Die genaue Ausgestaltung des Verfahrens ist im Entwurf noch nicht beschrieben. Obwohl alle relevanten Behörden aus dem Lebensmittel-, Chemikalien- und Arzneimittelbereich eingebunden sind, lässt der Entwurf aber die Frage offen, wie die Datengrundlage für eine wissenschaftliche Risikobewertung von NpS generiert werden soll. Wie in allen anderen Bereichen üblich, werden die Hersteller_innen solcher Substanzen im vorliegenden Richtlinienentwurf nicht in die Pflicht genommen. Die Durchführung eines so aufwendigen Verfahrens ergibt aber vor allem dann Sinn, wenn ein/e Hersteller_in auf dieser Grundlage ein Produkt auf den Markt platzieren kann.

Die Etablierung von Verfahren zur systematischen Entwicklung und Zulassung von psychoaktiven Substanzen als Rauschmittel kann den Beginn einer neuen Ära in der Drogenpolitik prägen. Dieser Schritt ist aber erst dann möglich, wenn auch für die bereits auf dem Schwarzmarkt etablierten Substanzen praxistaugliche, legale Regulierungen getroffen werden. In diesem Fall würde ohnehin einem Großteil der NpS (z. B. den synthetischen Cannabinoiden bzw. Cannabimimetika) die potenzielle Nachfrage entzogen werden, da sie in erheblichem Maße als ‚Ausweichsubstanz‘ für illegale Drogen konsumiert werden (vgl. Wersé/Morgenstern 2013). Die in einer entsprechenden Gesetzgebung geregelten aufwendigen Zulassungsverfahren würden somit mangels Interesse seitens Angebot und Nachfrage gar nicht zum Einsatz kommen.

Literatur

Appel, K. E./Gundert-Remy, U./Kramer, P.J. (2013): Regulatorische Toxikologie: Grundzüge, Testverfahren und Einrichtungen, in: Marquardt, H./Schäfer, S./Barth, H. (Hrsg.): Toxikologie, Stuttgart, 1237-1269.

- Barsch, G. (2008): Lehrbuch Suchtprävention. Von der Drogennaivität zur Drogenmündigkeit, Geesthacht.
- BGH (2015): Urteil v. 14. 1.2015 – 1 StR 302/13 –, Rn. 37 ff.
- BGH (2014): NStZ-RR 2014, 312 (313).
- BMG (2015): Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (Bearbeitungsstand: 15.10.2015), Berlin.
- Bundesinstitut für Risikobewertung (2007): Fragen und Antworten zur Risikoabschätzung bei Lebensmitteln und anderen Verbrauchsgütern, Berlin.
- BVerfG (1963): BVerfGE 17, 67, (82).
- BVerfG (1982): BVerfGE 62, 203, (210).
- BVerfG (1994): BVerfGE 90, 1, (16 f.).
- BVerfG (1998): NJW 1998, 669 (670).
- BVerfGE (2008): 120, 274, (315 f.).
- BVerwG (2013): Urteil v. 10.10.2013 – 5 C 29/12 –, Rn. 13 ff.
- BZgA (2015): <http://www.bzga.de/infomaterialien/suchtvorbeugung/?idx=2632>; letzter Zugriff: 06.4.2016.
- Egger, D./Werse, B. (2015): Neue psychoaktive Substanzen als Kollateralschaden der Prohibition, in: Akzept/DAH/JES (Hrsg.): Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, Lengerich, 104-110.
- EuGH (2014): NStZ 2014, 461 (461 ff.).
- Europäische Kommission (2013a): Pressemitteilung 17.09.2013: Europäische Kommission ergreift entschiedene Maßnahmen gegen neue Suchtstoffe („Legal Highs“), Brüssel, online verfügbar unter: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-837_de.htm; letzter Zugriff: 08.03.2016.
- Europäische Kommission (2013b): Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über neue psychoaktive Substanzen, online verfügbar unter: http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/com_2013_619_de.pdf; letzter Zugriff: 09.03.2016.
- Europäische Kommission (2014): Pressemitteilung 10.03.2014: Neue psychoaktive Substanzen: Ausschuss des Europäischen Parlaments unterstützt Vorschläge der Kommission, online verfügbar unter: http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-173_de.htm; letzter Zugriff: 08.03.2016.
- EMCDDA (2010): Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines, Lissabon.
- EMCDDA (2015): Report on the risk assessment of 4,4 -DMAR in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, Lissabon.
- Jarass/Pieroth (2014): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Kommentar, München.
- Government of New Zealand (2013): Psychoactive Substances Bill. Government Bill 100-1, Wellington.
- Global Commission on Drug Policy (2011): Report 2011, Washington, D. C.
- Körner, H.H./Patzak, J./Volkmer, M. (2016): Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz (Beck'sche Kurz-Kommentare, Band 37), München.
- Neubert D. (2013): Möglichkeiten der Risikoabschätzung und der präventiven Gefährdungsminimierung, in: Marquardt/Schäfer/Barth (Hrsg.): Toxikologie, Stuttgart.
- Nutt D. J./King L. A. /Phillips L. D. (2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, Lancet.
- Office of the Associate Minister of Health (2013): Regulation of Psychoactive Substances. Cabinet Social Policy Committee, Wellington.
- OECD (2015): Guidelines for the Testing of Chemicals, Health Effects, online verfügbar unter: http://www.oecd-ilibrary.org/environment/oecd-guidelines-for-the-testing-of-chemicals-section-4-health-effects_20745788; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- OVG Bremen (2016): Urteil v. 29.1.2016 – 1 B 253/15 –, Rn. 17.
- Rössner, D./Voit, W. (2011): Gutachten zur Machbarkeit der Einführung einer Stoffgruppenregelung im Betäubungsmittelgesetz, online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Illegale_Drogen/Heroin_andere/Downloads/Endfassung_Gutach-

- ten_zur_Machbarkeit_der_Einfuehrung_einer_generischen_Klausel_im_BtMG.pdf, letzter Zugriff: 04.03.2016.
- Saß, H. (2009): Psychotrope Substanzen, in: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 4, 251-252.
- Schneiderei, M. (2000): Psychotrope Wirkungen von Paracetamol, Coffein und der Kombination aus beiden Substanzen: eine Humanstudie, Berlin.
- Schneider, C./ Zobel, F./Wilkins, C. (2014): Neuseeland und die Regulierung von Neuen Psychoaktiven Substanzen, in: Suchtmagazin 6, 41-45.
- Uhl, A. (2005): Präventionsansätze und –theorien, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 28, 39-45.
- Umweltbundesamt (2013): Das neue Einstufungs- und Kennzeichnungssystem für Chemikalien nach GHS, Dessau-Roßlau.
- Umweltbundesamt (2015): <http://www.umweltbundesamt.de/themen/chemikalien/chemikalien-reach/stoffgruppen>, letzter Zugriff: 04.03.2016.
- Weber K. (2013): Betäubungsmittelgesetz: BtMG, München.
- Werse, B. & Morgenstern, C. (2012): How to handle legal highs? Findings from a German online survey and considerations on drug policy issues, in: Drugs and Alcohol Today 4, 222-231.

1.3 | Zum Sinn und Unsinn von Repräsentativbefragungen als Grundlage für Drogenpolitik

Bernd Werse

Zusammenfassung

Seit vielen Jahren gelten die Befragungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Substanzkonsum junger Deutscher als eine der zentralen Datenquellen für die Drogenpolitik. Vergleicht man diese Befragung indes mit anderen Repräsentativerhebungen, so wird deutlich, dass in der BZgA-Befragung aufgrund der Erhebungsform vor allem aktueller Cannabiskonsum massiv unterschätzt wird. Klassengestützte Schüler_innenbefragungen kommen der Realität hingegen weitaus näher. Daher wäre es wünschenswert, wenn – wie im Rest Europas – auch in Deutschland derartige bundesweite Befragungen durchgeführt würden.

Als im vergangenen Jahr die 2014er Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erschien (Orth/Töppich 2015a), war die Aufregung groß: die Verbreitung der illegalen Droge war in den letzten Jahren wieder angestiegen. Die Bundesdrogenbeauftragte Marlene Mortler nutzte diese Meldung sogleich, um die drogenpolitische Reformbewegung und ihre Forderung nach legaler Regulierung für den Anstieg verantwortlich zu machen: „Offenbar wirkt sich die Gesundheitsgefahren verharmlosende Argumentation der Befürworter einer Legalisierung von Cannabis bereits negativ aus“ (Bundesdrogenbeauftragte 2015).

Auf diese Behauptung werde ich im abschließenden Teil dieses Artikels zurückkommen. Zunächst soll es indes um folgende Fragen gehen: Wie belastbar sind die Daten der zitierten Studie überhaupt? Inwiefern bilden Repräsentativbefragungen in diesem Themengebiet überhaupt die soziale Realität ab? Und welche Faktoren können Anstiege und Rückgänge der Verbreitung bestimmter psychoaktiver Substanzen beeinflussen? Diese Fragen werden im Folgenden am Beispiel von Cannabis diskutiert.

Die BZgA-„Drogenaffinitätsstudie“ und ihre Ergebnisse

Die sogenannte Drogenaffinitätsstudie („Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland“) wird bereits seit 1973 unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt. Sie soll „aussagekräftige Daten zu Einstellungen und Verbreitung des Gebrauchs von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen der jungen Menschen in Deutschland“ (BZgA 2012: 16) liefern, die u. a. eine Grundlage für politische

Entscheidungen bilden sollen. Aus unbekannten Gründen hatte man sich zwischenzeitlich vom ursprünglichen Namen verabschiedet; die beiden letzten Befragungen wurden unter dem Namen „Alkoholsurvey“ geführt, obwohl sich die Fragen neben Alkohol auch auf Cannabis, Tabak und E-Zigaretten/-Shishas beziehen und auch drei verschiedene Berichte zu den drei Drogenarten erschienen (Orth/Töppich 2015 a, b und c; siehe auch BZgA 2014). In der jüngsten Befragung aus dem Jahr 2015 war dann wieder von „Drogenaffinitätsstudie“ die Rede (Orth 2016).

Zwischen 2012 und 2014 war der Anteil derer, die Cannabis probiert haben (Lebenszeit-Prävalenz), bei den 12- bis 17-Jährigen von 7,8% auf 8,9% angestiegen, bei den 18- bis 25-Jährigen von 34,8% auf 36%; hier ist also jeweils ein eher moderater Anstieg erkennbar. Aktueller Konsum (30-Tages-Prävalenz) ist bei jungen Erwachsenen von 6,4% auf 7,4% gestiegen, bei den Jugendlichen von 2% auf 3%. Dabei haben sich überwiegend Tendenzen aus den Vorjahren fortgesetzt, sodass tatsächlich von einem Trend zu höherem Cannabiskonsum gesprochen werden kann, der allerdings bereits etwa seit dem Jahr 2011 begonnen hat. Zudem ist hervorzuheben, dass sämtliche hier genannten Werte in früheren Jahren schon teils deutlich höher lagen als 2014 (Lebenszeit-Prävalenz, jeweils im Jahr 2004: 12-17-J.: 15,1%, 18-25-J.: 43%; 30-Tages-Prävalenz bzw. „gegenwärtiger Konsum“¹: 12-17-J.: 6% im Jahr 1997; 18-25-J.: jeweils 10% in den Jahren 1982, 1993 und 1997). Zudem war in den Jahren 2008 bis 2010 eine Art ‚Tiefpunkt‘ im Hinblick auf den aktuellen Cannabiskonsum erreicht (dies gilt nicht für die Lebenszeit-Prävalenz, die seit Ende der 1990er Jahre durchweg klar oberhalb der zuvor gemessenen Werte liegt). Die aktuellen Zahlen nähern sich also ‚vorsichtig‘ den bisherigen Höchstwerten an. Auch beim „regelmäßigen Konsum“ (mindestens zehn Mal in den letzten 12 Monaten) ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten: nach einem Tief im Jahr 2010 ist dieser auf 2,2% (12-17-J.) bzw. 5,1% (18-25-J.) im Jahr 2014 angestiegen. Im April 2016 erschien dann die neueste Studie mit Daten von 2015; sämtliche Kennzahlen sind jeweils in beiden Altersgruppen wieder zurückgegangen (Lebenszeit, 12-17-J.: 8,8%, 18-25-J.: 35,5%; 30 Tage, 12-17-J.: 2,2%, 18-25-J.: 6,3%, „regelmäßiger Konsum“, 12-17-J.: 0,8%, 18-25-J.: 3,8%; Orth 2016).

Es gilt also festzuhalten, dass laut dieser Daten tatsächlich in jüngerer Zeit ein Anstieg der Cannabis-Konsumraten festzustellen ist, der aber bereits rund vier Jahre zuvor, nach einem Tiefpunkt der Verbreitung, begonnen hat; die bisherigen Spitzenwerte werden dabei aber nicht erreicht. Aktuell sind diese Anteile bereits wieder zurückgegangen.

Zwar ist es ein bekanntes Phänomen, dass die Verbreitung von Drogen aus der Sicht vermeintlichen Alltagswissens überschätzt wird,² aber dennoch kommen bei näherer Betrachtung der oben genannten Zahlen Zweifel auf: Nur jede_r sechzehnte junge Erwachsene und jede_r fünfundvierzigste Jugendliche soll im zurückliegenden Monat gekifft haben? Und noch geringere Anteile sollen dies im letzten Jahr regelmäßig getan haben? Diese verdächtig niedrigen Zahlen sind mit großer Wahrscheinlichkeit auf die

¹ Bis 2004 wurde nicht nach der 30-Tages-Prävalenz, sondern nach einem nicht näher definierten „gegenwärtigen Konsum“ gefragt, weshalb die Zahlen aus früheren Jahren nur sehr bedingt vergleichbar sind.

² Ein Phänomen, das unter dem Titel „Social Norms-Ansatz“ seit geraumer Zeit auch für Präventionsstrategien verwendet wird (Perkins 2003).

Erhebungsmethode der BZgA-Studie zurückzuführen: Die Daten basieren nämlich ausschließlich auf einer *telefonischen* Befragung. Im Klartext: ein_e Interviewer_in meldet sich per Festnetz oder Handy bei einem jungen Menschen (der bzw. die in dieser Altersgruppe noch größtenteils bei den Eltern wohnt) und fragt z. B., ob diese_r in den letzten 30 Tagen gekifft hat. Es braucht nicht viel Fantasie dazu, sich vorzustellen, dass nicht wenige hier die Unwahrheit sagen – oder erst gar nicht antworten. So betrug die Ausschöpfungsquote in der jüngsten Befragung bei der Festnetz-Teilstichprobe 48,7%, bei der Mobiltelefon-Teilstichprobe (die 2014 zum ersten Mal in die Erhebung mit aufgenommen wurde) lediglich 32% (Orth 2016). Relativierend muss erwähnt werden, dass Befragungen, die sich an derartige Repräsentativstichproben wenden, meistens allenfalls knapp die 50%-Schwelle überschreiten, unabhängig von der Erhebungsform. So lag z. B. die „Nettoausschöpfungsquote“ beim jüngsten, schriftlich durchgeführten „Epidemiologischen Suchtsurvey“ für die erwachsene deutsche Wohnbevölkerung bei 53,6% (Kraus et al. 2013). Die geringe Ausschöpfungsquote ist hier indes vermutlich nicht der entscheidende Punkt, sondern die Botschaft, die von der telefonischen Erhebungsmethode ausgeht. Dass dies nicht nur eine haltlose Vermutung ist, zeigt der Vergleich der BZgA-Erhebungen mit anderen Studien.

Andere Repräsentativbefragungen im Vergleich mit den BZgA-Daten

Im Folgenden werden zunächst die BZgA-Befragungen mit der oben genannten, ebenfalls seit längerer Zeit durchgeführten Erwachsenen-Repräsentativbefragung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen („Epidemiologischer Suchtsurvey“ bzw. ESA; aktuell: Kraus et al. 2013) verglichen. Gut vergleichen lassen sich dabei die Prävalenzraten für junge Erwachsene; zwar sind die entsprechenden Altersgruppen nicht ganz deckungsgleich, aber zumindest sehr ähnlich (Abb. 1). Leider liegen entsprechende Vergleichsdaten für die drei wichtigsten Prävalenzraten nur aus den Jahren 2009/2010 vor.

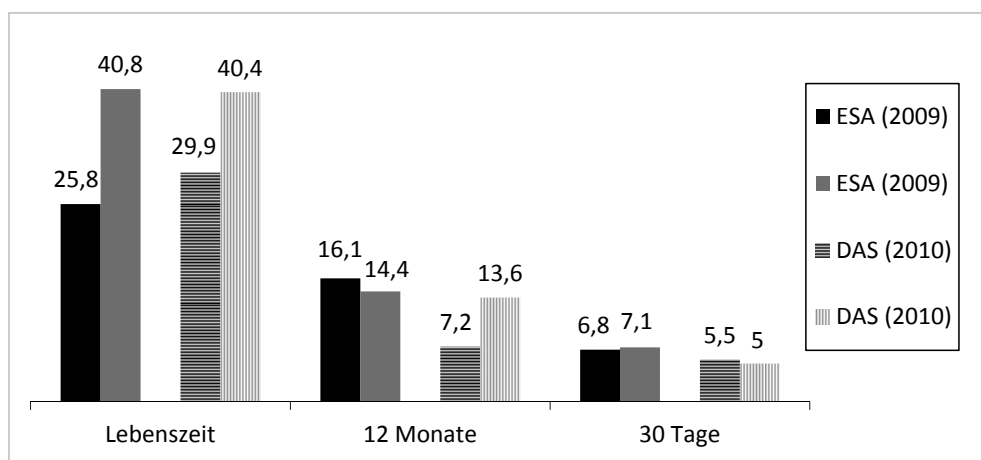


Abbildung 1: Junge Erwachsene 2009/2010: Vergleich zwischen dem „Epidemiologischen Suchtsurvey“ (ESA) und der BZgA-„Drogenaffinitätsstudie“ (DAS)

Betrachtet man dabei die Lebenszeit-Prävalenz, so sind bei den Älteren (21-24- bzw. 22-25-Jährige) mit jeweils rund 40% nahezu identische Werte zu beobachten, während der Anteil bei den Jüngeren (18-20 bzw. 18-21) in der BZgA-Studie (DAS) sogar noch etwas höher liegt. Beim „gegenwärtigen Konsum“ (letzte 12 Monate) liegen die Werte der DAS insbesondere bei den Jüngeren deutlich niedriger als beim ESA und auch im Hinblick auf die 30-Tages-Prävalenz sind höhere Werte bei der ESA-Befragung zu beobachten.

Zu beachten ist indes die Ausschöpfungsquote beim ESA (siehe 1) sowie der Umstand, dass es sich ebenfalls um eine Befragung handelt, bei der per Zufallsauswahl Haushalte in der Allgemeinbevölkerung angeschrieben werden; das Ausfüllen und Zurückschicken wird den Befragten selbst überlassen. Weitaus höhere Ausschöpfungsquoten, bei gleichzeitig besseren Möglichkeiten, die Anonymität der Erhebung zu verdeutlichen, haben klassengestützt durchgeführte Schüler_innenbefragungen. Eine solche ist die europäische ESPAD-Befragung (Kraus et al. 2011), die leider in Deutschland stets nur in einigen Bundesländern durchgeführt wurde, zuletzt nur noch in einem einzigen (Bayern; noch nicht veröffentlicht). Zwar gab es bei der letzten Erhebung mit mehreren Bundesländern 2011 ein deutliches Übergewicht ostdeutscher Länder (siehe Abb. 2), doch frühere Erhebungen haben gezeigt, dass diese sich durchschnittlich in der Cannabisprävalenz nicht nennenswert von westdeutschen unterscheiden (Kraus et al. 2008). Wichtiger ist hingegen, dass zusätzlich zu den überwiegend ländlich geprägten Bundesländern mit Berlin auch ein Stadtstaat vertreten ist, da Cannabis nach wie vor in Großstädten deutlich stärker verbreitet ist (ebd.; Werse et al. 2008). Es kann somit mehr oder weniger von einer auch für das gesamte Bundesgebiet repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden. Die Ausschöpfungsquote in den befragten Klassen liegt mit 70,3% bedeutend höher als in den oben genannten Erhebungen. ESPAD beschränkt sich auf 15- bis 16-jährige Schüler_innen. Auch hier gibt es keine exakt vergleichbaren Daten aus der DAS, aber die etwas weiter gefasste Stichprobe der 14- bis 17-Jährigen aus demselben Jahr 2011 dürfte sich nur geringfügig unterscheiden.³

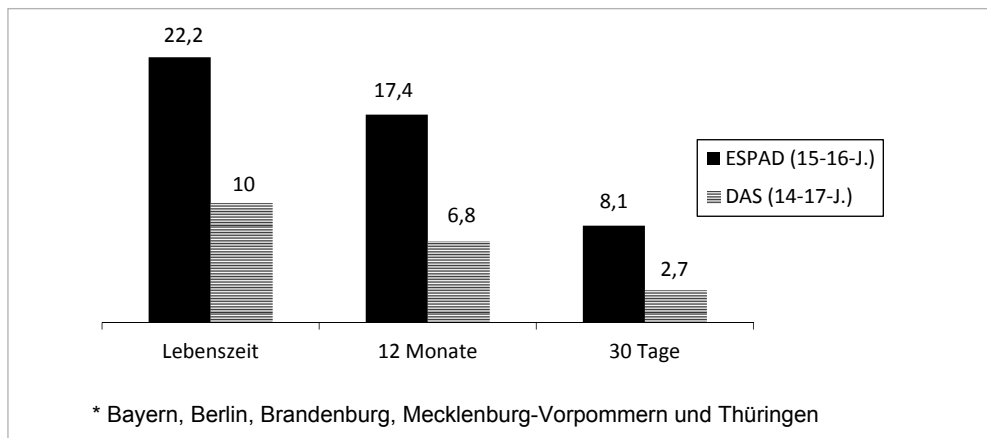


Abbildung 2: Jugendliche 2011: Vergleich zwischen ESPAD-Schülerbefragung (5 Bundesländer)* & BZgA-Befragung (DAS)

Wie Abb. 2 zeigt, unterscheiden sich die in den beiden Studien ermittelten Prävalenzraten erheblich voneinander: Die Lebenszeiterfahrung mit Cannabis ist in der ESPAD-Stichprobe mit 22,2% mehr als doppelt so hoch wie in der DAS. Noch etwas deutlicher fallen die Unterschiede beim aktuellen Konsum in den letzten 12 Monaten bzw. den letzten 30 Tagen aus. Im Fall der 30-Tages-Prävalenz zeigt sich mit 8,1% in der ESPAD-Befragung sogar ein mehr als 2 ½-mal so hoher Wert wie in der DAS.

Die angeführten Zahlen beziehen sich auf eher jüngere Jugendliche sowie auf das Jahr 2011. Die in Abschnitt 1 genannten Zahlen aus der DAS deuten auf eine höhere Verbreitung unter älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen hin. Dies wird z. B. in der Schüler_innenbefragung der lokalen Drogen-Monitoring-Studie MoSyD in Frankfurt in der Tendenz bestätigt: so hatten zuletzt (2014) 32% der 15- und 16-Jährigen, 47% der 17- und 18-Jährigen und 62% der über 18-Jährigen (Durchschnittsalter: 21,6) Erfahrungen mit Cannabis. 20% der 15-16-Jährigen, 21% der 17-18-Jährigen und 25% der Älteren hatten im letzten Monat konsumiert (Werse et al. 2015). Bei diesen Zahlen zeigt sich, dass im Unterschied zu den BZgA-Studien die Differenzen zwischen jüngeren und älteren Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen beim aktuellen Konsum (30 Tage) nicht besonders ausgeprägt sind. Dies bestätigt sich auch in den meisten anderen MoSyD-Erhebungen. Es ist zu vermuten, dass diese Abweichungen ebenfalls auf die telefonische Erhebungsmethode zurückzuführen sein könnten: da jüngere Jugendliche gemeinhin noch wesentlich stärker unter Elternaufsicht stehen als ältere bzw. junge Erwachsene, könnte es sein, dass die im Auftrag der BZgA angerufenen Jüngeren insbesondere aktuellen Cannabiskonsum noch in weitaus geringerem Maße zugeben als ältere Befragte. Demnach könnten gerade die Konsumraten für Jugendliche in besonderem Maße unterschätzt sein.

In jedem Fall kann man davon ausgehen, dass trotz der Beschränkung auf einige Bundesländer die in der ESPAD-Befragung erhobenen Daten der Realität deutlich näher kommen dürften als die in den BZgA-Befragungen. Unternehmen wir ungeachtet der mehrfach möglichen Stör- bzw. Verzerrungsfaktoren das Experiment, die ESPAD-Zahlen von 2011 mittels der Steigerungsraten der BZgA-Studien (die zumindest in der Tendenz für diesen Zeitraum auch in den o. g. MoSyD-Erhebungen bestätigt werden) auf das Jahr 2014 hochzurechnen, so müsste die 30-Tages-Prävalenz bei 15- bis 16-Jährigen im Jahr 2014 bei 12,1% liegen anstatt bei 4,4% wie von der BZgA für 14-17-Jährige berechnet.⁴ Bei allen Fehlerquellen, die dieser Berechnung zugrunde liegen, ist mithin von einer massiven Unterschätzung des aktuellen Cannabiskonsums bei den BZgA-Erhebungen auszugehen.

Soziale Erwünschtheit

Zusätzlich zu den generellen Einflussfaktoren der spezifischen Erhebungsmethoden sozialwissenschaftlicher Erhebungen zum Drogenkonsum stellt sich die Frage der

³ Zwar konsumieren 14-Jährige durchschnittlich deutlich seltener Cannabis als Ältere; dies dürfte aber durch die Hinzunahme der i. d. R. häufiger konsumierenden 17-Jährigen ungefähr ausgeglichen werden (vgl. Werse et al. 2015; Baumgärtner/Kestler 2013).

⁴ Für das Jahr 2015 kann eine solche Hochrechnung nicht vorgenommen werden, da die BZgA keine gesonderten Daten für 14- bis 17-Jährige veröffentlicht hat.

sozialen Erwünschtheit, also Antworten, die auf Basis von Konformitätsvorstellungen ‚gefärbt‘ bzw. verzerrt werden. Dieses zentrale Problem der empirischen Sozialforschung (Schnell et al. 1992; im Hinblick auf Drogenkonsum: Reuband 1988) stellt sich insbesondere bei Befragungen, bei denen der/die Befragte unmittelbaren (mündlichen) Kontakt zu dem/der Interviewer_in hat, bei den o. g. Repräsentativbefragungen also wiederum bei der BZgA-Studie. Was die jüngsten Veränderungen bei der Cannabis-Prävalenz betrifft, stellt sich allerdings noch eine andere Frage: Könnte der zeitweise ansteigende Trend zum Teil womöglich tatsächlich etwas mit der zunehmenden öffentlichen Diskussion um mögliche Liberalisierungen zu tun haben, aber anders als z. B. von der Bundesdrogenbeauftragten erwartet? Sprich: Die gewachsene Zustimmung in Medien und (Fach-)Öffentlichkeit zu einem straflosen Umgang mit Cannabis könnte die Bereitschaft erhöht haben, einen (insbesondere aktuellen) Cannabiskonsum bei der Befragung *zuzugeben*. Zwar ist ‚Kiffen‘ nach wie vor nicht als ein allgemein ‚sozial erwünschtes‘ Verhalten zu bezeichnen, wird aber wohl zumindest nicht mehr in dem Maße als unerwünscht wahrgenommen wie noch vor einigen Jahren.

Diskussion

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass *die* zentrale Datenquelle zur Verbreitung illegaler Drogen unter jungen Menschen in Deutschland vermutlich nicht annähernd die soziale Realität wiederzugeben vermag: Es gibt Hinweise darauf, dass gerade der aktuelle Cannabiskonsum unter Jugendlichen fast dreimal so hoch sein dürfte wie dort ermittelt. Zudem ist es denkbar, dass dort beobachtete Trends im Konsumverhalten zumindest teilweise schlichtweg auf ein sich veränderndes Maß an Bereitschaft zurückzuführen sein könnten, einen Konsum zuzugeben. An dieser Stelle sei angemerkt, dass die BZgA-Befragungen für die weniger tabuisierten, da nicht strafrechtlich bewehrten legalen Drogen vermutlich eine halbwegs realistische Einschätzung bieten. Die „Drogenaffinität“ junger Menschen in Deutschland wird hingegen allenfalls sehr unzureichend dokumentiert.

Die Beobachtungen sind deshalb von drogenpolitischer Relevanz, weil die BZgA-Befragungen regelmäßig in unterschiedlicher Zielrichtung für die entsprechende Diskussion herangezogen werden: Einerseits werden die sehr niedrigen Raten für regelmäßigen Cannabiskonsum unter jungen Menschen als Beleg „gegen die Einschätzung von Cannabiskonsum als Alltagsdroge“ (DGPPN 2015: 3) und letztlich als Argument, dass die Prohibition weitgehend funktioniere, verwendet. Diese Einschätzung ist indes kaum haltbar, wenn man davon ausgehen muss, dass anstatt rund 2-3% vermutlich rund jede_r zehnte deutsche Jugendliche aktuell bzw. regelmäßig konsumiert, ganz zu schweigen von den jungen Erwachsenen.⁵

Zum anderen werden die letztlich *leichten* Anstiege der Cannabisprävalenz, die zum Teil auf eine veränderte Antwortbereitschaft zurückgehen könnten, von der offiziellen

⁵ Darauf, dass Cannabis in Großstädten mittlerweile auch in Relation zu den legalen Drogen als „Alltagsdroge“ verstanden werden kann, deuten die Resultate der jüngsten lokalen Frankfurter Schülerbefragung hin: hier geben mittlerweile 9% der 15- bis 18-Jährigen an, im letzten Monat mindestens zehnmal Cannabis konsumiert zu haben, während nur 7% mindestens zehnmal Alkohol getrunken haben (Werse et al. 2015).

Vertreterin der deutschen Drogenpolitik mittels der empirisch unhaltbaren Behauptung, die Legalisierungsbefürworter_innen seien daran schuld, ideologisch ausgeschlachtet. Die Befürworter_innen des drogenpolitischen Status Quo berufen sich zur Rechtfertigung ihrer Position also gleichzeitig auf besonders niedrige und (vermeintlich) „hohe“, da ansteigende Zahlen. Besonders problematisch werden diese Interpretationen, wenn die qua Befragungsmodus niedrigen Zahlen aus Deutschland mit den naturgemäß weitaus höheren Raten aus der ESPAD-Schülerbefragung aus anderen Ländern verglichen werden, um zu belegen, wie vergleichsweise niedrig hierzulande angeblich die Verbreitung von Cannabis sei (Thomasius 2016). Zieht man andere verfügbare Zahlen zurate, so wird deutlich, dass Deutschland vielmehr in einem mittleren bis überdurchschnittlichen Bereich liegen dürfte.

Auch wenn sozialwissenschaftliche Studien ohnehin immer nur als mehr oder weniger gute *Annäherung* an die Realität zu begreifen sind, so ist es unverständlich, dass die Befragungsform, deren Resultate vermutlich am weitesten von der Realität entfernt sind, als hauptsächliche Datenquelle für die deutsche Drogenpolitik im Hinblick auf Jugendliche dient. Unverständlich ist außerdem, weshalb eine der Realität weitaus nähere Erhebung wie die ESPAD-Schülerbefragung im Unterschied zu nahezu allen anderen europäischen Ländern in Deutschland praktisch nicht (mehr) durchgeführt wird. Es wäre wünschenswert, wenn man sich hier an den Rest Europas anpassen könnte. Auch Deutschland braucht Daten, die eine realistische Einschätzung der Drogen-thematik und somit eine pragmatische Drogenpolitik ermöglichen.

Literatur

- Baumgärtner, T./Kestler, J. (2013): Die Verbreitung des Suchtmittelgebrauchs unter Jugendlichen in Hamburg 2004 bis 2012. Basisauswertung der SCHULBUS-Daten im jahresübergreifenden Vergleich – Kurzbericht, Hamburg.
- Bundesdrogenbeauftragte (2015): Pressemitteilung – Neue BZgA-Studie: Anstieg des Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, online verfügbar unter: <http://www.drogenbeauftragte.de/presse/pressemitteilungen/2015-03/neue-bzga-studie.html>; letzter Zugriff: 09.03.2016.
- BZgA (2012): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends, Köln.
- BZgA (2014). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2012. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Köln.
- DGPPN (2015): Positionspapier: Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums. Berlin.
- Kraus, L./Pabst, A./Piontek, D. (2011): Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, München.
- Kraus, L./Pabst, A./Steiner, S. (2008): Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2007 (ESPAD): Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen, München.
- Kraus, L./Piontek, D./Pabst, A./Gomes de Matos, E. (2013): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012, in: Sucht 59:6, 309-320.
- Orth, B. (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Köln.

- Orth, B./Töppich, J. (2015a): Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Köln.
- Orth, B./Töppich, J. (2015b): Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Köln.
- Orth, B./Töppich, J. (2015c): Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends, Köln.
- Perkins, H. W. (2003). The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians, San Francisco.
- Reuband, K.H. (1988): Soziale Erwünschtheit und unzureichende Erinnerung als Fehlerquelle im Interview : Möglichkeiten und Grenzen bei der Rekonstruktion von früherem Verhalten - das Beispiel Drogengebrauch, in: ZA-Information 23, 63-72.
- Schnell, R./Hill, P.B./Esser, E. (1992): Methoden der empirischen Sozialforschung, München & Wien.
- Thomasius, R. (2016): Stellungnahme des Einzelsachverständigen Prof. Dr. med. Rainer Thomasius zum Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG), BT-Drucksache 18/4204, Berlin.
- Werse, B./Kamphausen, G./Egger, D./Sarvari, L./Müller, D. (2015): MoSyD Jahresbericht 2014. Drogentrends in Frankfurt am Main. Frankfurt a. M.
- Werse, B./Müller, O./Bernard, C. (2008): Jahresbericht MoSyD 2007. Drogentrends in Frankfurt am Main, Frankfurt a. M.

1.4 | „Akzeptanz braucht Akzeptanz!“ – Plädoyer für eine soziokulturelle Sensibilisierung des Wandels in der Drogenpolitik

Arnd Hoffmann, Urs Köthner

Zusammenfassung

Der Krieg gegen die Drogen ist gescheitert und alternative Konzepte sind gefordert. Das Drogenverbot und die Forderung nach Abstinenz haben die reale Situation des Drogengebrauchs nicht qualitativ verbessert oder gar den Konsum verringert. Demgegenüber wird die drogenpolitische Arbeit im Sinne von Akzeptanz, Legalisierung und Entkriminalisierung immer stärker. Die zentrale Fragestellung in diesem Plädoyer lautet deshalb: Wie lässt sich kulturelle und gesellschaftliche Akzeptanz für das Akzeptanzparadigma in der Drogenpolitik erzeugen und verbreiten?

Zur gegenwärtigen Situation des Akzeptanzparadigmas für einen Wandel in der Drogenpolitik

Der Kampf um einen langfristigen und qualitativen Wandel, der die politischen und gesellschaftlichen Strukturen im Umgang mit Drogen betrifft, ist in vollem Gange. Vor dem Hintergrund einer gescheiterten nationalen Repressionspolitik und internationalen Kriegsstrategie ('War on Drugs'), die auf eine Illegalisierung von Drogen und Kriminalisierung von Drogenhandel und -konsum gesetzt haben, macht sich die Einsicht breit, dass die Drogenpolitik liberalisiert werden muss. Die Prohibitionspolitik hat die Verfügbarkeit von Drogen nicht eingeschränkt und produziert erhebliche Kollateralschäden und Kosten für Drogengebraucher_innen und die gesamte Gesellschaft. Die Gefahren, welche durch Drogen verursacht werden können, werden nicht reduziert, sondern durch diese Politik potenziert. Eine drogenfreie Gesellschaft hat es nie gegeben und wird es auch nicht geben. Die Akzeptanz dieser Gegebenheiten und die Verabschiedung vom Abstinenzparadigma eröffnen neue Perspektiven und Handlungsoptionen. Denn erst die Einsicht, dass die Legalisierung von Drogen eine vernünftige Regulierung von Drogenmärkten ermöglicht, wird eine effektive Prävention und einen wohl überlegten Verbraucher_innen- und Jugendschutz nach sich ziehen. Die Bemühungen der Akteure für einen Wandel in der Drogenpolitik sind vielfältig und entfalten in dieser Vielfalt rationale Strategien und vernünftige Argumente, um die gegenwärtige Situation im Umgang mit Drogen zu verbessern und den langfristigen Strukturwandel einzuleiten. An der Sinnhaftigkeit der akzeptierenden Drogenarbeit in der

BRD als auch des Engagements internationaler Player wie der Global Commission on Drug Policy kann es keinen Zweifel geben. Ihre Aktivitäten sind eine notwendige Voraussetzung für einen besseren Umgang mit Drogen in einer offenen Gesellschaft (akzept e.V. 2012; Gerlach/Stöver 2012).

So informiert z. B. der 2. Alternative Drogen- und Suchtbericht aus dem Jahr 2015 über die gegenwärtigen Wandlungsprozesse in der Drogenpolitik und stellt auf empirischer Basis die Alternativen für die Zukunft dar. Ebenso die Global Commission on Drug Policy, die sich für einen Wandel in der internationalen Drogenpolitik engagiert. Die Suchtmediziner_innen halten große Kongresse ab, um ihre notwendige Arbeit in ein besseres Licht zu rücken. Weitere Akteure arbeiten an einer sinnvollen, akzeptierenden Präventionspolitik und forcieren einen Wandel im Geist der Aufklärung durch Schriften, Bücher und Internetauftritte, die sich besonders (aber nicht nur) an Jugendliche richten. Es kommt also sowohl mit Blick auf die Praxis der Drogenarbeit als auch auf den öffentlichen Diskurs Bewegung auf (Böckem et al. 2015; Berger 2015; Weibel 2002).

Trotzdem bleibt die Situation ambivalent. In vielen Menschen haben sich Stereotype, Bilder und Ängste zementiert, die auch durch die vernünftigsten Argumente oder gar empirisch gestützte, wissenschaftliche Forschungsergebnisse nicht so einfach modifiziert werden können. In den Medien tobt weiterhin der Kampf der Bilder, die immer noch oft ideologisch verblendet mit der Ambivalenz von Faszination und Schrecken spielen und Drogen in einen ausschließlichen Zusammenhang von Krankheit, Elend und Tod bringen, ohne die Frage zu beantworten, warum dies so ist. Der Drogenreport des Stern vom Februar 2016 ist dafür ein gutes Beispiel: Er kommt aufklärerisch daher, bedient aber in seiner Bilderwelt nur die Szenarien von Bedrohung und Untergang. Politiker_innen und Personen des öffentlichen Lebens, wie z. B. Volker Beck, treten zurück, wenn ihr – wie auch immer gearteter – Drogenkonsum auffliegt. Es ist immer noch ein moralisches Verbrechen, Drogen zu nehmen, wobei bei legalen Drogen wie Alkohol natürlich immer noch eher ein Auge zugedrückt wird.

Die These „Akzeptanz braucht Akzeptanz!“ will dem notwendigen strukturellen Wandel in der Drogenpolitik zuspieren. Die gesellschaftliche bzw. kulturelle Aufmerksamkeit einerseits und der Wandel in der Drogenpolitik andererseits bilden eine Wechselbeziehung, die für einen langfristigen Wandlungsprozess wesentlich ist: Politischer Wandel ohne kulturelle Aufklärung bleibt leer, kulturelle Aufklärung ohne politischen Wandel ist blind. Deshalb überträgt dieses Plädoyer das Akzeptanzparadigma der Drogenarbeit auf den gesellschaftlichen Wandel in der Drogenpolitik selbst. Solch ein politischer Wandel kann nur nachhaltig und bewusst sein, wenn er auch gesellschaftlich und kulturell akzeptiert wird. Wandel kann nicht nur heißen: Wandel in den Köpfen von Spezialist_innen aus Sozialarbeit, Therapie, Politik und Recht, sondern auch Wandel in den Köpfen der Bürger_innen in einer offenen Gesellschaft, also Wandel dessen, worauf alle Aufklärung zielte und zielt. Wenn die Akzeptanz gegenüber Drogen und Drogenkonsum strukturell implementiert werden soll, dann muss dieser Strukturwandel kulturpolitisch begleitet werden – und dies nicht nur mit Texten, Schriften und Büchern, die dem Wandel des Diskurses in aufklärerischer Absicht zuspieren. Eine konstruktive Gegenöffentlichkeit braucht – so wie es die Open Society Foundation nennt – „Social Awareness Projects“, die für solch einen Wandel sensibilisieren und die ideologischen Bilder und Stereotype aufgreifen und zurechtrücken.

Denn: Es wird keinen politischen Wandel geben ohne gesellschaftliche und kulturelle Akzeptanz. Akzeptierende Drogenarbeit bzw. Drogenpolitik braucht eine akzeptierende kulturelle Öffentlichkeit, die versteht:

‘War is over!’

Akzeptierende Drogenpolitik und kulturelle Aufklärung

Es geht bei dem Gesagten nicht um Ausschlussverhältnisse: Die politische Arbeit ist gegenüber der kulturellen Sensibilisierung nicht zweitrangig; die medizinische, rechtliche und politische Aufklärung ist der kulturellen Auseinandersetzung mit dem Thema Drogen nicht nachgeordnet. Es geht vielmehr um Ergänzung und Zusammenarbeit im Sinne des gemeinsamen Ziels: eine vernünftige Drogenpolitik und einen vernünftigen gesellschaftlichen Umgang mit Drogen zu implementieren und den dazugehörigen Strukturwandel auf den Weg zu bringen. Es ist aber eine Sache, festzustellen, dass der ‘War on Drugs’ falsch war und gescheitert ist; etwas anderes ist es, diejenige Politik und dasjenige Bewusstsein gegenüber Drogen vorzubereiten, wenn es soweit ist, dass gesagt werden kann: ‘War is over’. Denn es wird auch in Zukunft keine eindeutigen Lösungen geben, sehr wohl aber fundamentale Verbesserungen und weniger Leid und Tote. Drogen bleiben ein lebensweltlich und kulturell zurückgebundenes Ambivalenzphänomen.

Auch die akzeptierende Drogenpolitik und Drogenarbeit kann nicht alleine auf ihre empirischen und kritisch-reflektierten Argumente zurückgreifen, sondern benötigt zusätzlich Projekte und Initiativen, die sie kulturpolitisch begleiten und die Komplexität ihrer Analysen und Ergebnisse reduzieren. Reduktion bedeutet dabei aber nicht Banalisierung der Thematik, sondern möchte ‘Erzähltauglichkeit’ generieren: Der Wandel in der Drogenpolitik muss erzähltauglich sein, wenn er akzeptiert werden soll. Diese Erzählung ist natürlich nicht die eine große Erzählung über Drogen und Drogenpolitik. Als eine vielstimmige Geschichte nimmt sie demgegenüber aber in Anspruch, das Spezial-Wissen der verschiedenen Aspekte der Drogenthematik in eine Erzählstruktur zu überführen, die kulturell verständlich bleibt. Neben Büchern, Internetauftritten und Filmen scheint eine moderne, kulturkritische, multimediale und interaktive Ausstellung zum Thema Drogen eine weitere interessante und ergänzende *Form* zu sein, um den Wandel in der Drogenpolitik zu begleiten und für ihn zu sensibilisieren.

Die Ausstellung „Aus dem Labyrinth“ als „Social Awareness Project“

Die gegenwärtige Situation im Ausstellungssektor ist überraschenderweise sehr dürftig. Natürlich gibt es verstreut Antiquarisches wie Hanfmuseen, historische Bierfabriken oder gar Geschichtsträchtiges zum Thema ‘Wein’.¹ Im deutschsprachigen Raum hat es jedoch seit den 1980er Jahren nur wenige Versuche gegeben, das Thema „Dro-

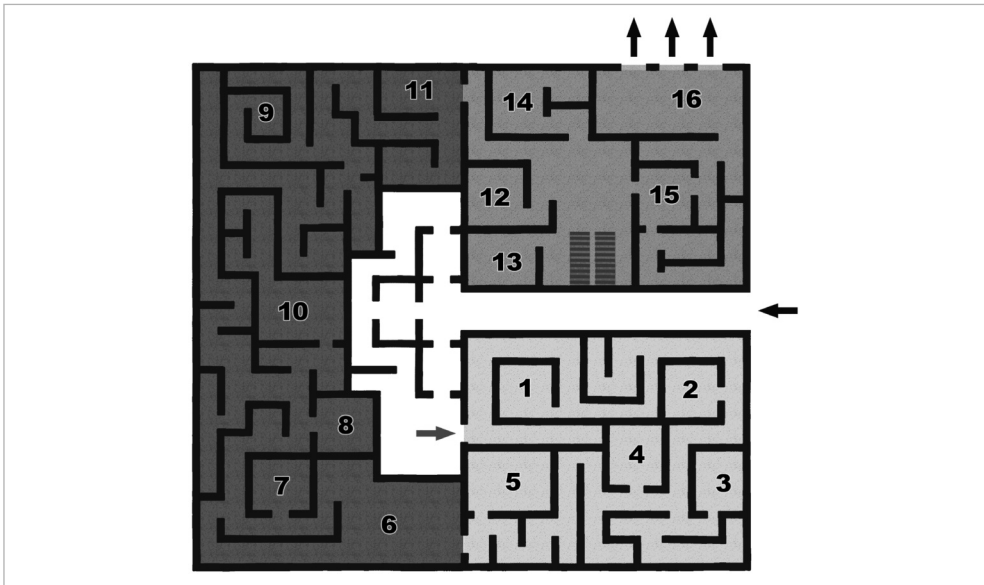
¹ Nicht eingegangen wird an dieser Stelle auf Kunst-Ausstellungen, die sich mit den Themen ‘Rausch und Drogen’ auseinandersetzen.

gen, Rausch, Sucht“ museal oder medial zu inszenieren: „Rausch und Realität“ (1981/82), „Sucht hat immer eine Geschichte“ (1991ff.) und „Drogenkultur - Kulturdrogen“ (2012ff.). Alle drei Ausstellungen waren oder sind als Wanderausstellungen angelegt und haben Pionierarbeit geleistet auf politisch oft ‘vermintem’ Terrain. An diesen Erfahrungen will sich auch das Ausstellungsprojekt „Aus dem Labyrinth“ orientieren und sich von ihnen inspirieren lassen, ohne dabei den eigenen inhaltlichen und besonders gestalterischen ‘approach’ zu vergessen. Drei Akzente einer solchen kulturkritischen Ausstellung seien deshalb an dieser Stelle markiert. Zunächst will das Ausstellungsprojekt „Aus dem Labyrinth“ die gegenwärtige Situation von Drogengebrauch und Drogenpolitik mit einem zeitlichen Index versehen, wobei sowohl der kulturhistorische Hintergrund Europas als auch die gegenwärtigen Kämpfe um die Zukunft die Darstellung des Themas strukturieren: Man versteht die Gegenwart mit ihren Problemen nicht, ohne sich die Vergangenheit (Erfahrungen) und die Zukunft (Erwartungen, Pläne) bewusst zu machen. „Aus dem Labyrinth“ will darüber hinaus die politischen und gesellschaftlichen Dimensionen von Drogen sichtbar machen und legt den inhaltlichen Akzent auf Fragen, deren Beantwortung das kollektive Miteinander (Praxis) der Gesellschaft betreffen (Gesetzgebung, Lebensbilder, Diskurse, Erziehung, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Produktion und Handel), um dann in diesem Kontext auch die individuelle Komponente komplexer zu beleuchten. Schließlich will „Aus dem Labyrinth“ *kulturkritisch* über gesellschaftspolitische und ökonomische Zusammenhänge informieren, bei der medialen Vermittlung der Themen jedoch weit über Stellwände und Vitrinen hinausgehen.

Die Besucher_innen werden z. B. durch Entscheidungsszenarien im Labyrinth sowie interaktive Raum-Installationen in die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten des Drogenthemas eingebunden. Der Form- und Darstellungsfrage soll eben ein gleiches Gewicht eingeräumt werden wie den vielfältigen Inhalten. Denn bei dem Plädoyer „Akzeptanz braucht Akzeptanz!“ geht es ja entscheidend auch um die *Form* der Vermittlung für soziale Sensibilisierung (social awareness) und kulturelle Aufklärung. Im Medienmix des Akzeptanzparadigmas spielen Texte und Bücher eine hervorragende Rolle für Aufklärung und Prävention. Das ‘Surplus’ einer Ausstellung liegt demgegenüber in den mehrdimensionalen Möglichkeiten eines spielerisch-experimentellen und künstlerisch-medialen Zugangs zu einer konstruktiven und kritischen Gegenöffentlichkeit, die sich einer akzeptierenden Drogenpolitik kulturell (symbolisch) zuwendet und diese im öffentlichen Raum unterstützt. Auf dem Ausstellungssektor gibt es von Seiten einer autoritär-regressiven Anti-Aufklärung (z.B. Scientology) bereits Versuche, das Thema ideologisch zu besetzen.² Auch deshalb ist das Projekt „Aus dem Labyrinth“ von zusätzlicher gesellschaftlicher Relevanz, insoweit man nämlich solcher Gegenaufklärung keinen unwidersprochenen Platz im öffentlichen Raum gewähren sollte.

² Vgl. folgende Quellen im Internet dazu: <http://www.presse-scientology-hamburg.de/2015/04/fakten-ueber-drogen-ausstellung-in-der-scientology-kirche-hamburg/> oder http://www.freedommag.org/german/fdm_a008/page01.htm. Des Weiteren allgemein zur Antidrogen-Propaganda von Scientology und angegliederten Subunternehmen: <http://de.drugfreeworld.org/home.html>; <http://www.sag-nein-zu-drogen.de/> und <http://www.scientology.de/how-we-help/truth-about-drugs.html> (letzter Zugriff: 06.04.2016).

Es würde im Rahmen dieses Artikels zu weit führen, das Ausstellungsprojekt „Aus dem Labyrinth“ in seiner komplexen inhaltlichen und formellen Konzeption ausführlich zu beschreiben. Hierfür bitten wir die interessierten Leser_innen sich auf unserer Webseite www.ausdemlabyrinth.com umzusehen und die entsprechenden Dokumente (Flyer, Konzept, Visualisierung und Spendenaufruf) herunterzuladen.³ Für einen ersten Eindruck soll aber an dieser Stelle der Raumplan des Labyrinths vorgestellt werden, wobei der hellgraue Bereich die Räume der Vergangenheit (1-5), der dunkelgraue Bereich die der Gegenwart (6-11) und der mittelgraue Bereich die Räume der Zukunft (12-16) markiert:



Raumplan von „Aus dem Labyrinth“

Durch einen Tunnelgang voller Bilder und Stereotypen zum Drogenthema (‘rauschen-der Tunnel’) kommen die Besucher_innen in die Mitte des Labyrinths. Nachdem sie dort in einem Entscheidungsszenario Fragen zu ihrer Meinung über Drogen beantwortet haben, beginnt der Weg durch die verschiedenen zeitlichen Dimensionen. Vom Zukunftsbereich aus kommt man auf das Dach des Tunnelgangs. Von dieser Terrasse aus bietet sich den Besuchern_innen ein Blick über das Labyrinth. Im Ausgangsbereich schließlich müssen sie noch einmal Fragen bezüglich ihrer Haltung gegenüber dem zukünftigen politischen bzw. gesellschaftlichen Umgang mit Drogen beantworten. Die Raumstruktur ist also an Entscheidungsszenarien im Eingangs- und Ausgangsbereich gekoppelt.⁴ Im Konkreten werden in den Räumen folgende Themen behandelt:

³ Wir freuen uns immer über Feedback, ideelle & finanzielle Unterstützung und geben auch gerne Rückmeldung bei Fragen. Melden Sie sich einfach!

⁴ Die ausführliche konzeptionelle Darstellung des Wegs durch das Labyrinth (Eingangs- und Ausgangsbereich) sowie der Funktion des „rauschenden Tunnels“ bzw. des Terrassenbereichs findet sich im Exposé zur Ausstellung auf: http://www.ausdemlabyrinth.com/#!projekt/component_74511.

Räume der Vergangenheit

1. *Kulturgeschichte des Drogengebrauchs in Europa 1800 bis Gegenwart*
2. *„Aus dem Labor“: Zur synthetischen Herstellung von Opiaten im 19. & 20. Jahrhundert*
3. *Ökonomie der Drogen: Produktion, Distribution und Verkauf von 1800-1945*
4. *„War On Drugs I“: Historische Szenarien der Prohibition (Opium / Alkohol)*
5. *Alkohol am Arbeitsplatz – eine andere Geschichte der Industrialisierung*

Räume der Gegenwart

6. *„Unter die Haut“ – Mediengeschichte der Drogen im 20. & 21. Jahrhundert*
7. *„War on Drugs II“: Globalisierung der Drogenproblematik seit 1945*
8. *Alternative Modelle der Drogenpolitik – neue internationale Entwicklungen*
9. *Drogen, Individuum und Biographie: Facetten einer intimen Beziehung*
10. *Räume gegenwärtiger Drogenhilfe: Drogenkonsumraum, niedrigschwelliges Drogen Café, Therapieeinrichtungen, Substitution*
11. *Sport und Drogen: Vom Niedergang einer Vorbildfunktion*

Räume der Zukunft

12. *Zukunft, die sich was traut – Horizonte europäischer Drogenpolitik*
13. *„Legal, illegal, scheißegal“: Zukunfts-Szenarien internationaler Drogengesetzgebung*
14. *Pharmaindustrie, Beruf und Drogen: Hin zu einem leistungsfähigeren Menschen?*
15. *Der Kampf um die Zukunft: Aufklärung über „Anti-Aufklärung“ (Scientology)*
16. *Akzeptanz versus Abstinenz: Leben mit oder ohne Drogen?*

Die Ausstellung könnte sicherlich als Wanderausstellung konzipiert werden. Die Grundidee des Konzepts betrachtet „Aus dem Labyrinth“ aber immer noch eher als den festen Kern eines zukünftigen europäischen Kulturzentrums für Drogen (mit Bibliothek, Mediathek, Vortragsreihen, Wanderausstellungen etc.). Die Implementierung solch eines Ortes, an dem der Wandel in der Drogenpolitik auch kulturell sinnfällig würde, wäre dann ein weiteres Zeichen dafür, dass die rationalen Potenziale akzeptierender Drogenarbeit verstanden und auch symbolisch umgesetzt werden.

Denn eins ist klar: Trotz aller Evidenz des Scheiterns des ‘War on Drugs’ wird der notwendige Wandel in der Drogenpolitik und in den Köpfen ein jahrzehntelanger gesellschaftlicher Reformprozess sein, der immer wieder erstritten werden muss gegen die ‘Anti-Aufklärer_innen’ (z.B. Scientology) und ‘Nutznießer_innen’ des Drogenverbots. Dementsprechend scheint uns eine konstante ‘Institution’ sinnvoll, welche Drogen als kulturelle Ambivalenzphänomene aufgreift, beschreibt und eine individuelle sowie gesamtgesellschaftliche Reflexion fördert.

Literatur

- akzept e.V. (Hrsg.) (2012): Nach dem Krieg gegen die Drogen: Modelle für einen regulierten Umgang, Frankfurt.
- Berger, Markus (2015): DEA – Drug Education Agency, online verfügbar unter: <http://markusberger.info/category/dea/>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Böckem Jörg / Jungaberle, Henrik/ Jork, Immanuel / Kluttig, Julia (2015): High Sein. Ein Aufklärungsbuch, Berlin.
- Gerlach, R. / Stöver, H. (Hrsg.) (2012): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten. Legalisierung von Drogen, Frankfurt.
- Weibel, Peter (2002): Lebenssehnsucht und Sucht, Berlin.

1.5 | Zu neueren Argumenten gegen die Legalisierung von Cannabis

Bernd Werse

Zusammenfassung

Diskutiert werden zwei Argumente gegen eine legale Regulierung von Cannabisprodukten, die in jüngerer Zeit aufgekommen sind. Diese betreffen den Fortbestand eines Schwarzmarktes und drastisch erhöhte Preise nach einer entsprechenden Gesetzesänderung. Angesichts der verfügbaren empirischen Anhaltspunkte gibt es keinen Hinweis darauf, dass diese beiden miteinander zusammenhängenden Vermutungen zutreffen könnten. Sie sind aber ein bemerkenswertes Phänomen innerhalb der in den vergangenen Jahren stark anschwellenden Diskussion über einen möglichen legalen Umgang mit Cannabis.

Anfang 2015 hat die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen erstmals einen ausgearbeiteten Antrag zur Ausgestaltung eines legalen Umgangs mit Cannabis in den Bundestag eingebracht. Dieses sogenannte Cannabiskontrollgesetz (CannKG) bzw. Cannabissteuergesetz (CannStG) enthält u. a. Regelungen zu Produktion, Verkauf, Steuern und Prävention (Özdemir 2015). Im März 2016 fand dazu eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages statt. Wie bereits in früheren Anhörungen, die sich mit möglichen Liberalisierungen in der Drogenpolitik beschäftigten, sprachen sich abgesehen von den zwei von der CDU nominierten Einzelsachverständigen alle geladenen Expert_innen für eine Liberalisierung der Drogengesetze aus. Dennoch wird der Gesetzentwurf angesichts der politischen Konstellation wohl keine Chance haben. Ich selbst war von der mitregierenden SPD als Sachverständiger geladen worden. In meiner Stellungnahme beschäftigte ich mich vorrangig mit Argumenten gegen einen legalen Umgang mit Cannabis. Zwei davon sind erst in jüngster Zeit angesichts der Legalisierungen in US-Bundesstaaten aufgekommen und kursieren offenbar vor allem in Strafverfolgungskreisen. Die folgenden zwei Abschnitte sind ein leicht modifizierter Auszug aus der oben genannten Stellungnahme.

Das Argument, Erfahrungen mit der Legalisierung hätten gezeigt, dass der Schwarzmarkt nicht verschwindet

Hier gibt es zunächst Erfahrungen aus den Niederlanden. Tatsächlich existiert ein illegaler Handel mit Cannabis außerhalb der sogenannten Coffeeshops. Dieser wird am ehesten in Gemeinden ohne Coffeeshop sowie Gegenden mit einer niedrigen Coffeeshopdichte genutzt (Korf et al. 2005), was absolut plausibel erscheint, da es natürlich bequemer ist, zu einem/einer „Hausdealer_in“ um die Ecke zu gehen als etliche Kilometer Fahrt in Kauf zu nehmen. Dafür ist zu einem wesentlichen Teil die niederländi-

sche Drogenpolitik der letzten Jahre verantwortlich, die dafür gesorgt hat, dass sich die Anzahl der Coffeeshops drastisch, von 1.200-1.400 Mitte der 1990er Jahre bis aktuell ca. 650, reduzierte (De Volkskrant 1996, Het Parool 2012). Zusätzlich ist anzumerken, dass Produktion und Großhandel mit Cannabis in den Niederlanden weiterhin illegal sind, sodass z. B. keinerlei Produktkontrolle in den Coffeeshops existiert. Von der Produktqualität und -sicherheit her gibt es also keinen prinzipiellen Unterschied zwischen illegalen Dealer_innen und geduldetem Coffeeshophandel. Nach Einführung eines CannKG hätten wir in Deutschland diesbezüglich eine komplett andere Situation. Zudem ist anzumerken, dass laut der oben genannten Studie dennoch die große Mehrheit der Konsumierenden in den Niederlanden ihr Cannabis aus Coffeeshops bezieht (über 70%). Um Schwarzmarkt zu verhindern, müsste also eine flächendeckende Versorgung bei guter Produktkontrolle (und nicht zu hohen Preisen; siehe Punkt 2) gewährleistet sein.

Auch aus Colorado, wo nicht nur der Verkauf kleiner Mengen, sondern auch die Produktion von Cannabis reguliert ist, gibt es Berichte über einen weiterhin bestehenden Schwarzmarkt: So schätzte ein Forscher auf Basis einer Marktstudie, die er für die *Marijuana Enforcement Division* des *Colorado Department of Revenue* anfertigte, dass lediglich 5,7% des in Colorado konsumierten Marihuana aus dem Schwarzmarkt stammen (Huffington Post 2014a). Angesichts dessen, dass auch im US-Bundesstaat nach wie vor keine flächendeckende Versorgung mit legalen Cannabis gewährleistet ist, ist dieser Anteil als äußerst gering zu betrachten. So liegt z. B. laut einer Studie der Wirtschaftsberatung KPMG der geschätzte Anteil der in Deutschland konsumierten illegal eingeführten Zigaretten mit 8,4% höher (Markenartikel 2015). Es zeigt sich also offenbar: wenn ein legal regulierter Verkauf mit kontrollierter Ware existiert, wird dieser in weit überwiegenden Maße auch von den Konsument_innen in Anspruch genommen.

Das Argument, dass bei legaler Regulierung die Preise (u. a. durch die erhobenen Steuern) stark ansteigen würden und somit wieder Anreize für den illegalen Markt entstünden

Diese seit einiger Zeit aufgekommene Behauptung, die sich auf den Markt in Colorado bezieht, ist zumindest mittel- und langfristig schlichtweg falsch, wie im Grunde bereits an den in Punkt 1 genannten niedrigen Anteilen für illegalen Handel erkennbar ist. Zwar stiegen die Preise *unmittelbar nach der Legalisierung* in Colorado 2014 auf durchschnittlich 65 \$ pro Achtelunze (ca. 3,5 g; vgl. Huffington Post 2014b); dies war aber offensichtlich üblichen Gesetzen von (damals noch relativ geringem) Angebot und zunächst hoher Nachfrage geschuldet. Dass die Nachfrage zu diesem Zeitpunkt so hoch war, kann leicht mit einem „Novelty-Effekt“ erklärt werden: Da es sich um den ersten legalen Marihuana-Verkauf in den USA seit über 70 Jahren handelte, wollten viele (vermutlich auch viele gelegentliche oder äußerst seltene Konsument_innen) diesen auch sofort ausprobieren. Innerhalb relativ kurzer Zeit fielen die Preise indes wieder auf 30-45 \$ (Think Progress 2015). Dies entspricht in etwa dem deutschen Preisniveau (zuletzt durchschnittlich 9,20 € pro Gramm Marihuana; siehe Pfeiffer-Gerschel et al. 2015). In niederländischen Coffeeshops sind im Übrigen ähnliche Preise zu beobachten (Niesink/Rigter 2015). Der Umstand, dass Produktion, Import und

Groß- bzw. Zwischenhandel in den Niederlanden nach wie vor komplett illegal sind, führt zwar dazu, dass keine auf die Cannabis-Verkaufseinheit bezogene Steuern entrichtet werden müssen. Dennoch müssen auch Coffeeshops Steuern zahlen und der im illegalen Handel übliche Risikoaufschlag gilt für die Niederlande wie für andere Länder, in denen der Cannabishandel komplett illegal ist.

Anzumerken ist im Hinblick auf die Cannabis-Preise weiterhin, dass bei einer legalen Regulierung nach dem Muster des CannKG bzw. CannStG insgesamt ein deutlicher Rückgang der Kosten für die Herstellung von Cannabis zu erwarten ist. Dies wäre u. a. dadurch möglich, dass die Pflanze auf größeren (natürlich sehr gut gesicherten) Außenflächen bzw. Gewächshäusern angebaut werden könnte. Somit könnte die in der Illegalität übliche, ökonomisch und ökologisch unsinnige Praxis des Cannabis-Innenanbaus mit künstlicher Beleuchtung zumindest deutlich zurückgefahren werden. Diese Problematik ist auch in Colorado und anderen US-Bundesstaaten noch nicht gelöst; auch dort wird überwiegend „indoor“ angebaut (ganz zu schweigen von den Niederlanden mit ihrer weiterhin illegalen Produktion). Die Erfahrungen im illegalen Anbau der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass auch in gemäßigten Breiten potente und vor allem ertragreiche Cannabissorten unter Sonnenlicht produziert werden können (überblicksartig: Decorte et al. 2011). Somit böte sich deutlich mehr Spielraum, durch variierende Steuern den Preis der legalen Cannabisprodukte zu beeinflussen und damit den Schwarzmarkt unattraktiv zu machen. Letzterer müsste nämlich weiterhin die Kosten des Indoor-Anbaus plus Risikoaufschlag tragen.

Fazit

Zwar liegen noch keine längerfristigen Erkenntnisse über die Auswirkungen eines vollständig legal regulierten Cannabismarktes vor, aber die bisherigen Erfahrungen deuten deutlich darauf hin, dass weder der Schwarzmarkt eine reelle Chance haben wird, den legalen Markt verdrängen zu können noch (damit zusammenhängend) dass die Preise massiv ansteigen. So wenig Substanz diese Argumente auch haben: Es ist ein interessantes Phänomen, dass diese Narrative von der angeblich nicht funktionierenden Legalisierung seit einiger Zeit in Kreisen konservativer Politiker_innen und Strafverfolger_innen kursieren. Bis vor wenigen Jahren wurde ein legaler Cannabisverkauf von diesen politischen Akteur_innen gar nicht erst diskutiert, da man die Idee ohnehin für abwegig hielt. Dass man sich in Prohibition befürwortenden Kreisen überhaupt derart mit dem Szenario der Legalisierung und deren Zielen beschäftigt, kann durchaus als „Rückzugsgefecht“ interpretiert werden, das sich nahtlos in den Wandel des drogenpolitischen Diskurses der letzten Jahre einfügt.

Literatur

- Decorte, T./Potter, G.R./Bouchard, M. (Hrsg.) (2011): *World Wide Weed. Global Trends in Cannabis Cultivation and its Control*, Farnham.
- Huffington Post (2014a): *Colorado's Marijuana Black Market Is More Complicated Than It Looks* (13.8.2014), online verfügbar unter: http://www.huffingtonpost.com/2014/08/13/colorado-marijuana-black-market_n_5669302.html; letzter Zugriff: 07.03.2016.

- Huffington Post (2014b): Here's How Much It Costs To Buy Weed In Colorado Now, (2.1.2014), online verfügbar unter: http://www.huffingtonpost.com/2014/01/02/marijuana-prices-colorado_n_4532463.html, letzter Zugriff: 7.3.2016.
- Korf, D.J./Wouters, M./Nabben, T./Ginkel, P. van (2005): Cannabis zonder coffeeshop. Niet-gedoopte cannabisverkoop in tien Nederlandse gemeenten, Amsterdam.
- Özdemir, C. (2015): Vernunft statt Ideologie – Das grüne Cannabiskontrollgesetz, in: Akzept/DAH/JES (Hg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, Lengerich, 153-157.
- Markenartikel (2015): Illegaler Zigarettenhandel in Deutschland auf hohem Niveau (23.06.2015), online verfügbar unter: http://www.markenartikel-magazin.de/no_cache/recht-politik/artikel/details/10011913-illegaler-zigarettenhandel-in-deutschland-auf-hohem-niveau/; letzter Zugriff: 7.3.2016.
- Niesink, R./Rigter, S. (2015): THC-concentraties in wiet, nederwiet en hasj in Nederlandse coffee-shops (2014-2015), Utrecht.
- Parool, Het (2012): Aantal coffeeshops loopt rap terug (11.10.2012), online verfügbar unter: <http://www.parool.nl/parool/nl/224/BINNENLAND/article/detail/3330351/2012/10/11/Aantal-coffeeshops-loopt-rap-terug.dhtml>; letzter Zugriff: 9.3.2016.
- Pfeiffer-Gerschel, T., Jakob, L., Dammer, E., Karachaliou, K., Budde, A. & Rummel, C. (2015): Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD – Workbook Drogenmärkte und Kriminalität, München.
- Think Progress (2015): Why Is Marijuana In Colorado Getting So Cheap? (23.6.2015), online verfügbar unter: <http://thinkprogress.org/economy/2015/06/23/3672717/colorado-marijuana-prices-down/>, letzter Zugriff: 8.3.2016.
- Volkskrant, De (1996): Sorgdrager wil hardere aanpak van koffieshops (20.12.1996), online verfügbar unter: <http://www.volkskrant.nl/voordeel/sorgdrager-wil-hardere-aanpak-van-koffieshops~a500466/>, letzter Zugriff: 9.3.2016.

1.6 | Kontrollierte Abgabe von Cannabis als wissenschaftlicher Modellversuch

Jens Kalke, Uwe Verthein

Zusammenfassung

Alle bisherigen politischen Initiativen und Anträge, einen Cannabismodellversuch nach § 3 (2) BtMG durchzuführen, wurden von der Genehmigungsbehörde (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) abgelehnt. Eine Konzeption, die auf die Zielsetzung eines risikoärmeren Cannabiskonsums fokussiert, wurde noch nicht verfolgt. Hierzu werden ein mögliches Vergabemodell und Ansätze eines Forschungsplans vorgestellt. Abschließend werden kurz die Realisierungschancen problematisiert.

Politische Initiativen

Es gab in den letzten drei Jahren verschiedene kommunal- und landespolitische Initiativen, einen Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabisprodukten an Erwachsene durchzuführen. In der Regel wurde und wird dabei auf die Ausnahmeregelung nach § 3 (2) Betäubungsmittelgesetz (BtMG) fokussiert, nach der das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Ausnahmen vom Verbot der Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) zulassen kann, wenn ein öffentliches und/oder wissenschaftliches Interesse vorhanden ist. Über diese Ausnahmeregelung konnte in Deutschland auch die Diamorphinbehandlung für Schwerstabhängige realisiert werden.

Das jüngste Beispiel für solch einen Antrag nach § 3 (2) BtMG ist die Initiative vom Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (Berlin). Am 26. Juni 2015 wurde ein entsprechender Antrag zum „regulierten Verkauf von Cannabis im Bezirk“ beim BfArM eingereicht (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg 2015). Dieser wird mit einem „öffentlichem Interesse“ begründet und ist stark mit ordnungspolitischen Zielsetzungen versehen; er zielt auf eine Reduzierung des Drogenhandels im öffentlichen Raum. Aber auch die Verbesserung des Gesundheits- und Jugendschutzes wird als Ziel genannt. Nach den Vorstellungen des Bezirks soll die kontrollierte Abgabe der Cannabisprodukte in vier Cannabisfachgeschäften stattfinden, die über einen Sachkundenachweis und ein fundiertes Präventionskonzept verfügen. Die Teilnehmer_innen sollen eine Teilnahmekarte mit Lichtbild (Mindestalter 18 Jahre) erhalten. Pro Monat und Person ist die Abgabe von bis zu 60 g Marihuana und/oder Haschisch vorgesehen; ihr Verkaufspreis soll leicht über dem Preis auf dem illegalen Markt liegen. Konzepte für die Beschaffung der Cannabisprodukte und die wissenschaftliche Begleitstudie beinhaltet der Antrag aus Berlin nicht; diese sollten erst nach Genehmigung des Modellversuchs ausgearbeitet werden. Der Antrag an das BfArM wurde am 30. September 2015 aus zahlreichen

prinzipiellen Gründen, aber auch wegen konkreter konzeptioneller Schwächen abgewiesen. Auch der darauf ergangene Widerspruch des Bezirksamts Friedrichshain-Kreuzberg wurde am 28. Januar 2016 vom BfArM abgelehnt, wobei die in der ersten Ablehnung aufgeführten Gründe bekräftigt wurden (siehe unten). Entgegen ursprünglicher Ankündigungen wird der Bezirk nicht den weiteren Rechtsweg beschreiten, was möglicherweise neue Erkenntnisse zur Realisierbarkeit eines Cannabismodellversuchs erbracht hätte.

Etwa zur gleichen Zeit – im 3. Quartal 2015 – fand in Hamburg im parlamentarischen Raum eine intensive Diskussion über die Möglichkeiten eines Cannabismodellversuchs statt. Im Koalitionsvertrag ist ein entsprechender Prüfungsauftrag formuliert. Nach einer Anhörung von Sachverständigen wurde im November 2015 ein solches Vorhaben vorerst ad acta gelegt, weil es aus der Sicht der Regierungsfractionen von SPD und GRÜNE aufgrund der derzeitigen Gesetzesauslegung und Bewilligungspraxis des zuständigen Bundesinstituts kaum zu realisieren sei (GRÜNE Bürgerschaftsfraktion Hamburg 2015).

Im Stadtstaat Bremen gibt es ebenfalls Bestrebungen für ein Pilotprojekt. Im rot-grünen Koalitionsvertrag heißt es: „Unter Beachtung eines strengen Jugendschutzes wollen wir Möglichkeiten ausloten für wissenschaftliche Modellversuche zur kontrollierten Abgabe und medizinischen Nutzung von Cannabis“ (SPD & BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2015). Am 26. Februar 2016 wurde in der Gesundheitsdeputation eine Sachverständigenanhörung zum Thema durchgeführt. Nach Auswertung der Ergebnisse der Anhörung kamen die Regierungsfractionen jedoch überein, vorerst keinen Antrag an das BfArM zu stellen, sondern stattdessen eine Bundesratsinitiative mit dem Ziel zu starten, derartige Modellversuche im BtMG rechtlich klarer abzusichern (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN & SPD 2016).

Gleichfalls wird in der Stadt Düsseldorf ein Antrag an das BfArM vorbereitet. Dieser soll von Anfang an eine wissenschaftliche Begleitung beinhalten, um eine potenzielle Schwachstelle des gescheiterten Vorhabens des Bezirks Friedrichshain-Kreuzberg zu beseitigen (RP ONLINE 2016). Für den Sommer 2016 ist zu dieser Thematik eine Fachkonferenz geplant.

Auch in der Stadt Frankfurt a. M. war eine Modellinitiative im Gespräch. Diese scheiterte jedoch an unüberbrückbaren Meinungsdivergenzen innerhalb der schwarz-grünen Stadtregierung. Bei einem Treffen in Frankfurt a. M. haben jedoch zehn große deutsche Städte vereinbart, beim Cannabisthema auf kommunaler Ebene eng zusammenzuarbeiten und sich über Regulationsmodelle abzustimmen (Heilig 2016). Von daher ist es nicht unwahrscheinlich, dass weitere, möglicherweise auch übergreifende kommunale Initiativen für die Durchführung eines Modellversuchs in Deutschland entstehen werden.

Ferner gab es in den Städten Münster und Duisburg kommunalpolitische Beschlüsse, die Realisierung eines Cannabismodellversuchs zu prüfen bzw. entsprechende Anträge beim BfArM einzureichen.

Ablehnungsgründe BfArM

Mit den folgenden zentralen Argumenten hat das BfArM den Antrag aus Friedrichshain-Kreuzberg zurückgewiesen (BfArM 2015):

- Die Abgabe von Cannabis zu Genusszwecken wäre mit dem erklärten Ziel des Gesetzes, den Missbrauch von Betäubungsmitteln sowie das Entstehen oder Erhalten einer Betäubungsmittelabhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, nicht vereinbar und angesichts der Risiken, die von Cannabis ausgehen, auch nicht verhältnismäßig.
- Mit einer legalen Abgabe von Cannabis aus kontrolliertem Anbau würde eine Signalwirkung entfaltet und eine Unbedenklichkeit suggeriert, die das Betäubungsmittel nicht habe.
- Das BtMG sehe die Erteilung einer „generellen/abstrakten Erlaubnis“ für einen Träger (hier: Bezirksamt Friedrichshain- Kreuzberg) nicht vor.
- Der Antrag stelle der Sache nach einen Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen dar. Denn nach den Ausführungen der Antragstellerin ist in den Abgabestellen auch der Konsum vorgesehen. Zuständig für die Erteilung einer solchen Erlaubnis sei die zuständige oberste Landesbehörde.
- Die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs sei nicht gewährleistet.
- Eine wissenschaftliche Ausrichtung des Projektes im Sinne eines Forschungsvorhabens würde in den Antragsunterlagen nicht näher beschrieben.

Diese Argumente hat das BfArM in dem vier Monate später erfolgten ablehnenden Widerspruchsbescheid erneut untermauert bzw. zudem bekräftigend ausgeführt (BfArM 2016):

- Die Erteilung einer generellen/abstrakten Grunderlaubnis wäre als „Regelung mit Konzentrationswirkung“ auch nicht sachgerecht, weil die Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis bei jeder/m Teilnehmer_in am Betäubungsmittelverkehr einzelfallbezogen zu prüfen sei.
- Die Annahmen zum potenziellen Erwerber_innenkreis seien rein spekulativer Natur, es lägen keine belastbaren Daten vor. Insofern seien die Vorteile von Cannabis aus kontrolliertem Anbau gegenüber dem Schwarzmarkt-Cannabis unbeachtlich.
- Der Gesundheitsschutz beim Konsum von Cannabis aus kontrolliertem Anbau greife nicht, weil auch Personen, die bislang nicht zu den Anwender_innen gehörten, Zugang zum Modellvorhaben ermöglicht würde.

Aus ähnlichen Gründen hatte das BfArM im Jahr 2014 eine Voranfrage der Stadt Duisburg zur möglichen Einrichtung eines modellhaften „Cannabis Social Clubs“ negativ beschieden. In dem Ablehnungsschreiben wird darauf hingewiesen, dass der geplante Modellversuch nicht dem BtMG-Zweck, Entstehen und Erhalten einer Abhängigkeit soweit als möglich auszuschließen, entspreche und dass die Sicherheit/Kontrolle des BtM-Verkehrs nicht gewährleistet sei. Ferner wird ausgeführt, dass Cannabis kein Genussmittel, sondern per definitionem ein Betäubungsmittel sei (BfArM 2014).

Schon 17 Jahre zuvor hatte das BfArM den Antrag „Cannabis in Apotheken“ aus Schleswig-Holstein (Raschke/Kalke 1997), der auf einem mehrheitlichen Beschluss der

Bundesländer beruhte, mit teilweise gleichen Argumenten abgelehnt. Zudem wurde damals kritisiert, dass das Projekt nicht die wissenschaftlichen Kriterien analog einer klinischen Arzneimittelprüfung erfüllen würde.

Anforderungen BtMG

Der aktuelle Kommentar des BtMG sieht strenge Vorgaben hinsichtlich der Durchführung eines Modellversuches nach § 3 (2) BtMG vor (Körner et al. 2012). Danach muss ein Modellvorhaben von sach- und fachkompetenten, wissenschaftlich erfahrenen Personen erarbeitet und durchgeführt werden. Obligatorisch ist ein Konzept für eine wissenschaftliche Begleitung vorzulegen. Die Versuchsanordnung muss eine Risikoabschätzung beinhalten, um unvermeidbare Gefährdungen zu vermeiden; das Vorhaben muss in diesem Sinne reversibel sein. Bei der abgebenden Stelle bzw. deren Personal muss eine besondere Sachkenntnis über Betäubungsmittel vorliegen. Es hat eine ständige Kontrolle der Teilnahmeberechtigung stattzufinden; die Verwendung der Betäubungsmittel ist zu kontrollieren. Auch eine sichere Aufbewahrung der BtM ist zu gewährleisten (u. a. Stahlschrank, Alarmanlage, Videoüberwachung).

Ob die Umsetzung eines Cannabis-Modellprojekts nach diesen eher restriktiven Auslegungen des § 3 (2) BtMG möglich ist, ist nicht allein Gegenstand juristischer Diskussionen, sondern fordert auch zu konkreten Überlegungen zu den Zielsetzungen und wissenschaftlichen Methoden eines solchen Projekts heraus. Dabei sind auch die bisherigen Ablehnungsgründe zu berücksichtigen (siehe oben). Dies soll im Folgenden mit einigen grundsätzlichen Ausführungen skizziert werden, wobei letztlich davon auszugehen ist, dass ein solcher Versuch bezogen auf die Definition des Teilnehmer_innenkreises und die Durchführungsbedingungen hochschwellig angelegt sein müsste, wenn überhaupt Aussicht auf Genehmigung bestehen soll.

Eckpfeiler eines Modellprojekts

Hintergrund und Zielsetzung

Zunächst müsste eine systematische Analyse empirischer Erkenntnisse über den Cannabiskonsum unter den Bedingungen des Strafrechts und des Schwarzmarkts erfolgen. Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass die Prohibition von Cannabis negative Wirkungen nach sich zieht, die zu den vermeintlich positiven (präventiven) Effekten des Verbots in keinem Verhältnis stehen: Auch wenn davon auszugehen ist, dass die meisten Konsumierenden in Deutschland Cannabisprodukte über Freunde oder Bekannte beziehen (ca. 70%), kaufen etwa 12% der Konsumierenden diese Substanzen direkt bei Dealer_innen zuhause oder auf der Straße (Werse 2010). Dabei besteht die potenzielle Gefahr, in Kontakt mit harten illegalen Drogen zu kommen. Ferner wird zunehmend von gesundheitsgefährdenden Streckmitteln und Verunreinigungen in Cannabisprodukten berichtet¹ und der THC-Gehalt bei Harz und Blüten steigt langsam, aber

¹ Siehe hierfür etwa die Homepage des Hanfverbands (www.hanfverband.de).

kontinuierlich (DBDD 2014), was von den Konsumierenden zunächst nicht erkannt werden kann.

Durch die Ungleichbehandlung mit Alkohol dürfte die Glaubwürdigkeit der suchtpräventiven Arbeit beeinträchtigt werden (Horn 2004; Franzkowiak/Schlömer 2003): Es wird vermutet, dass Präventionsfachkräfte die Thematisierung risikoarmer Muster des Cannabiskonsums vermeiden, da dies als Aufforderung zum Konsum gewertet werden könnte (DHS 2015). Schließlich deuten europaweite Analysen darauf hin, dass trotz eines hohen bzw. erhöhten Strafmaßes die Prävalenzen des Cannabiskonsums ansteigen können (EMCDDA 2011).

Diese Einzelbefunde und Hypothesen über die nicht-intendierten, kontraproduktiven Folgen des Cannabisverbots in Deutschland müssten systematisch zusammengestellt und hinreichend empirisch untermauert werden. Aus einer solchen Bestandsaufnahme würde sich dann die Zielsetzung eines Modellprojekts ableiten, die im Einklang mit dem Zweck des BtMG stünde: *ein risikoärmerer Cannabiskonsum*. Eine vorwiegend ordnungspolitische Fragestellung – z. B. Trennung der Drogenmärkte – dürfte nicht genehmigungsfähig sein. Die primären Kriterien, an denen sich der Erfolg eines entsprechend konzipierten Vorhabens überprüfen ließe, sollten sein: die Beendigung bzw. Reduktion illegalen Cannabiskonsums, die Reduktion legalen Cannabiskonsums im Verlauf des Modellprojekts (Konsumtage, Menge), der Umstieg auf Produkte mit geringerem THC-Gehalt, die Vermeidung/Reduktion des Gebrauchs anderer illegaler Drogen und des Kontakts zum kriminellen Milieu sowie der Übergang vom (in der Regel tabakhaltigen) Rauchen zum Dampfen. Als sekundäre Kriterien kämen infrage: Reduktion auffälliger/problematischer sozialer Verhaltensweisen (Schule, Arbeitsverhalten, etc.), Rückgang der Belastung des sozialen Umfelds sowie eine Verringerung von Aufwand und Kosten im Polizei- und Justizsystem.

Vergabemodell

Ausgehend von der Zielsetzung des Modellvorhabens käme den Konsum- und Abgaberegungen eine große Bedeutung zu: Abgabe nur an konsumerfahrene Erwachsene aus der Modellregion in speziell einzurichtenden Abgabe-/Verkaufsstellen, begrenzte Menge, moderater THC-Gehalt, Qualitätssicherung (Reinheit, THC-Gehalt), nur Cannabisblüten (Marihuana). Ferner müsste offensiv für die Konsumform des Dampfens (tabakfreier Konsum) geworben und eine ausreichende Anzahl von Dampfgeräten bereitgestellt werden. Die Einbindung von Präventionsfachstellen und Jugendschutzexperten_innen wäre unerlässlich; diese hätten ein fundiertes Konzept universeller, selektiver und indizierter Prävention zu entwickeln. Ferner müsste das Personal in den Abgabestellen intensiv geschult werden.

Als Abgabestellen kämen Fachstellen oder Coffeeshops infrage. Die Möglichkeit des Konsums vor Ort sollte geprüft werden, weil dadurch eine aktive Konsumerberatung möglich wäre und das Risiko einer unerlaubten Weitergabe an Dritte verringert werden könnte.

Die Preise für die abzugebenden Cannabisprodukte müssten etwas über Straßenverkaufspreis liegen, um einen Weiterverkauf möglichst unattraktiv zu machen. Ferner müssten strenge Sicherheitsanforderungen beachtet werden; beispielsweise die elektrische Sicherung der Aufbewahrung der Cannabisprodukte (Sicherung nach Ziffer 3 der

Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten). Und schließlich ist die Beschaffung der Cannabisprodukte zu klären (Import oder regional gesicherter Anbau), was im Rahmen einer Verfügung der sich neu konstituierenden Cannabisagentur beim BfArM geschehen sollte.

Forschungsplan

Ein Modellprojekt nach § 3 (2) BtMG muss die mit dem Gesetz verbundenen Vorschriften bezüglich Zielsetzung und Zielgruppe, Abgabe- und Konsumbedingungen sowie Personalanforderungen und Sicherheitsfragen soweit wie möglich berücksichtigen (s. o.). Die Durchführung der Forschungsaktivitäten erfolgt durch ein nicht an der Vergabe und den präventiven Aktivitäten beteiligtes externes wissenschaftliches Institut. In der konkreten Umsetzung könnte ein Forschungsplan etwa folgende Eckfeiler enthalten:

Vorgeschaltet wäre zunächst ein Screening bzw. eine Bestandsaufnahme zu Konsumgewohnheiten sowie Bedarf und Nutzungsabsichten der Zielgruppe. Für Letztere, und damit für die spätere Untersuchungsgruppe, müssen daraufhin Ein- und Ausschlusskriterien definiert werden (z. B. Mindestalter 18 Jahre, Wohnsitz, Cannabiskonsum innerhalb der letzten 12 Monate u. a.). Ferner muss eine Entscheidung über eine mögliche Kontrollgruppe getroffen werden, z. B. über Konsumierenden- und Umfeldbefragungen sowie Dokumentenanalysen außerhalb der Modellregion, was den Evidenzgrad der wissenschaftlichen Untersuchung erhöht.

Als Studiendauer bieten sich 24 Monate an (individueller Beobachtungszeitraum) mit zwei Studienphasen, wobei davon auszugehen ist, dass aufgrund konsekutiver Rekrutierung das gesamte Modellprojekt länger andauert. Als Erhebungszeitpunkte kämen nach einer ausführlichen Basis-Befragung weitere vier Termine nach 3, 6, 12 und 24 Monaten infrage, wobei die Möglichkeit der Nachrekrutierung (z. B. nach 3 oder 6 Monaten) berücksichtigt werden sollte.

Die Fallzahlaberschätzung muss sich an der Stärke der zu erwartenden Effekte beim primären Zielkriterium (sowie dem Auswertungsmodus) der Studie orientieren. Steht die Reduktion des illegalen Cannabiskonsums innerhalb der letzten 30 Tage nach 12 Monaten, gemessen an der Anzahl der Konsumtage im Vergleich zum Studienbeginn, als Primärkriterium im Mittelpunkt der Untersuchung (erste Studienphase), könnten mit einer geringen Fallzahl von unter 100 Teilnehmern_innen bereits Veränderungen mit großer Effektstärke als statistisch signifikant nachgewiesen werden. Definiert man das Zielkriterium kategorial, z. B. als vollständige Abstinenz von illegalem Cannabis und anderen illegalen Drogen (innerhalb eines bestimmten Zeitraums), kann der erwartete Prozentwert der Stichprobe mit einer Vergleichs-/Kontrollgruppe (oder mit historischen, aus der wissenschaftlichen Literatur hergeleiteten Werten) verglichen werden. Hierbei bedürfte es deutlich größerer Untersuchungsgruppen (200-300 Personen), wenn z. B. Häufigkeitsunterschiede von absolut ca. 10% bis 15% nachgewiesen werden sollen. Zudem muss definiert werden, welche Teilnehmer_innen in die Hauptanalyse einbezogen werden (alle anfänglich Beteiligten, also die *Intention-to-Treat*-Stichprobe, oder Personen, die über ein Jahr regulär teilgenommen haben, die so genannte Per-Protokoll-Stichprobe), was bedeutet, dass ggf. eine entsprechende Über-

rekrutierung erfolgen müsste. Sekundäre Zielkriterien mit längerfristiger Ausrichtung würden dann im zweiten Studienjahr untersucht.

Im Rahmen der oben genannten fünf Dokumentationszeitpunkte sollte insbesondere das Konsummuster detailliert erhoben werden, wozu sich die *Timeline-Followback-Methode* (TLFB, Sobell/Sobell 1992) anbietet. Dazu ist es zweckmäßig, dass die Studienteilnehmer_innen ein Konsumtagebuch führen. Ferner kämen standardisierte Fragebögen zur Gesundheit, zu psychischen Symptomen und zur Lebenssituation zum Einsatz. Parallel wird die Abgabedokumentation ausgewertet, um typische Konsum- bzw. Erwerbsmuster im Verlauf abbilden zu können. Vertiefende qualitative Interviews zum Umgang mit sowie den Vor- und Nachteilen der neuen Beschaffungssituation sollten mit einer Untergruppe nach 6 oder 12 Monaten geführt werden.

Eine Umfeldbefragung anhand standardisierter Interviews unter Anwohner_innen, Geschäftsleuten, Mitarbeiter_innen sozialer Einrichtungen u. a. (sowie ggf. in der Kontrollregion) sollte ebenfalls Bestandteil einer umfassenden Evaluation sein. Ferner sollte eine Auswertung regionaler polizeilicher und justizieller Registerdaten zu bzw. vor Beginn des Modellprojekts sowie über die gesamte Zeitspanne erfolgen. Diese können mit früheren Zeiträumen oder den Daten der Kontrollregion verglichen werden. Abschließend wäre eine Kosten-Nutzen-Analyse zu nennen, die das Modellprojekt begleitet und zudem eine gesundheitsökonomische Folgeabschätzung vornehmen würde.

Wie bei jedem innovativen Modellprojekt eines solchen Ausmaßes sind eine übergeordnete Steuerungsgruppe sowie ein wissenschaftlicher Beirat erforderlich, um den Studienverlauf zu kontrollieren und zu bewerten sowie mögliche unerwünschte Effekte rechtzeitig zu erfassen.

Perspektiven

Die Realisierungschancen des skizzierten Modellversuches können nur schwer eingeschätzt werden, da dies offensichtlich vor allem eine politische Frage ist. Weitere Anträge nach § 3 (2) sollten sich aber in jedem Fall an den bisherigen Kommentierungen und Auslegungen des BtMG orientieren und müssten dem Zweck des BtMG folgen (s. o.). Deshalb fokussiert der hier vorgelegte Rahmenvorschlag auf einen risikoarmen Cannabiskonsum. Auch ein solch inhaltlich ausgerichteter Antrag könnte (je nach Ausgestaltung) natürlich vom BfArM abgelehnt werden, möglicherweise wäre er aber auf juristischem Wege durchsetzbar.

Ferner wäre eine Öffnungsklausel im BtMG bzw. eine föderale Zuständigkeit wünschenswert, mit der Modellversuche zur kontrollierten Abgabe von Cannabis insgesamt leichter zu realisieren wären. Denn die Geschichte der Drogenpolitik in Deutschland zeigt, dass wichtige Reformen (z. B. Methadonsubstitution, Konsumräume) häufig über wissenschaftliche Modellprojekte auf föderaler und kommunaler Ebene zustande gekommen sind. Versuch macht eben klug.

Literatur

- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg (2015): Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) „Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg“ (26.06.2015), Berlin.
- BÜNDNIS/DIE GRÜNEN & SPD (2016): Spielräume nutzen für neue Wege in der Cannabispolitik. Antrag an die Bremische Bürgerschaft, Drucksache 19/340 (15.03.2016), Bremen
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2014): Schreiben an die Stadt Duisburg (06.05.2014), Bonn.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2015): Ablehnungsbescheid zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) „Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg“ (30.09.2015), Bonn.
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2016): Widerspruchsbescheid zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) „Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg“, Bescheid des BfArM vom 30.09.2015, Widerspruchsverfahren (28.01.2016), Bonn.
- DBDD – Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2014): Neue Entwicklungen und Trends Deutschland. Drogensituation 2013/2014, München.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2015): Cannabispolitik in Deutschland. Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen. Stellungnahme des Vorstandes der DHS, Hamm.
- EMCDDA – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2011): Stand der Drogenproblematik in Europa, Lissabon.
- Franzkowiak P./Schlömer H. (2003): Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland. Konzepte und Praxis, in: Suchttherapie 4, 175-182.
- GRÜNE Bürgerschaftsfraktion Hamburg (2015): Cannabis-Modellprojekt: Rechtliche Hürden derzeit zu hoch, Pressemitteilung (06.11.2015), Hamburg.
- Heilig, R. (2016): Cannabispolitik in Frankfurt am Main. Gesundheit statt Strafe, in: Alternative Kommunalpolitik 37: 1, 24-25.
- Horn W.R. (2004): Cannabis-Prävention in der pädiatrischen Praxis, in: Kinder- und Jugendarzt 35: 5, 343-353.
- Körner, H.H./Patzak, J./Volkmer, M. (2012): Betäubungsmittelgesetz: Arzneimittelgesetz - Grundstoffüberwachungsgesetz (Beck'sche Kurz-Kommentare, Band 37), München.
- Raschke P./Kalke J. (1997): Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroinprävention, Freiburg i. B.
- RP Online (2016): Diskussion um Cannabis-Freigabe, online verfügbar unter: <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/duesseldorf/legalisierung-von-cannabis-diskussion-um-die-freigabe-aid-1.5690799>; letzter Zugriff: 10.03.2016.
- Sobell, L.C./ Sobell, M.B. (1992): Timeline followback: A technique for assessing self-reported alcohol consumption, in: Litten, R.Z./ Allen, J. (Hrsg.): Measuring alcohol consumption. Psychosocial and biological methods. New Jersey, 41-72.
- SPD & BÜNDNIS/DIE GRÜNEN (2015): Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition für die 19. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2015 – 2019, Bremen.
- Werse B. (2010): Kleinhandel von Cannabis und anderen Drogen, in: SuchtMagazin 6, 39-44.

1.7 | Drogenkonsumräume ... und der rechtliche Rahmen

Kerstin Dettmer, Wolfgang Schneider

Zusammenfassung

Um in Deutschland Drogenkonsumräume betreiben zu können, muss das entsprechende Bundesland eine Rechtsverordnung erlassen. Die Rechtsverordnungen regeln die Rahmenbedingungen, die in den bisher vorliegenden Verordnungen teilweise fachlich fraglich oder sogar dem Ziel einer niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Einrichtung der Drogenhilfe konträr entgegenstehen. Es gab in der Vergangenheit immer wieder Bemühungen seitens der Drogenkonsumraumbetreiber_innen, die Rechtsverordnungen zu ändern. Erstmals ist das jetzt in NRW gelungen.

Drogenkonsumräume als Baustein der niedrigschwelligen und akzeptanzorientierten Drogenhilfe gibt es aktuell weltweit in zehn Staaten, in zwei weiteren sollen in 2016 Drogenkonsumräume eröffnet werden.¹

In Deutschland haben sechs von 16 Bundesländern eine Rechtsverordnung erlassen, die Voraussetzung für die Installierung eines Drogenkonsumraums ist. Zurzeit gibt es 25 Drogenkonsumräume in Deutschland.

Die Nutzung der Drogenkonsumräume sollte insbesondere schwerstabhängigen Menschen zum hygienischen Drogenkonsum vorbehaltlos möglich sein. Die Realität sieht leider anders aus: Voraussetzung für den legalen Betrieb eines Drogenkonsumraums ist der Erlass einer Rechtsverordnung des jeweiligen Bundeslandes. In dieser werden kleinteilig verbindliche Rahmenbedingungen festgelegt, die in weiten Teilen fachlich nicht begründbar oder dem eigentlichen Ziel der Einrichtung sogar völlig konträr entgegenstehen. Es gab in der Vergangenheit deshalb immer wieder Bestrebungen seitens der Drogenkonsumraum-Betreiber_innen, Änderungen der Rechtsverordnung zu erwirken, zuletzt mit einer Stellungnahme aller deutschen Drogenkonsumräume im September 2014. NRW ist nun das erste Bundesland, in dem dieses zum 01.12.2015 erfolgreich umgesetzt wurde. In Berlin hat der Drogenkonsumraum-Betreiber Fixpunkt e. V. der zuständigen Senatsverwaltung ähnliche Änderungsvorschläge zur Rechtsverordnung vorgelegt.

Primäre Zielbestimmung niedrigschwelliger Einrichtungen akzeptanzorientierter Drogenarbeit ist die Minimierung körperlicher, psychischer und sozialer Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter Drogen in der offenen Drogenszene erge-

¹ In Europa gibt es Drogenkonsumräume in Dänemark, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Spanien, Schweiz und Frankreich. In 2016 sollen außerdem in Slowenien und Portugal Drogenkonsumräume eröffnet werden. Außerhalb Europas findet man Drogenkonsumräume nur in Kanada und Australien.

ben können. Überlebenshilfe und Schadensbegrenzung sind dabei die zentralen Schwerpunktsetzungen. Hierzu ist das Angebot eines in eine Kontaktstelle integrierten Drogenkonsumraums zur hygienisch kontrollierten Applikation von illegalisierten Substanzen von wesentlicher Bedeutung. Es gilt, unterstützende Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von drogengebrauchsbezogenen, gesundheitlichen und sozialen Problemen bedürfnisorientiert bereitzustellen („Hilfe just in time“). Medizinische Akutversorgungen, hygienische und medizinisch betreute Konsummöglichkeiten und Infektionsprophylaxe sowie soziale Beratungs- und Betreuungsleistungen erweisen sich hierbei als zielführende Hilfebausteine.

Folgende Zielhierarchie liegt der Arbeit schadensminimierender und gesundheitsförderlicher Drogenhilfe zugrunde:

- Überleben sichern
- Sicherung eines Überlebens ohne irreversible gesundheitliche Schädigungen
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung
- Unterstützung eines selbstverantwortlichen und kontrollierten Drogengebrauchs
- Ermöglichung und Unterstützung längerer Konsumkontrollphasen (mit Substitut oder ohne)
- Unterstützung individueller Herauslösung aus der Drogenszene und aus individuellen Abhängigkeitsstrukturen

Nach dem dritten Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.03.2000 (Kabinettsbeschluss vom 28.07.1999) ist durch die Einfügung des § 10 a ins Betäubungsmittelgesetz Rechtsklarheit über die Zulässigkeit von Drogenkonsumräumen hergestellt worden. Demnach muss, wenn die Implementierung von Drogenkonsumräumen politisch gewünscht wird, eine länderspezifische Umsetzungsverordnung erlassen werden, nach der der Betrieb von Drogenkonsumräumen näher geregelt und per Antrag genehmigt werden kann.

Die Rechtsverordnung des Landes NRW über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 26.09.2000 und die Berliner Rechtsverordnung vom 26.06.2002 legen demnach folgende Zielbestimmungen als sog. „Betriebszwecke“ fest:

„Der Betrieb von Drogenkonsumräumen soll dazu beitragen,

1. die durch Drogenkonsum bedingten Gesundheitsgefahren zu senken, um damit insbesondere das Überleben von Abhängigen zu sichern,
2. die Behandlungsbereitschaft der Abhängigen zu wecken und dadurch den Einstieg in den Ausstieg aus der Sucht einzuleiten,
3. die Inanspruchnahme weiterführender, insbesondere suchtttherapeutischer Hilfen einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern und
4. die Belastungen der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren.“

Es geht konkret um folgende Leistungskriterien und Zielbestimmungen:

- Ermöglichung einer hygienischen Applikation von mitgeführten Drogen (Besitz zum Eigenverbrauch in geringer Menge: § 31a BtMG und § 6 Rechtsverordnung des Landes NRW / § 8 Rechtsverordnung Berlin)

- Reduzierung des Infektionsrisikos beim intravenösen Drogengebrauch
- Sofortige Hilfe bei Überdosierungen und Drogennotfallsituationen
- Vermittlungen von Techniken des Safer-Use
- Medizinische Hilfe bei Wundinfektionen und Abszessen
- Gesundheitsförderliche bzw. krankheitspräventive Maßnahmen im Sinne der Reduzierung des Mortalitätsrisikos und des Risikos, sich mit übertragbaren Erkrankungen wie HIV und Virushepatitis zu infizieren
- Direktes Abrufen bedarfsorientierter Hilfen (Beratung, Vermittlung, Versorgung) in Aushandlung mit verfügbaren Hilferessourcen (Case-Management)
- Sicherung des Überlebens von Drogenabhängigen
- Unterstützung zur Überwindung von Sucht bzw. substanzbezogenen Störungen
- Vermittlung bei Nachfrage und auf Wunsch in weiterführende suchttherapeutische Hilfen einschließlich der ärztlichen Versorgung
- Reduzierung der Belastung der Öffentlichkeit durch konsumbezogene Verhaltensweisen (Spritzenfunde, öffentliches Konsumgeschehen)

Problematisch hinsichtlich der Erfüllung dieser Ansprüche erwiesen sich in der Vergangenheit die gesetzten Zugangskriterien für die zehn in NRW und die drei in Berlin existierenden Drogenkonsumräume.

Laut Rechtsverordnungen beider Bundesländer dürfen im Drogenkonsumraum Konsumentenschlossene nur nach Unterzeichnung einer Vereinbarung / eines Vertrages konsumieren. Diese legen verbindliche Rahmenbedingungen für die Nutzung der Konsumräume fest, die durch die Rechtsverordnungen vorgegeben sind.

Bis zum 01.12.2015 waren u. a. folgende Zugangskriterien in beiden Bundesländern verbindlich:

Es darf nur eine eigene Ration einer illegalisierten Substanz intravenös, oral, nasal oder inhalativ konsumiert werden. Zum Konsum zugelassene illegalisierte Substanzen sind lediglich Opiate, Kokain, Amphetamine oder deren Derivate. Die von den Nutzer_innen mitgeführten Betäubungsmittel müssen einer Sichtkontrolle unterzogen werden.

Hier stellt sich die Frage, ob die Reduzierung auf Opiate, Kokain, Amphetamine und deren Derivate überhaupt sach- und zeitgemäß ist. Es handelt sich in der Regel um nicht wirklich bekannte psychoaktive Substanzen: so kann man beispielsweise lediglich davon ausgehen, dass im Straßenheroin sehr wahrscheinlich ein gewisser Anteil an Heroin enthalten ist. Sowohl für die Konsumierenden als auch für das Fachpersonal ist bei Sichtkontrolle eine verlässliche Identifizierung nicht möglich. Allenfalls die Wirkung während und nach der Einnahme gibt Hinweise darauf, ob es sich um die erwartete Substanz gehandelt haben könnte. Ein Drugchecking-Angebot könnte zumindest in bestimmten Situationen, z. B. beim gehäuftem Auftreten unbekannter (Neben-)Wirkungen, hilfreich sein.

Die Konsumform „intravenös“ sollte durch „injizierend“ ersetzt werden.

Die Nutzer_innen müssen bei Vertragsabschluss volljährig und drogenabhängig sein.

Jugendlichen (Mindestalter: 16 Jahre) mit Drogenabhängigkeit und Konsumerfahrung darf der Zugang nach direkter Ansprache nur dann gestattet werden, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten vorliegt oder die Mitarbeiter_innen sich im Einzelfall nach sorgfältiger Prüfung anderer Hilfsmöglichkeiten vom gefestigten Konsumentenschluss überzeugt haben. In Berlin muss darüber hinaus auch noch Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt aufgenommen werden.

Das Ziel des Jugendschutzes und der frühzeitigen Anbindung von konsumentenschlossenen Jugendlichen kann mit der bestehenden Regelung nicht erreicht werden. Das Vorliegen einer Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten zur Nutzung des Drogenkonsumraums entspricht nicht den Lebensrealitäten jugendlicher Drogenkonsument_innen. Konsumerfahrene und zum Konsum entschlossene Jugendliche sollten, entsprechend ihrer individuellen Lebenssituation, geeignete Hilfsangebote erhalten. Dazu gehört u. a. auch die Zulassung zum Drogenkonsumraum, da dadurch gesundheitliche Gefahren durch den bereits bestehenden Drogenkonsum reduziert werden können.

Es darf sich nicht um offenkundige Erst- oder Gelegenheitskonsument_innen handeln.

Der Begriff „Gelegenheitskonsument_innen“ ist nicht präzise, es liegt keine Definition vor. Eindeutiger wäre es, von „offensichtlich konsumunerfahrenen Personen“ zu sprechen.

Die Nutzer_innen dürfen außerdem „erkennbar nicht mit Ersatzstoffen substituiert werden.“

Menschen, die ärztlich substituiert werden, den Zugang zum Konsumraum zu verwehren, hat sich als äußerst kontraproduktiv erwiesen. Dass Substitutionsbehandlungen häufig keine idealtypischen Verläufe zeigen, ist hinreichend bekannt. Langjährige Erfahrungen verdeutlichen, dass etwa zu Beginn einer Behandlung, aber auch und insbesondere in psychischen Krisenzeiten zum Teil riskanter polyvalenter (polytoxikomaner) Konsum zusätzlicher Drogen praktiziert wird. Der Mehrfachgebrauch verschiedenster, psychoaktiv wirksamer Substanzen gehört im zeitintensiven und dynamischen Prozess eines auch selbstorganisierten Herauswachsens aus drogendominanter Lebenspraxis häufig dazu. Ein Bei- oder Zugebrauch sollte als die Ermöglichung eines kontrollierten Umgangs mit Substanzen im Prozess einer Selbstbemächtigung bei Aufklärung bestehender Risiken und nicht als ein Ausschlusskriterium verstanden werden. Jeder Beigebrauch hat eine subjektspezifische, psychosoziale Bedeutung, die es jenseits moralischer Diktionen gemeinsam im moderierenden Unterstützungsverlauf (Empowerment) aufzuarbeiten gilt. Dies ist nur möglich, wenn ein Gesprächskontakt hergestellt werden kann. Abgelehnte Substituierte und auch intravenös Benzodiazepin-Konsumierende (auch diese sind nicht im Drogenkonsumraum zugelassen) lassen sich nicht vom Konsum abhalten: Sie tun dies weiterhin unter unhygienischen und risi-

koreichen Bedingungen auf der Straße oder (allein) zu Hause. Die Konsequenzen sind bekannt: vermehrter öffentlich sichtbarer Drogenkonsum, Zunahme von Spritzenfunden und öffentlichen und privaten Drogennotfallsituationen mit letalem Ausgang. Hier kann der Anspruch eines Drogenkonsumraums, Gesundheitsgefahren zu senken und Überlebenshilfe zu sichern, aufgrund der festgelegten Zugangskriterien bisher nicht erfüllt werden.

Alkoholisierten und „offensichtlich intoxikierten“ Personen, bei denen die Nutzung des Drogenkonsumraums ein erhöhtes Gesundheitsrisiko verursachen könnte, dürfen ebenfalls keinen Zugang erhalten.

Es stellt sich die Frage, ab wann eine Konsumentin oder ein Konsument als „intoxikiert“ einzuschätzen ist. Konkrete Kriterien werden in der Rechtsverordnung nicht genannt. Das Kriterium „offensichtlich intoxikiert“ ist für den Alltag untauglich und birgt für den Träger ein rechtliches Risiko. Eine abgewiesene Konsumentin oder ein abgewiesener Konsument wird sich vom Konsumentenschluss sicherlich nicht abbringen lassen und in der Öffentlichkeit unter noch risikoreicheren Bedingungen konsumieren, sodass die Gefahr einer Überdosierung oder einer Mischintoxikation erheblich ist. Im Konsumraum selbst wäre die Rettungswahrscheinlichkeit jedoch wesentlich erhöht.

Mit Unterstützung der Ordnungspartnerschaft Drogen in Münster, dem deutschen Städtetag und dem Landesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V.) hat der Arbeitskreis Drogenkonsumräume in NRW mehrfach einen Antrag auf Änderung der Zugangskriterien für die Nutzung der Drogenkonsumräume gestellt.

Im Rahmen der nun vorliegenden Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Betrieb von Drogenkonsumräumen vom 01.12.2015 (GV.NRW.2015: 798) durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW in Düsseldorf wurden folgende Änderungen verabschiedet:

1. Streichung des Ausschlusses von erkennbar Substituierten und stattdessen die Maßgabe, auf die spezifische Situation Substituierter bei der Nutzung eines Drogenkonsumraums einzugehen, z. B. mit entsprechenden Beratungsangeboten. „Hierbei ist insbesondere auf Risiken des Drogenkonsums bei gleichzeitiger Substitutionsbehandlung und die Notwendigkeit des Konsumverzichts hinzuweisen und auf die Inanspruchnahme der im Einzelfall notwendigen Hilfe hinzuwirken“ (Verordnung § 5, Absatz 2 Satz 1).
2. „Der Konsum von Betäubungsmitteln im Drogenkonsumraum kann Opiate, Kokain, Amphetamine oder deren Derivate sowie Benzodiazepine betreffen und intravenös, inhalativ, nasal oder oral erfolgen“ (Verordnung § 8 Abs. 3 Satz 3).
3. „Geeignete Folien zum inhalativen Konsum“ (Verordnung § 3, Absatz 1 Satz 6) sind in ausreichendem Umfang vorzuhalten.

Diese Ergänzung war notwendig, da es in der Vergangenheit rechtliche Probleme mit der Abgabe von Folien zum inhalativen Konsum gab. In der Rechtsverordnung wurden nur Konsumutensilien benannt, die für den injizierenden Konsum gebraucht werden.

Bei allen unbestreitbaren Erfolgen insbesondere für drogenkonsumierende Menschen: Drogenkonsumräume im Rahmen niedrigschwelliger Drogenhilfe-Angebote bleiben auch Teil ordnungspolitischer Regulierungsmaßnahmen, ein besonders sichtbares „soziales und risikoreiches Problem“ zu managen. Das ordnungspolitisch motivierte Ziel, Drogenkonsumierende und die öffentlichen Konsumakte möglichst unsichtbar zu machen, um den gefürchteten öffentlichen Problemdruck zu reduzieren, ist und bleibt weiterhin aktuell. Drogenkonsumräume stehen somit immer im Spannungsverhältnis zwischen sozialer Ausschließung, sozialräumlicher Verdrängung und lebensretender Schadensminderung.

Auch die prekäre Rechtssituation durch das vorherrschende Legalitätsprinzip besteht weiterhin: Es gibt „tolerierte“ Räume durch Änderung im Betäubungsmittelgesetz (§ 10a) und länderspezifischer Rechtsverordnungen. Dies gilt aber außerhalb der Einrichtung nicht mehr. Hier muss weiterhin strafverfolgt werden. Ohne weitere gesetzliche Änderungen und Klarstellungen bleibt das so geschaffene System sehr fragil und hängt weiter entscheidend von der regional bestimmten guten oder weniger guten Kooperation in den in NRW sog. Ordnungspartnerschaften (Drogenkonsumraumbetreiber_innen und Polizei sowie Staatsanwaltschaft) ab.

Die Wirklichkeit von Harm Reduction (Schadensbegrenzung / Schadensminderung) zeigt auch, dass das gesellschaftlich produzierte „Drogenproblem“ durch die Einrichtung von Drogenkonsumräumen nicht gelöst werden kann. Weder kann ein Drogentod aufgrund der weiterhin bestehenden Illegalität der Drogenbeschaffung, des fehlenden Verbraucher_innenschutzes und damit einhergehendem schwankendem Reinheitsgehalt und der Verstreckung der Substanzen immer vermieden, die öffentlich sichtbare Drogenszene zum Verschwinden gebracht noch die Beschaffungskriminalität eingedämmt werden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass es auch mit einer Ausweitung der Konsumraumnutzungsmöglichkeit im Sinne einer „Rund-Um-Betreuung“ nicht gelingen kann, alle öffentlich konsumierenden Drogenabhängigen jederzeit zu erreichen. Drogenkonsumräume sind ein freiwillig zu nutzendes Angebot. Sie sind ein wesentlicher Baustein im Rahmen umfassender und differenzierter Hilfeangebote zur Gesundheitsförderung, Überlebenshilfe und Schadensminderung. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Änderungen von bestehenden Rechtsverordnungen auf der Basis alltagsbasierter Erfahrungen beim Betrieb von Drogenkonsumräumen können somit nur ein weiterer Schritt sein, die Situation für drogenkonsumierende Menschen zu verbessern. Es sei daran erinnert, dass es Bundesländer gibt, die bisher gar keine Rechtsverordnung erlassen haben, da Drogenkonsumräume aus politischen Gründen nicht erwünscht sind – trotz steigender Anzahl von Drogentoten!

Drogenkonsumräume offenbaren, ohne ihren aktuellen Nutzen infrage stellen zu wollen, das gesamte Dilemma des Bundesdeutschen „Drogenrechts“:

Illegalisierte Substanzen, deren wahre Zusammensetzung dem Käufer/der Käuferin unbekannt ist, werden illegal erworben und dürfen dann in einem speziellen Raum (und nur da!) unter klar definierten Bedingungen legal konsumiert werden. Für alle Beteiligten, im besonderen Maße für Drogenkonsumierende, aber auch für Mitarbeitende in den Drogenkonsumräumen, sind diese Rahmenbedingungen immer wieder eine Herausforderung, ergeben sich doch unnötige gesundheitsschädigende oder gar lebensbedrohliche Situationen. Drugchecking könnte Klarheit über Substanzen ver-

schaffen, wenn unbekannte/unerwünschte Wirkungen auftreten und sollte ein Standardangebot in Drogenkonsumräumen sein, solange Substanzen konsumiert werden müssen, deren tatsächliche Zusammensetzung völlig unbekannt ist. Ziel sollte jedoch eine regulierte Abgabe von zurzeit illegalisierten Drogen sein. Erst dadurch ließen sich Risiken, die durch unklare Qualitäten der Substanzen entstehen, sicher vermeiden.

Aus fachlicher Sicht ist der Ausschluss bestimmter Personengruppen, wie z. B. Menschen die sich in ärztlicher Substitutionsbehandlung befinden, eine Katastrophe. Einer hochgradig gefährdeten Personengruppe wird ein Angebot vorenthalten, das Leben retten kann. Die Politik sollte hier endlich – NRW hat gezeigt, dass das möglich ist – fachlich begründete Entscheidungen treffen und nicht in alten drogenpolitischen Ideologien verharren!

Literatur

- Aktuell gültige Rechtsverordnung in Berlin, online verfügbar unter: http://fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/DKR/rechtsverordnung.pdf.
- Aktuell gültige Rechtsverordnung in NRW, online verfügbar unter: <http://www.indro-online.de/nrwrechtsverordnung.htm>.
- Drittes Gesetz zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (Drittes BtMG-Änderungsgesetz - 3. BtMG-ÄndG) vom 28. März 2000. Hier: Dokumentation des § 10a BtMG (Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen), online verfügbar unter: <http://www.indro-online.de/btmg10.htm>.
- Standorte und Informationen zu Drogenkonsumräumen in Deutschland, online verfügbar unter: www.Drogenkonsumraum.net
- Stellungnahme des Bundesarbeitskreis Drogenkonsumräume zu Zulassungsbeschränkungen nach RVO vom 12.09.2014, online verfügbar unter: http://fixpunkt-berlin.de/fileadmin/user_upload/PDF/DKR/Bundes-AK_Drogenkonsumraeume_Stellungnahme_RVO_14_09_12.pdf.

1.8 | Rauschkontrolleure und das Legalitätsprinzip – Polizeiliche Perspektiven zu Drogen und Drogenkriminalität

Svea Steckhan

Zusammenfassung

Das Legalitätsprinzip erfordert im Bereich des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ein konsequentes Einschreiten der Polizei auch auf der Konsum- und der unteren Handelsebene. Nicht alle Polizeibeamt_innen können sich mit diesem Vorgehen identifizieren und bewerten ihre Arbeit als nicht- oder sogar kontraproduktiv. Die Polizeibeamt_innen entwickeln deshalb verschiedene Strategien, um einen Umgang damit zu finden, und fordern darüber hinaus auch alternative politische und justizielle Maßnahmen, wie z. B. die Überführung von Teilen des BtMG in das Ordnungswidrigkeitengesetz (OwiG) oder eine Teillegalisierung von Cannabis.

Einleitung

Einige ausgewählte Rauschsubstanzen sind in Deutschland illegal und müssen von der Polizei strafrechtlich verfolgt werden. Als strafbar gelten dabei Besitz, Handel, Einfuhr, Anbau und die Herstellung der sogenannten Betäubungsmittel, lediglich der Konsum ist nicht strafbar (§§ 29 ff. BtMG). Die Polizei unterliegt überdies dem Legalitätsprinzip (§ 163 StPO), welches besagt, dass Staatsanwaltschaft und Polizei zur Erforschung und Verfolgung von Straftaten verpflichtet sind. Demnach müssen Polizeibeamt_innen gemäß BtMG bei Verdacht auf Besitz, Erwerb, Handel oder Anbau von illegalisierten Drogen einschreiten und eine Anzeige schreiben, damit sie sich nicht selbst strafbar machen. Nicht alle Polizeibeamt_innen können sich mit diesem Vorgehen identifizieren und bewerten ihr Vorgehen als nicht- oder sogar kontraproduktiv.

Der vorliegende Aufsatz stellt Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt „Organisierte Kriminalität zwischen virtuellem und realem Drogenhandel (DROK)“ vor. Um polizeiliche Perspektiven zu Drogen und Drogenkriminalität zu ermitteln, wurden Polizeibeamt_innen befragt, die in der Drogenfahndung tätig sind oder es einst waren und nun an deutschen Polizei(fach)hochschulen lehren.¹ Als empirische Grundlage dienten darüber hinaus teilnehmende Beobachtungen drogenpolitischer Veranstaltungen im

¹ Hierzu wurden qualitative Expert_inneninterviews durchgeführt, die aus einem ersten narrativen Teil und einem anschließenden halbstandardisierten Befragungsabschnitt bestanden. Konnte ein mündliches Interview nicht realisiert werden, füllten die Expert_innen einen halbstandardisierten Fragebogen aus.

Raum Hamburg sowie Statements polizeilicher Vertreter_innen in der Presse. Das methodische Vorgehen orientierte sich an der Methodologie der Grounded Theory (z. B. Strauss/Corbin 1990).

Produktivität der polizeilichen Arbeit von Rauschkontrolleuren

Die Bewertung der polizeilichen Arbeit als nicht- oder kontraproduktiv bezieht sich vornehmlich auf den Strafverfolgungszwang bei Drogenbesitz. Da auch Konsumierende in der Regel Drogen besitzen, erfordert das Legalitätsprinzip Konsumierende bei Verdacht auf Drogenbesitz strafrechtlich zu verfolgen.

a) Bewertung als kontraproduktiv

Ich weiß, wenn ich ihm das jetzt wegnehme, dann muss er wieder ne Oma umhauen um sich was Neues kaufen zu können (Lehre B).

Wenn Polizeibeamt_innen mit dem Bewusstsein, dass eine abhängige Person sich mittels Kriminalität Geld für neue Drogen beschaffen muss, Drogen konfiszieren sollen, kann für sie der Eindruck entstehen, Kriminalität nicht nur nicht verhindern zu können, sondern geradezu an ihrer Produktion beteiligt zu sein. Die eigene Tätigkeit wird aus einer rein zweckrationalen² Betrachtung als *kontraproduktiv* bewertet.

Der Konsument ist in erster Linie krank und erst in zweiter Linie Straftäter (Lehre A).

Lass uns ihn nicht als Kriminellen, sondern mal als Kranken betrachten und ich nehm ihm gerade seinen Stoff seine Medikamente weg (Lehre B).

Hingegen spielt bei einer wertrational begründeten Kontraproduktivitätshaltung das Bild von Abhängigen eine zentrale Rolle. Wenn Abhängige als „krank“ und nicht als „Straftäter_in“ betrachtet werden, kann es zu einem inneren Konflikt der jeweiligen Polizeibeamt_innen kommen, wenn diese Abhängige wie Straftäter_innen behandeln, anzeigen und die dringend benötigten „Medikamente“ wegnehmen müssen. Auch wenn Anzeigen gegen Konsumierende illegalisierter Drogen von der Staatsanwaltschaft später folgenlos eingestellt werden, sind die Beamt_innen gezwungen, gegenüber Konsumierenden entsprechende Maßnahmen zu treffen. Das Schreiben einer Anzeige wird in diesem Fall moralisch in Frage gestellt.

Auf jedem Schulhof können Sie alles kriegen, vor allem Cannabisprodukte, dann lass uns doch aufhören die jungen Menschen zu kriminalisieren. Wozu? Bringt ja nichts, ich halte sie davon nicht ab (Lehre B).

² In Anlehnung an Max Weber wird mit zweckrational ein rationales Abwägen verstanden, während wert-rational einer ethischen Betrachtung gleichkommt (Weber 1922: 17).

Durch die Zuschreibung einer Droge, wie z. B. Cannabis, als gesellschaftlich etabliert, kann die Verfolgung der Drogenkonsumierenden aus einer zweckrationalen Begründung als nutzlos angesehen und in einem wertrationalen Verständnis als Kriminalisierung bestimmter Gesellschaftsgruppen („junge Menschen“) eingestuft werden.

b) Bewertung als nichtproduktiv

Eine *Nichtproduktivitätshaltung* kann aus einer rein zweckrationalen Begründung entstehen, wenn die eigene Arbeit als ziel- oder sinnlos empfunden wird, z. B. wenn die eigenen Arbeitsleistungen keine weitere Verwendung mehr finden und die eigene Arbeit als Ressourcenverschwendung vernommen oder die Zielstellung als unrealistisch wahrgenommen wird.

Im Vergleich mit Kontraproduktivität als dem Ziel entgegenwirkendes Handeln taucht Nichtproduktivität insbesondere dann auf, wenn polizeiliche Strategien ins Leere laufen, da die Justiz sehr liberal handelt. Toleranz lässt die Justiz unter anderem vornehmlich walten, wenn es um minderschwere Übertretungen des BtMG geht und nur geringe Mengen Betäubungsmittel involviert sind (§ 31a BtMG), unabhängig davon, ob es sich um Konsum- oder Handelsdelikte handelt. Infolgedessen wird der auf Verfolgungszwang basierte Einsatz polizeilicher Ressourcen im Vorfeld als Zeitverschwendung betrachtet oder sogar als „Arbeiten für die Tonne“ (Lehre I) oder „Verfahren für den Papierkorb“ (Lehre E).

Zweitens ob ich die Anzeige fertige oder nicht [schnippst] weggeschmissene Zeit da passiert eh nichts bei so nem bisschen (Lehre B).

Auch der Arbeitsaufwand, der durch die Strafverfolgungspflicht im Bereich des Straßenhandels für die Polizei und die Justiz entsteht, wird als immens eingestuft und kann als nichtproduktiv bewertet werden. Aus polizeilicher Sicht kann der Eindruck entstehen, dass der Polizei politisch die Verantwortung für einen Bereich zugeschoben wird, der sie unter der Bedingung einer liberalen Handhabung durch die Justiz nicht gerecht werden kann. Eine Nichtproduktivitätshaltung aufgrund einer wahrgenommen Ergebnislosigkeit der eigenen Leistungen wird noch dadurch verstärkt, dass die Erwartungen an die Polizei von den Polizeibeamt_innen nicht erfüllt werden können, wie z. B. dafür zu sorgen, dass keine Dealenden in der Öffentlichkeit wahrnehmbar sind. Eine uniformierte Präsenz wird nur als Möglichkeit für eine meist kurzfristige Verdrängung einer Kleinhandelsszene bewertet. Polizeiliche Erfolge in Form von Festnahmen finden aus polizeilicher Sicht im Verborgenen – in „zivil“ – statt, können allerdings als nicht fruchtbar wahrgenommen werden, wenn die justizielle Antwort als zu milde eingeschätzt wird. Eine stärkere Ausnutzung des verfügbaren Strafrahmens wird dabei allerdings nicht unbedingt als alternative Maßnahme bevorzugt.

Strategien und Verbesserungsvorschläge von Polizeibeamt_innen

Liegt eine Haltung der Kontra- oder Nichtproduktivität der eigenen Arbeit bei Polizeibeamt_innen vor, tauchen verschiedene Strategien auf, einen Umgang damit zu fin-

den. Die Strategien zielen entweder darauf ab, einen Weg zu finden, die Ambiguität der Strafverfolgung von Betäubungsmitteldelikten zwischen Kontra- oder Nichtproduktivität und Strafverfolgungszwang a) auszuhalten, b) zu verringern oder sie c) ganz aufzulösen, indem Verbesserungsvorschläge für einen polizeilichen oder gesellschaftlichen Umgang mit Drogen und Drogenkriminalität gemacht werden.

a) Ambiguität aushalten

Wenn ich dann irgendwo einen Joint rauchen sehe dann stürze ich mich nicht auf ihn das ist nicht mein Ziel [...] und alles kann ich eben halt auch nicht sehen und ich denke dass die meisten anderen ähnlich handeln (Praxis B)

Eine Strategie, die das Aushalten der Ambiguität ermöglicht, kann das *Übersehen* sowohl auf der individuellen als auch auf der institutionellen Ebene sein. Auf individueller Ebene bezieht sich ein *Übersehen* auf die Wahrnehmung von Konsumdelikten, d. h. wenn ein aktuell stattfindender oder unmittelbar bevorstehender Konsum Drogenbesitz vermuten lässt oder sogar Drogen in geringen Mengen in Besitz einer Person gefunden werden, greift die Strategie des *Übersehens* und die Straftat wird ignoriert.

Polizei ist halt verpflichtet und muss dann halt gucken dass im Rahmen der Möglichkeiten was hab ich an Personal- und Sachressourcen wo [...] kann ich mich jetzt nicht mehr so intensiv kümmern (Lehre A).

Übersehen kann auch bedeuten, dass eine interne Anweisung gegeben wird, die Wahrnehmung auf bestimmte Bereiche nicht zu fokussieren, oder in einer institutionalisierten Form stattfinden, wenn im Sinne des Ressourcenmanagements Prioritäten auf z. B. Drogenarten oder (höhere) Handelsebenen gesetzt werden.

Das ist wie Räuber und Gendarm spielen was nachher da juristisch raus kommt da gucken wir lieber nicht so genau hin, das könnte dann doch eher die Frage aufwerfen und dafür den ganzen Aufwand? So also egal was da nachher bei rauskommt ich hab meinen Erfolg dabei wir haben ihn erwischt (Praxis B)

Eine weitere Strategie, die auf das Aushalten einer Ambiguität abzielt, kann außerdem der Fokus auf den Spaß an der alltäglichen Arbeit sein, um z. B. eine wahrgenommene Nichtproduktivität *auszublenden*. Die Motivation wird daraus gezogen, dass eine zu verfolgende Person „erwischt“ wird, die Tätigkeit erhält die Konnotation eines Fangenspiels. Was mit dem eigenen Arbeitsergebnis passiert, wird ausgeblendet, um ein Infragestellen des Arbeitsaufwands zu verhindern.

Strategien, wie das *Übersehen* oder das *Ausblenden*, können innerhalb der politischen Rahmenbedingungen verfolgt werden und vermögen kurzfristig ein Kontra- oder Nichtproduktivitätsgefühl zu lindern. Es handelt sich dabei nicht um Strategien, die auf eine Veränderung der Ursachen für eine Ambiguität zwischen einer Kontra- oder Nichtproduktivitätshaltung und der Strafverfolgung von Delikten im Bereich der Betäubungsmittelkriminalität abzielen. Diese auf eine kurzfristige Lösung zielenden Strategien werden deshalb subsumiert unter ein *Aushalten der Ambiguität*.

b) Ambiguität verringern

Prävention ist ein riesen Stichwort, muss natürlich sein. Da hat die Polizei früher auch in der Präventionsarbeit mitgewirkt [...] war nach meiner Einschätzung eigentlich auch ganz erfolgreich (Lehre A)

Wenn Therapie und Hilfe vorrangig als Antworten auf negative Folgen eines Drogenkonsums gesehen werden, kann eine Möglichkeit auch eine polizeiinterne Aufgabenverschiebung in Richtung Prävention sein. Obgleich die Polizei in erster Linie die Aufgabe der Repression hat, entwickelte sich vor einigen Jahrzehnten ein Ansatz innerhalb der Polizei, der auf eine Drogenprävention durch Aufklärung setzte. Diese polizeiliche Prävention wird als erfolgreich bewertet, wenn die Prävention grundsätzlich als bevorzugtes Mittel begriffen wird, um negativen Folgen von Drogenkonsum gesamtgesellschaftlich vorzubeugen. Vor dem Hintergrund dieser Annahme stellt die polizeiliche Prävention eine Strategie dar, die als *Verringerung der Ambiguität* bezeichnet werden kann. Weiterhin müssen Polizeibeamt_innen aufgrund des Legalitätsprinzips den Besitz von Drogen verfolgen, jedoch wird mit einem Teil der Ressourcen ein Vorgehen außerhalb der Strafverfolgung unterstützt. Gleichzeitig könnte mit einer polizeilichen Prävention die Hoffnung verbunden sein, dass sich der Kreis an durch Drogen auffällig gewordenen Straftäter_innen verkleinert.

c) Ambiguität auflösen

Wird das polizeiliche Vorgehen auf der Konsum- oder auch der unteren Handelsebene aufgrund des Strafverfolgungszwangs als kontra- oder nichtproduktiv bewertet, kann eine Strategie darin liegen, eine *Auflösung der Ambiguität* zu bemühen, indem politische oder justizielle Maßnahmen gefordert werden, die die Situation für die Polizei verbessern.

Dabei dominiert die Forderung danach, bestimmte Bereiche des BtMG aus dem Strafgesetz in das Ordnungswidrigkeitengesetz (OwiG) zu überführen, damit das Opportunitätsprinzip greift, sodass ein polizeiliches Einschreiten nicht von Gesetzes wegen erforderlich ist.

*Was **meiner** Meinung nach sehr klug ist, ist die holländische Lösung mit dem Opportunitätsprinzip [...] weil das **erlaubt** es mir einzuschreiten, ich muss aber nicht (Lehre E)*

Mit dem Opportunitätsprinzip wird nicht nur eine Entlastung polizeilicher Ressourcen verknüpft, gleichzeitig hat die Polizei weiterhin die Möglichkeit, ein gewisses Maß an Kontrolle auszuüben. Die Entscheidung, unter welchen Umständen die Verfolgung eines Drogenkonsums sinnvoll ist, obliegt dann allein der Polizei, ein polizeiliches Einschreiten ist möglich, aber nicht verpflichtend. Eine Überführung in das OwiG wird nicht unbedingt als Mittel gesehen, gesamtgesellschaftliche Veränderungen hervorzurufen, da angenommen wird, dass es einzelne Beamte_innen geben wird, die möglicherweise entsprechend der kulturellen Linie in ihrem Bundesland weiterhin eine konsequente Strafverfolgung betreiben. Eine Veränderung wird z. B. in bestimmten Bundes-

ländern wie Hessen und Hamburg erwartet, nicht aber in Bayern oder Baden Württemberg. Eine liberale Handhabung auf der Konsum- und Handelsebene, wie sie bestimmten Bundesländern zugeschrieben wird, würde mit dem Opportunitätsprinzip einen rechtlichen Rahmen bekommen. Nicht nur würden die Drogenkonsumierenden nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden und auf diese Weise entkriminalisiert, auch den Beamt_innen, die ein Einschreiten zumindest situationsbedingt für kontra- oder nichtproduktiv oder auch nicht angemessen halten, droht keine Strafe mehr. Diese Forderung wird vermutlich vor der Überzeugung erhoben, dass das Verbot einer Droge eine abschreckende Wirkung hat und eine Legalisierung einen Konsumanstieg bewirkt.

Ich könnte mir auch vorstellen dass wir, wenn bestimmte Regeln eingehalten werden, Cannabisprodukte zum Beispiel legal verkaufen (Lehre B)

Eine Legalisierung aller Drogen ohne Einschränkung wird abgelehnt, jedoch werden auch innerhalb der Polizei Formen der Entkriminalisierung im Bereich des BtMG diskutiert, die sich auf die Handlungen für den eigenen Konsum, wie z. B. Besitz und Erwerb, beziehen und/oder nur bestimmte Drogenarten betreffen.

Speziell bei Cannabis wird zunehmend auch aus den Reihen der Polizei eine Entkriminalisierung des Drogenbesitzes und sogar des -erwerbs gefordert. Neben der Belastung polizeilicher Ressourcen spielt hier auch die Bewertung der polizeilichen Verfolgung von Cannabiskonsumierenden als Kriminalisierung eine Rolle. Cannabiskonsum gilt dann besonders bei jüngeren Generationen als etabliert und nicht vermeidbar. Sogar eine kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene ist denkbar.

Die Prohibition in den zwanziger Jahren hat nichts anderes gemacht als eine riesen OK Welle (Lehre E)

Ogleich keine vollständige Gewissheit darüber besteht, dass eine Legalisierung der richtige Weg sei, zählt als gewichtiges Argument für die Legalisierung, dass der derzeitige Weg über die Prohibition „mit Sicherheit der falsche“ sei (Dirk Peglow, Frankfurter Rundschau, 18.11.2014). Der sogenannte Kampf gegen Drogen gilt als verloren und die Prohibition als Ursache für Organisierte Kriminalität.

Ne kontrollierte Abgabe an Schwerstabhängige zum Beispiel, Originalstoffvergabe, dass wir ihnen ein menschenwürdiges Dasein ermöglichen, könnte ich mir vorstellen (Lehre B)

Für diejenigen, die die strafrechtliche Verfolgung von Abhängigen aus einer wertrationalen Begründung als kontraproduktiv bewerten, kann die Teillegalisierung von Heroin in Form einer Originalstoffvergabe an schwer Abhängige als Lösung betrachtet werden. Diese Strategie wird nicht nur als menschenwürdiger gesehen, sondern auch als Möglichkeit die Beschaffungskriminalität einzudämmen und letztlich polizeiliche Ressourcen einzusparen.

Dann würde ich mir wünschen dass einfach mehr Spielraum auch gesetzlich oder kriminalpolitisch bleibt um mal Versuche zu starten, Feldversuche, nicht so diese streng dogmatische Geschichte, sondern dass man einfach sagt wir probieren einfach mal (Lehre B)

Die Bewertung der Polizeiarbeit als kontraproduktiv kann insgesamt zu dem Wunsch nach mehr rechtlichem Spielraum führen, um alternative Lösungen zu finden.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich schließen, dass auch innerhalb der Polizei der Druck wächst, einen alternativen gesellschaftlichen Umgang mit Drogen und Drogenkriminalität zu finden, der in erster Linie einer Optimierung polizeilicher Ressourcen dient. Insbesondere die Überführung von Teilen des BtMG in das OwiG, bei dem das Opportunitätsprinzip Anwendung findet, wird aus polizeilicher Sicht als sinnvolle Alternative zu dem aktuell vorherrschenden Strafverfolgungszwang betrachtet. Die Polizei hätte dann die Möglichkeit, Verstöße, die z. B. im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen, einzelfallabhängig zu ignorieren und dadurch freigewordene polizeiliche Ressourcen in anderen Bereichen einzusetzen. Aber auch die Entkriminalisierung des Besitzes und Erwerbes von Cannabis wird öffentlich von einigen Vertreter_innen der Polizei gefordert, hauptsächlich um ein effizienteres Management polizeilicher Ressourcen zu erreichen.

Literatur

- Strauss, A./Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Weinheim.
- Weber, M. (1922): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie, Frankfurt am Main.

1.9 | Mitarbeiter_innen in Kontaktläden als „Rädchen im Getriebe von irgendeinem System“? – Drogenrecht und -politik als Arbeitsbelastung in Kontaktläden

Daniela Molnar

Zusammenfassung

Rechtliche und politische Vorgaben beeinflussen maßgeblich die Arbeit in Kontaktläden der niedrigschwelligen Drogenhilfe, so dass sie selbst als Arbeitsbelastungen betrachtet werden können. Dieser Zusammenhang wird in drei Schritten verdeutlicht: Zunächst werden die negativen Auswirkungen von Drogenrecht und -politik auf Klient_innen mit ihren Folgen für Mitarbeitende beleuchtet, anschließend wird dargestellt, wie sie Handlungsmöglichkeiten begrenzen und abschließend werden die direkten Auswirkungen von Recht und Politik auf Mitarbeiter_innen in den Fokus gerückt.

Drogenhilfe gilt als ein Arbeitsfeld, das Mitarbeiter_innen vor vielfältige und intensive Anforderungen und Belastungen stellt, die sich u. a. durch die spezifische Klientel, Konflikte und Grenzsituationen im Arbeitsalltag und fachliche Ansprüche ergeben. Pädagogische Praxis steht jedoch immer auch in Abhängigkeit zu ihren Umgebungsfaktoren, so werden bspw. die Arbeitsfelder der Drogenhilfe mit ihren jeweiligen Ausgestaltungen in weiten Bereichen über ihre Rahmenbedingungen konstituiert: Rückhalt durch kommunale Entscheidungsträger_innen sowie finanzielle und personelle Ausstattung und normative gesellschaftliche Vorstellungen des angemessenen Umgangs mit der Klientel sowie vom ‚richtigen‘ Leben fließen in die Arbeit ein. Maßgeblich in der Drogenhilfe sind insbesondere politische und rechtliche Rahmenbedingungen, die festlegen, was erlaubt und was verboten, was möglich und was unmöglich ist. Über diesen Weg werden politische und rechtliche Rahmenbedingungen selbst zur Arbeitsanforderung für Mitarbeiter_innen in der Drogenhilfe, mit der sie zu Recht kommen müssen. Auf diese Thematik wird hier in Bezug auf die Arbeitssituation von Mitarbeitenden in Kontaktläden der niedrigschwelligen Drogenhilfe eingegangen. Grundlage dieses Artikels sind die vorläufigen Ergebnisse einer qualitativen Studie, für die 16 Mitarbeiter_innen von Kontaktläden in Bayern und Hessen im Hinblick auf die Fragestellung, welche Arbeitsanforderungen und -belastungen sie erleben, interviewt wurden.

Kontaktläden zeichnen sich dadurch aus, dass sie möglichst geringe Hürden zur Inanspruchnahme von Hilfen bereithalten, ohne Änderungsanspruch an Klient_innen herantreten, bedürfnis- und lebensweltnah orientiert und offen strukturiert sind: „Die Leute wissen, okay, wir sind da. Und dann kommen sie halt mit ihren Sachen“¹ (Molnar 2015). Das Angebotsspektrum reicht von lebenspraktischen Maßnahmen wie dem Bereitstellen von Nahrungsmitteln über schadensminimierende Angebote, etwa Spritzenaustausch, bis zu komplexen Beratungsprozessen inklusive der Vermittlung in andere Hilfeangebote. Die Kontaktladenbesucher_innen werden in ihrer Lebenssituation begleitet.

In Kontaktläden, deren Klientel in der Regel aktuelle Gebraucher_innen illegalisierter Substanzen sind, spielen politische und rechtliche Bestimmungen zur Drogen(hilfe)politik und deren konkrete Umsetzung eine maßgebliche Rolle, da sie vorgeben, was Klient_innen und Mitarbeiter_innen (nicht) dürfen und damit auch festlegen, was gewünscht und was unerwünscht ist: „Eine wesentliche Aufgabe von Drogenpolitik ist die Festlegung von Substanzen und Substanzformen als sozialverträglich bzw. als inakzeptabel oder illegal“ (Schmidt/ Hurrelmann 2000:17). Die Gesetzgebung beinhaltet also eine normsetzende und -bestätigende Funktion. Klient_innen niedrigschwelliger Drogenhilfe konsumieren in der Regel nicht ‚sozialverträglich‘, ihr (Konsum-)Verhalten entspricht nicht der gesetzlichen, politischen und gesellschaftlichen Norm und wird in der Folge u.a. strafrechtlich über das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) sanktioniert.² Mitarbeitende niedrigschwelliger Drogenhilfe stellen sich, bspw. im ‚Positionspapier von Trägern und MitarbeiterInnen der deutschen Drogenhilfe zur Drogenpolitik‘ (Palette e.V. o. J.), immer wieder offensiv gegen die praktizierte Drogenverbotspolitik, um die Interessen ihrer Klient_innen zu vertreten. Allerdings wirkt sich der drogenrechtliche und -politische Rahmen nicht nur auf Klient_innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe negativ aus, er kann in seinen mittelbaren und unmittelbaren Auswirkungen auch als belastender Faktor für Mitarbeitende erlebbar sein. Dieser Zusammenhang wird auf drei Ebenen beleuchtet: Erstens wird der Blick auf Auswirkungen der drogenrechtlichen und -politischen Rahmenbedingungen für Klient_innen geworfen, die Mitarbeiter_innen über ihren Kontakt mit Klient_innen und deren Lebenswelten erleben. Zweitens wird aufgezeigt, wie die rechtliche und politische Rahmung Einfluss auf die Arbeit von Kontaktladenmitarbeitende nimmt, indem ihr Handlungsspielraum festgelegt wird. Drittens werden die direkten Auswirkungen dieser Rahmenbedingungen auf Mitarbeiter_innen in den Fokus gerückt, indem dargestellt wird, welche Folgen sie für sich selbst erfahren.

¹ Die Interviewauszüge sind zugunsten der Lesbarkeit sprachlich stark geglättet. Außerdem wurden Anonymisierungen vorgenommen. Diese sind mit eckigen Klammern markiert, Auslassungen werden mit [...] verdeutlicht. Pausen sind mit (...) kenntlich gemacht, Satzab/brüche durch Schrägstrich.

² Der Konsum von Betäubungsmitteln ist zwar keine illegale Handlung, jedoch ist ein Konsum unter legalen Bedingungen faktisch nicht möglich (vgl. Krumdiek 2012: 49).

Der drogenrechtliche und -politische Rahmen hat negative Auswirkungen auf Klient_innen – das belastet auch Mitarbeiter_innen

Das BtMG und weitere rechtliche Regelungen wirken sich deutlich negativ auf Klient_innen, ihre Konsum- und Beschaffungssituation, aber auch ihre Gesundheit und sozialen Bezüge aus.³ Substanzen müssen auf Grund der Illegalität stets unter Schwarzmarktbedingungen beschafft werden, die nur sehr eingeschränkt Möglichkeiten der Qualitätskontrolle bereithalten. Der Konsum findet selten unter stressfreien, hygienischen Bedingungen statt; Kriminalisierung und Verfolgung führen zu risikobehafteten Konsumbedingungen, zu Stress, Hektik und Aggression in der Drogenszene. Die normsetzende Funktion der gesetzlichen und politischen Regelungen bewirkt rechtliche Benachteiligungen, aber auch sozialen Ausschluss, indem bspw. ein generelles Aufenthaltsverbot für Klient_innen niedrigschwelliger Einrichtungen in einem Getränkehandel ausgesprochen wird (vgl. Molnar 2015) und sie „wenn [sie] im Jobcenter bekannt sind als konsumierende drogenabhängige Menschen, [...] am Arsch“ (ebd.) seien. Der rechtliche und politische Rahmen bedingt so gesundheitliche und soziale Folgeschäden bei Klient_innen, die die negativen Wirkungen der Substanzen, die sie (eigentlich) konsumieren (wollen) bei Weitem übersteigen (vgl. Krumdiek 2012: 52ff.; Stöver/ Gerlach 2012: 99ff.).

Kontaktläden sind szenenah und bedürfnisorientiert, orientieren sich also an der Lebenswelt der Klient_innen. Dadurch werden ihre Mitarbeitenden direkt mit diesen Auswirkungen der rechtlichen Bedingungen konfrontiert: Sie sehen Verelendungsprozesse der Klient_innen, erfahren von Todesfällen, erleben den Niederschlag hektischer und aggressiver Szenebedingungen in ihren Einrichtungen in Form von Konflikten und Gewalthandlungen und müssen bei Notfällen adäquat reagieren. Diese Herausforderungen müssen sie im Arbeitsalltag bewältigen und darüber hinaus emotionale Belastungen verarbeiten. Die Arbeit in der Drogenhilfe beinhaltet Beziehungsarbeit und den Umgang mit eigenen Emotionen und denen des Gegenübers, sie ist ‚Gefühlsarbeit‘ (vgl. Müller 1979: 146).

Der drogenrechtliche und -politische Rahmen schränkt Mitarbeiter_innen in ihren Handlungsmöglichkeiten ein

Der drogenrechtliche und -politische Rahmen führt zu einer generellen Kriminalisierung der Klient_innen von Kontaktläden, die illegalisierte Substanzen konsumieren, also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit regelmäßig illegale Handlungen vollziehen. Diese generelle Kriminalisierung führt über die gesundheitlichen und sozialen Folgen für Klient_innen hinaus zu Einschränkungen für Mitarbeiter_innen von Kontaktläden, die sie daran hindern, ihre Arbeitsaufgaben zu erfüllen: Die Erreichbarkeit der Hilfeangebote wird deutlich behindert, da sich „die Leute [...] nicht trauen darüber zu sprechen, behaftet sind mit irgendeinem Stigma und sich irgendwo verstecken müssen, in irgendeinem Keller und sich es da geben“ (Molnar 2015). Weiter agiert pädagogische Praxis stets innerhalb der ihr vorgegeben Rahmenbedingungen,

³ Dazu ausführlicher: Krumdiek 2012: 52ff.; Stöver/ Gerlach 2012: 99ff.; Palette e.V. o.J.: online.

d.h. dass die Arbeit in Kontaktläden nur solche Angebote umfassen kann, die ihr rechtlich und politisch gestattet sind. Drogenrecht und -politik setzen also die Grenzen für das, was möglich ist. In der konkreten Arbeit sind Mitarbeiter_innen allerdings mit den Bedürfnissen ihrer Klient_innen konfrontiert, bspw. dem Bedürfnis nach hygienischen Konsumbedingungen, die in Drogenkonsumräumen gegeben sind. Es gibt deutschlandweit „in sechs Bundesländern [...] in 15 Städten insgesamt 23 stationäre Drogenkonsumräume, sowie ein Drogenkonsummobil in Berlin“ (Pfeiffer-Gerschel u.a. 2015: 30). Sie befinden sich in den Stadtstaaten Hamburg (5 Drogenkonsumräume) und Berlin (2 Räume und ein Drogenkonsummobil), in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (10), Hessen (4, alle in Frankfurt/ Main), Niedersachsen (1) und im Saarland (1) (vgl.: Deutsche AIDS-Hilfe e.V. o.J.: online; Deutsche AIDS-Hilfe e.V./akzept e.V. 2011: 26ff.). Die meisten Bundesländer halten dieses gesundheitsorientierte Angebot also nicht vor. Der Freistaat Bayern bspw. stellt sich generell gegen die Schaffung solcher „rechtsfreien Räume“ (vgl. StMUV 2007: 4). Die Bedürfnisse der Klient_innen könnten mit der Einrichtung von Drogenkonsumräumen befriedigt und gesundheitliche Folgeschäden vermieden werden. Die interviewten Mitarbeiter_innen betonen vielfach die Notwendigkeit solcher Einrichtungen und äußern Frustration, wenn diese nicht vorhanden sind. Dieses Beispiel zeigt, wie der rechtliche Rahmen zu negativen Auswirkungen bei Mitarbeiter_innen führt, die ja sehr gut wissen, was helfen würde – wenn sie denn berechtigt wären, diese Maßnahmen zu ergreifen. Zudem stehen die Konsequenzen der drogenrechtlichen und -politischen Regelungen der Zielsetzung von Kontaktläden – Klient_innen in Selbstbestimmung und Selbstermächtigung sowie Gesundheitsfürsorge zu stärken – entgegen:

„Ich finde es persönlich nicht schlimm, wenn Leute Drogen konsumieren, ich finde es nur schlimm, wenn sie Sachen konsumieren müssen, die sie eigentlich nicht konsumieren WOLLEN [...].

Und das würde ich mir schon sehr wünschen, dass das LEBEN sozusagen für unsere Klienten ein bisschen leichter wird und dadurch für uns auch vielleicht die Arbeit wieder irgendwie ein Stückweit attraktiver wird, wenn/ ich hätte da einfach das Gefühl, dass die Leute selbstbestimmter leben können“ (Molnar 2015).

Darüber hinaus sehen Mitarbeiter_innen für sich die Aufgabe, für Klient_innen einzutreten, wenn es diesen nicht selbst möglich ist. Sie wollen also „Sprachrohr für die Klienten“ (ebd.) sein, allerdings „macht das hier nicht unbedingt beliebt. Ja, also das/ Ja, muss man aufpassen“ (ebd.). Öffentliche politische Äußerungen, die nicht konform sind – i. d. R. der Wunsch nach Liberalisierungen in der Drogen(hilfe)politik – können negative Konsequenzen für die Einrichtungen zur Folge haben. So wird aus dem bayerischen Raum berichtet, dass nach einer entsprechenden nichtkonformen öffentlichen Äußerung „wir halt ein Polizeiauto [eine gewisse Anzahl von Tagen] vor der Tür stehen hatten“ (ebd.). Kontaktläden sind allerdings darauf angewiesen, dass ihnen Kommunen, Staatsanwaltschaft und Ordnungsbehörden Rückhalt gewähren: Der Polizeiwagen sowie Personenkontrollen vor und in der Nähe der Einrichtung führen dazu, das Klient_innen diesen Ort meiden – die Arbeit wird unmöglich gemacht (vgl. Stöver 2002: 169). Zwar erfahren Kontaktläden den nötigen Schutzraum

zumeist, allerdings nur auf der Basis informeller Absprachen, die jederzeit zurückgenommen werden können. Das macht Kontaktläden und Mitarbeitende abhängig von den zuständigen Behörden (in erster Linie den Staatsanwaltschaften), sodass sie „keine unnötige Öffentlichkeitsarbeit“ (Molnar 2015) machen – ‚Sprachrohr‘ für Klient_innen zu sein, wird schwer bis unmöglich.

Der drogenrechtliche und -politische Rahmen hat direkte negative Konsequenzen für Mitarbeiter_innen

Drogenpolitische und -rechtliche Rahmenbedingungen wirken jedoch nicht nur indirekt über Klient_innen, deren Bedürfnisse und die (Un-)Möglichkeiten zur Hilfe auf Mitarbeitende ein, sondern sie können auch direkt davon betroffen sein.

Als besonders problematisch ist die rechtliche Situation von Mitarbeiter_innen selbst zu betrachten, die oder deren Einrichtungen immer wieder in den Fokus strafrechtlicher Ermittlungen rücken.⁴ Rechtsgrundlage ist u.a. §29, 10 BtMG, demzufolge es strafbar ist, „einem anderen eine Gelegenheit zum unbefugten Erwerb oder zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln [zu] verschaff[en] oder [zu] gewähr[en]“ (BMJV/juris GmbH 2016: a). Unter diesem Verdacht, „dass man irgendwie Gelegenheit geboten hat, irgendwie Drogen zu verchecken oder sonst irgendwas [...] steht man ja hier immer“ (Molnar 2015). In der Interviewstudie kam dieser Aspekt besonders im bayerischen Raum zur Sprache:

„Die Rechtslage ist zum einen so, dass man sich immer selber so ein bisschen straffällig fühlt oder das Gefühl hat, man steht eigentlich mit einem Bein im Knast. [...] gegen was halt alles ermittelt wird, sage ich mal.“ (ebd.)

Über die eigene strafrechtliche Verfolgung hinaus können Mitarbeiter_innen in Situationen geraten, in denen ihnen die stigmatisierende Behandlung, die Klient_innen regelmäßig erleben, selbst widerfährt. „Kollegen, zum Beispiel, die unerkannt schon kontrolliert worden sind, und dann auch ziemlich abwertend behandelt, respektlos und so. Bis sich rausgestellt hat, dass sie tatsächlich keine Klientel sind, sondern Mitarbeiter einer Suchthilfeeinrichtung“ (Molnar 2015). Der soziale Status der Klient_innen wird stellenweise auf Mitarbeiter_innen übertragen:

„Ja, was nicht so schön ist oder was schwerer wiegt, ist natürlich diese Mit-Stigmatisierung, die immer kommt, die man auch ein Stück weit aushalten muss. [...] Also in diversen [kommunalen Treffen] zum Beispiel, da warten die nur, bis man kommt (lacht): »Das ist die von der Drogenhilfe!« und dann kommen die Prügel raus und es geht ab, ja.“ (ebd.)

Wertschätzung und Anerkennung erfahren Mitarbeiter_innen nur selten von anderen Seiten als von Kolleg_innen und Klient_innen. Zwar wird eindeutig festgestellt, dass

⁴ Köthner (2014: 167ff.) führt einige Beispiele strafrechtlicher Verfolgung auf: Das Café Balance in Mainz, die ‚Bielefelder Prozesse‘ und die Razzia im niedrigschwelligen Kontaktladen der Krisenhilfe Bochum e.V.

das Kontaktladenangebot „von den wichtigen Figuren in der Kommunalpolitik gewünscht und gewollt ist und dass wir dort Rückendeckung haben“ (ebd.), doch Wertschätzung wird selten vermittelt: „Das merkt man ja auch am Finanziellen, ich fühle mich jetzt nicht groß anerkannt oder so“ (ebd.). Einrichtungen und Mitarbeitende befinden sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu öffentlichen und politischen Instanzen, denn diese richten Freiräume für Kontaktläden ein, finanzieren weitreichend die Angebote und können unterstützend wirken – oder auch nicht. Damit hängt die Existenz von einzelnen Angeboten und von der gesamten Einrichtung vom politischen Willen ab und Mitarbeiter_innen werden zum „Spielball [...] der Politik“ (ebd.). Tatsächlich durchgeführte und drohende Kürzungen führen zu Unsicherheit bei Mitarbeitenden, die auf ihren Arbeitsplatz und ihren Stundenumfang angewiesen sind.

„Und, ja, wird gekürzt, hier und da, man weiß nicht wie es mit dem [Kontaktladen] weiter geht.“

„Muss halt echt kucken was PASSIERT. Also, dass das schon eine UNSICHERHEIT ist. Dadurch dass ich jetzt 50% im [anderen Bereich] bin [...], bin ich schon so ein bisschen abgesaved. Aber wie es so mit [dem Kontaktladenangebot] perspektivisch weiter geht, sagen wir mal so, fünf bis zehn Jahre, weiß man nicht. Finde ich auch frustrierend.“ (ebd.)

Schlussfolgerungen: Mitarbeiter_innen eine Stimme geben!

Es ist deutlich geworden, dass sich die drogen- und ordnungspolitischen Rahmenbedingungen massiv auf Mitarbeiter_innen von Kontaktläden auswirken. Sie müssen als Arbeitsbelastung verstanden werden, da sie 1. für Klient_innen deutliche negative Folgen bewirken, die die Mitarbeiter_innen miterleben und verarbeiten müssen, 2. die Handlungsspielräume, in denen Mitarbeitende agieren, massiv beengen⁵ und 3. auf direktem Weg für Mitarbeiter_innen bedrohlich sein können, indem sie bspw. zu Arbeitsplatzunsicherheit und unklaren rechtlichen Situationen führen. Eine repressive Ausgestaltung des politischen und rechtlichen Rahmens, wie sie in Bayern gegeben ist, verschärft diese Problematiken.

„Es ist einfach nur dogmatisch und völlig unpragmatisch, wie da vorgegangen wird. Und das finde ich oft sehr frustrierend. Also wir sind hier so ein Rädchen im Getriebe von irgendeinem System und können halt wirklich nur punktuell, glaube ich, wirklich was verändern. Aber vieles scheitert einfach an dem System, in dem wir uns bewegen.“ (ebd.)

Die Bedingungen des ‚Systems‘ belasten also sowohl Klient_innen als auch Mitarbeiter_innen von Kontaktläden, sodass eine Änderung dieses ‚Systems‘ notwendig

⁵ Diese massiven Einschränkungen lassen sich zumindest im Hinblick auf Kosten- und politische Entscheidungsträger_innen mit den Interviews deutlich aufzeigen. Innerhalb der Einrichtungsträger_innen scheint dies weniger der Fall zu sein: Diese gewähren oftmals einen großen Freiraum, wie die Arbeit gestaltet und strukturiert werden kann.

erscheint. Daraus ergibt sich die **Forderung nach (drogen-)politischem Engagement**⁶, denn eine Liberalisierung des Umgangs mit Drogen, Drogenkonsum, Drogengebraucher_innen und -helfer_innen im Sinne einer Entkriminalisierung scheint unumgänglich, um sowohl die Situation der Klient_innen als auch der Mitarbeitenden niedrigschwelliger Drogenhilfe zu verbessern.

Doch wie soll (drogen-)politisches Engagement gestaltet, wie kann eine Veränderung des ‚Systems‘ angestoßen werden? In erster Linie müssen Problemfelder artikuliert werden – erst wenn sie benannt sind, rücken sie ins Blickfeld und können angegangen werden. Da Mitarbeiter_innen der niedrigschwelligen Drogenhilfe direkt mit den Auswirkungen von Drogenrecht und -politik sowie weiteren ausgrenzenden Strukturen konfrontiert sind, können sie darauf aufmerksam machen können. Mitarbeiter_innen sollten also, wo möglich, deutlich Stellung beziehen, einerseits um Fürsprecher_innen für Klient_innen zu sein, aber auch im eigenen Interesse, um Arbeitsbedingungen und Handlungsmöglichkeiten zu verbessern. Das ‚politische Mandat‘ der Sozialen Arbeit (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 7), welches das Entstehen für Interessen der Klientel beinhaltet, wird also ergänzt um das ‚politische Mandat‘ für die Interessen der Mitarbeitenden selbst.

Damit Mitarbeiter_innen aus einer starken und mündigen Position heraus aktiv Stellung beziehen können, müssen sie sichere Perspektiven erfahren. Das umfasst einerseits ihre Arbeitssituation: Wenn sie um ihren Arbeitsplatz, eine Projektfortführung und den Freiraum für ihre Angebote bangen müssen, ist das keine solide Grundlage, um auch unliebsame Einschätzungen äußern zu können. Eine sichere Arbeitsperspektive ist die Basis guter Arbeitsbedingungen. Andererseits rückt aber auch die rechtliche Lage, v. a. §29 BtMG (s.o.) ins Blickfeld: Eine politische und rechtliche Klärung, wie sie u.a. von akzept e.V. gefordert wird, ist dringend erforderlich, um „Rechtssicherheit für Mitarbeiter/innen und Nutzer/innen niedrigschwelliger Drogenhilfe und die Strafverfolgungsbehörden [zu] gewährleisten“ (Köthner 2014: 169). Unterstützung bei der Vertretung ihrer Interessen sollten Mitarbeitende durch Arbeitgeber_innen, Arbeitnehmer_innenvertretungen, weitere Interessensverbände, aber auch durch Wissenschaft und Forschung erfahren. Besonders Arbeitgeber_innen sind hier gefordert, denn sie haben gegenüber ihren Angestellten eine Fürsorgepflicht (s. §§2,3 ArbSchG; vgl. BMJV/juris GmbH 2016 b), die sie m. E. auch in dieser Hinsicht erfüllen sollten. Arbeitgeber_innen sind zwar weitgehend in ebenjene Rahmenbedingungen eingebunden, die auch Mitarbeiter_innen einschränken – aber auch und gerade in Situationen, in denen Institutionen um ihr Bestehen fürchten, darf nicht Schweigen und Anpassen die Folge sein. Um nicht ‚ein Rädchen im Getriebe von irgendeinem System‘ zu sein und damit Forderungen nicht als einzelne Rufe verhallen, können und sollen Interessenvertretungen – wie es bereits vielfach geschieht⁷ – Mitarbeiter_innen eine starke und laute Stimme verleihen.

⁶ Die Forderung nach drogenpolitischem Engagement ist nicht neu: Beispielsweise wurde sie bereits im Jahr 1999 von akzept e.V. und der Deutschen AIDS-Hilfe geäußert (vgl. ebd.: 16). Der vorliegende Artikel unterstreicht ihre Aktualität.

⁷ Verschiedene Gruppierungen äußern Kritik am bestehenden ‚System‘, so z. B. Palette e.V. mit dem o. g. Positionspapier (als Fürsprecherin für Klient_innen) oder der Schildower Kreis an verschiedener Stelle.

Literatur

- akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.) (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. akzept Materialien Nr. 3.
- BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz)/juris GmbH (2016a): Gesetze im Internet, online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/index.html; letzter Zugriff: 26.02.16.
- BMJV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz)/juris GmbH (2016b): Gesetze im Internet, online verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/index.html>; letzter Zugriff: 29.03.16.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (o.J.): Drogenkonsumräume. Standorte und Informationen zu Konsumräumen in Deutschland, online verfügbar unter: <http://drogenkonsumraum.net/standorte>; letzter Zugriff: 29.03.16.
- Deutsche AIDS-Hilfe e.V./akzept e.V. (2011): Drogenkonsumräume in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraums, Berlin.
- Köthner, U. (2014): Niedrigschwellige Drogenhilfe bleibt weiterhin bedroht - zu den Vorfällen um das Café Balance in Mainz, in: akzept e.V./ Deutsche AIDS-Hilfe/ JES e.V. (Hrsg.): 1. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2014, online verfügbar unter: <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2014/07/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2014.pdf>, 167-170.
- Krumdiek, N. (2012): Rechtliche Folgen der Prohibition, in: Gerlach, R./ Stöver, H. (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt/ Main, 49-58.
- Molnar, D. (2015): Unveröff. Interviewtranskripte.
- Müller, B. (1979): Jugendarbeit, Lohnarbeit, Gefühlsarbeit, in: Brockmann, A.D./ Liebel, M./ Rabatsch, M. (Hrsg.): Jahrbuch der Sozialarbeit 3. Arbeit mit Frauen, Heimerziehung, Jugend- und Stadtteilarbeit, Rowohlt.
- Palette e.V. (o.J.): Positionspapier von Trägern und MitarbeiterInnen der deutschen Drogenhilfe zur Drogenpolitik, online verfügbar unter: <http://www.palette-hamburg.de/index.php/palette-ev-aktuelles/228-positionspapier-der-ag-drogenpolitik-hamburg-zur-aktuellen-drogenpolitik>; letzter Zugriff: 19.02.2016.
- Pfeiffer-Gerschel, T. u.a. (2015). Deutschland, Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Gesundheitliche Begleiterscheinungen und Schadensminderung, München.
- Schmidt, B./ Hurrelmann, K. (2000): Grundlagen einer präventiven Sucht- und Drogenpolitik, in: Schmidt, B./ Hurrelmann, K. (Hrsg.): Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch, Opladen, 13-23.
- Staub-Bernasconi, S. (2007): Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit, in: Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (Hrsg.): SIO – Sozialarbeit in Österreich, Wien, 8-17.
- StMUV (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz) (2007): Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen. Beschluss der Bayerischen Staatsregierung vom 12. Juni 2007, online verfügbar unter: http://www.stmgp.bayern.de/aufklaerung_vorbeugung/sucht/doc/grundsaeetze_suchtforsch.pdf; letzter Zugriff: 20.03.16.
- Stöver, H. (2002): Kontaktläden – Anlaufstelle mit Brückenfunktion, in: Böllinger, L./ Stöver, H. (Hrsg.): Drogenpraxis. Drogenrecht. Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Frankfurt/ Main, 160-174.
- Stöver, H./ Gerlach, R. (2012): Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition, in: Gerlach, R./ Stöver, H. (Hrsg.): Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen. Frankfurt/ Main, 95-110.

1.10 | Repräsentative Umfragen: Wie stehen die Deutschen zu Cannabis und Legalisierung?

Georg Wurth

Zusammenfassung

Eine Mehrheit für eine vollständige Legalisierung von Cannabis gibt es in Deutschland noch nicht. Aber die Werte steigen seit Jahren deutlich an, eine Mehrheit hält den Kampf gegen Drogen für wenig erfolgreich und glaubt unabhängig von der eigenen Meinung, dass Cannabis in Deutschland für Erwachsene in einigen Jahren legal erhältlich sein wird.

USA und Medizin

In den USA werden seit vielen Jahren regelmäßig Umfragen zum Thema Cannabislegalisierung durchgeführt. Seit 1986 (23%) ist die Zustimmung kontinuierlich auf mittlerweile stabil über 50% gestiegen (Gallup 2015). Ende März 2016 wurde ein Rekordwert von 61% gemessen (Ingraham 2016). In Deutschland ist die Datenlage dünner, aber auch hier gab es in den letzten Jahren zunehmend entsprechende Umfragen.

Eindeutig, beinahe überwältigend, ist die Zustimmung in Sachen Cannabis als Medizin. Eine große Mehrheit befürwortet es, Patient_innen den Zugang zu Cannabis zu erleichtern. Das Allensbach-Institut kam 2006 auf eine Zustimmung von 77% (DHV 2006), der Spiegel meldete im Sommer 2015 nach einer Infratest-Umfrage 90%. Hier besteht großer Handlungsbedarf, wenn Demokratie mehr bedeuten soll als ein Kreuzchen alle vier Jahre. Entsprechend plant die Bundesregierung zu handeln.

Legalisierung und Entkriminalisierung

Bei der Frage nach der Legalisierung von Cannabis, also der staatlichen Regulierung des bestehenden Marktes inklusive des Verkaufs, zeigen die Umfragen noch keine Mehrheit, aber einen deutlichen Anstieg der Zustimmung.

Mir vorliegende EMNID-Umfragen aus 2001 und 2010 fragten noch nicht eindeutig nach „Legalisierung? ja oder nein“, sondern waren differenzierter und haben als Antwortmöglichkeit auch die Entkriminalisierung von Konsument_innen angeboten, also einen liberaleren Umgang mit ihnen, ohne den Verkauf zu regeln. 2001 kamen die Antwortmöglichkeiten „Entkriminalisierung“ und „Legalisierung“ zusammen noch auf 34%. 2010 waren es dann 54% der Befragten, die sich auf die eine oder andere Weise für eine liberalere Cannabispolitik aussprachen (DHV, 30.07.2010).

Diese EMNID-Umfragen sind wegen der vielen Antwortmöglichkeiten vermutlich nicht ganz aussagekräftig, was die Legalisierungsfrage angeht, aber es liegen aus früheren Jahren keine eindeutigeren Umfragen vor. In beiden Umfragen hatten sich 19% der Deutschen für die Legalisierung ausgesprochen, nur die Zustimmung zur Entkriminalisierung war deutlich gestiegen.

2014 waren laut Infratest-Dimap 30% der Deutschen der Meinung, Cannabis sollte für Volljährige legal und reguliert erhältlich sein, zum Beispiel über Fachgeschäfte wie in Colorado (DHV 2014). Genau ein Jahr später, im November 2015, waren es bei genau gleicher Fragestellung 42% (DHV 2015). Beide Umfragen wurden vom DHV in Auftrag gegeben und zeigen einen sehr deutlichen Trend, der in letzter Zeit von einer zunehmenden Zahl ähnlicher Umfragen bestätigt wurde. Forsa kam zum Beispiel im Auftrag des Stern im Juli 2015 auf 37%, Yougov meldet im März 2015 39%.

Das entspricht in etwa dem Wert, der in den USA 2008 überschritten wurde. So gesehen liegt Deutschland in der Entwicklung 7 Jahre hinter den USA zurück. Allerdings steigt die Zustimmung hierzulande zurzeit schneller als vor einigen Jahren in den USA, vermutlich auch durch die internationale Entwicklung und die Tatsache, dass es nun erstmals konkrete Beispiele für eine staatliche Regulierung von Cannabis gibt.

Die Zustimmung zu einer umfassenden Regulierung des Cannabismarktes ist also deutlich gestiegen und kein Außenseiterthema mehr. Aber es gibt eben auch noch keine Mehrheit. Also kein Handlungsbedarf?

Handlungsbedarf

Zumindest beim Thema Cannabis als Medizin legen die Umfragen sofortiges Handeln nahe. Es ist der Bevölkerung kaum noch zu vermitteln, warum Patient_innen ihre Medizin verweigert wird. Auch die Verfolgung der Konsument_innen scheint nicht mehr zeitgemäß. Doch auch was den legalen Zugang zu Cannabis als Genussmittel angeht, wird die Politik nicht mehr lange den Kopf in den Sand stecken können.

Angesichts der steigenden Zustimmungsraten ist damit zu rechnen, dass es in wenigen Jahren auch in Deutschland eine Mehrheit für die Legalisierung von Cannabis gibt. Es macht also Sinn, sich zumindest schon mal Gedanken über mögliche Legalisierungsszenarien zu machen. Eine knappe Mehrheit von 51% rechnete laut Infratest Dimap im November 2015 jedenfalls damit, „dass Cannabis in Deutschland für Erwachsene in einigen Jahren legal erhältlich sein wird“, also auch einige derjenigen, die selbst nicht dafür sind (DHV 2015).

Dazu kommt, dass 77% der Meinung sind, der internationale Kampf gegen Drogen sei wenig oder gar nicht erfolgreich (DHV 2014). Sie sehen also das Scheitern repräsentativer Maßnahmen, ohne in gleicher Zahl konsequent umsteuern zu wollen. Offenbar sind die Menschen unsicher, ob ein legaler Cannabismarkt bessere Ergebnisse zeigt.

Dieser Zwiespalt lässt die Deutschen aber zumindest über Alternativen nachdenken, sie wollen andere Modelle erproben. Das zumindest legen Umfragen aus Berlin nahe. Obwohl Forsa im Auftrag der Berliner CDU im September 2015 entsprechend dem Bundestrend „nur“ 39% für eine generelle Legalisierung gemessen hat, sprachen sich kurz darauf 58% der Berliner_innen dafür aus, das geplante Modellprojekt zur Cannabisabgabe in Friedrichshain/Kreuzberg zu genehmigen (DHV 2015). Für eine

umfassende Legalisierung von Cannabis auf einen Schlag im ganzen Land ist Deutschland also noch nicht bereit, aber die Bevölkerung möchte neue Wege in begrenztem Umfang erproben. Städte, die sich für solche Modellprojekte einsetzen, brauchen keine Angst vor der eigenen Courage bzw. dem Wähler oder der Wählerin zu haben. Das gleiche gilt für die zurzeit diskutierte Änderung des BtMG zur Erleichterung solcher Projekte und für die Bundesregierung, die wohlwollender mit solchen Ersuchen aus den Städten umgehen könnte.

Cannabis vs. Alkohol

Interessant sind auch die Ergebnisse der Infratest-Umfrage von Oktober 2014 bezüglich der Frage zur Gefährlichkeit von Cannabis im Vergleich zu Alkohol. Nur 20% halten Cannabis für gefährlicher als Alkohol, weitere 20% halten Cannabis für weniger gefährlich, der Rest hat entweder keine Meinung oder hält beide Drogen für ähnlich gefährlich (46%; DHV 2014). Das Argument, Cannabis müsse verboten bleiben, weil es schädlicher sei als Alkohol, findet also in der Bevölkerung genau so wenig Zustimmung wie unter Fachleuten.

Details der Umfragen-Ergebnisse – Alter, Bildung, Einkommen, Geschlecht, Parteien

Die Ergebnisse der Infratest-Dimap-Umfragen 2014 und 2015 offenbaren interessante Details bei der Legalisierungsfrage. So haben sich die Meinungen in den verschiedenen Altersgruppen weitgehend angeglichen, es gibt kaum Unterschiede in den Altersgruppen von 18 bis 59. Nur die Generation 60+ liegt deutlich unter dem Durchschnitt, obwohl die Zustimmung zur Legalisierung auch dort innerhalb eines Jahres deutlich zugenommen hat (von 19 auf 33%). Beim Bildungsgrad ist das Gefälle dagegen eindeutig: 2015 waren nur 33% der Befragten mit Hauptschulabschluss für Cannabis-Fachgeschäfte wie in Colorado, aber 51% der Befragten mit Abitur/Fachhochschulreife. Das gleiche Bild ergibt sich bei der Betrachtung der finanziellen Situation der Befragten, die Zustimmung zur Legalisierung steigt mit dem Haushaltseinkommen von 34 auf 50% (2015). Männer sind wesentlich häufiger für die Legalisierung als Frauen (52 vs. 33%; DHV 2014; DHV 2015).

Interessant für die politische Debatte sind natürlich auch die Ergebnisse bei den unterschiedlichen Parteianhänger_innen. Bei den Wähler_innen von Linken, Grünen und „Sonstigen“ gab es 2015 jeweils deutliche Mehrheiten für die Legalisierung von Cannabis (56, 67, und 61%). Bei der SPD waren es 44 und bei der CDU immerhin 29%. Das spricht für erheblichen Diskussionsbedarf auch innerhalb der beiden „großen Volksparteien“. Auch die Anhänger_innen der CDU stehen bei Weitem nicht so klar hinter dem Cannabisverbot wie ihre Volksvertreter_innen.

Die öffentliche Debatte der letzten Jahre lässt sich deutlich daran ablesen, dass es immer weniger Menschen gibt, die keine Meinung zum rechtlichen Umgang mit Cannabis haben. Nur noch 1% der Befragten hatte 2015 keine Meinung zu dem Thema, 2014 waren es noch 2% und bei der EMNID-Umfrage 2010 waren es 7%.

Fazit

International gerät das Cannabisverbot ins Wanken. Auch die Deutschen sehen repressive Drogenpolitik kritisch, sie zeigen sich offen dafür, neue Wege auszuprobieren. Für eine vollständige Legalisierung von Cannabis sind sie noch nicht bereit, aber die Umfragewerte sind stark gestiegen, so dass eine Mehrheit in absehbarer Zeit nicht unwahrscheinlich ist.

Beim Thema Cannabis als Medizin ist die Sache wiederum glasklar, eine überwältigende Mehrheit will den Zugang erleichtern. Die Zeiten ändern sich!

Literatur

- CDU Berlin (2016): 61 Prozent der Berliner lehnen Freigabe von Cannabis ab, online verfügbar unter: http://www.cduberlin.de/lokal_1_1_167_61-Prozent-der-Berliner-lehnen-Freigabe-von-Cannabis-ab.html; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Deutscher Hanfverband (2006): Breite Mehrheit für Cannabis als Medizin, online verfügbar unter: <https://hanfverband.de/nachrichten/news/breite-mehrheit-fuer-cannabis-als-medizin>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Deutscher Hanfverband (2010): Laut EMNID-Umfrage ist die Mehrheit der Deutschen für ein liberaleres Cannabisrecht, online verfügbar unter: <https://hanfverband.de/nachrichten/news/laut-emnid-umfrage-ist-die-mehrheit-der-deutschen-fuer-ein-liberaleres-cannabisrecht>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Deutscher Hanfverband (2014): Mehrheit der Deutschen sieht Drogenkrieg kritisch - Hanfverband kündigt Medienkampagne an, online verfügbar unter: <https://hanfverband.de/nachrichten/pressemitteilungen/mehrheit-der-deutschen-sieht-drogenkrieg-kritisch-hanfverband-kuendigt-medienkampagne-an>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Deutscher Hanfverband (2015): Neue Umfrage: Zustimmung zur Legalisierung von Cannabis innerhalb eines Jahres drastisch gestiegen, online verfügbar unter: <https://hanfverband.de/nachrichten/pressemitteilungen/neue-umfrage-zustimmung-zur-legalisierung-von-cannabis-innerhalb-eines-jahres-drastisch-gestiegen>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Deutscher Hanfverband (2015): Mehrheit der Berliner für Cannabis-Modellprojekt in Kreuzberg, online verfügbar unter: <https://hanfverband.de/nachrichten/pressemitteilungen/mehrheit-der-berliner-fuer-cannabis-modellprojekt-in-kreuzberg>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Gallup (2015): Umfragen-Übersicht USA, online verfügbar unter: <http://www.gallup.com/poll/1657/illegal-drugs.aspx>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Ingraham, C. (2016): Support for marijuana legalization has hit an all-time high, in: Washington Post, 23.05.2016, online verfügbar unter: <https://www.washingtonpost.com/news/wonk/wp/2016/03/25/support-for-marijuana-legalization-has-hit-an-all-time-high/>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Schmidt, M. (2016): Bevölkerung uneins über Legalisierung von Marihuana, in: YouGov, 10.03.2016, online verfügbar unter: <https://yougov.de/news/2015/03/10/knappe-mehrheit-gegen-legales-kiffen/>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Stern (2015): Deutsche gegen Legalisierung von Haschisch, in: stern-Umfrage, 29.07.2015, online verfügbar unter: <http://www.stern.de/panorama/gesellschaft/stern-umfrage-deutsche-gegen-legalisierung-von-haschisch-6362378.html>; letzter Zugriff: 12.04.2016.

1.11 | Für eine evidenzbasierte Drogenpolitik in Deutschland – Zur Gründung von LEAP Deutschland

Hubert Wimber

Zusammenfassung

Eine rationale Suchtpolitik muss unter anderem gewährleisten, dass Menschen, die Suchtmittel konsumieren, möglichst risikoarme Konsummuster aufweisen und möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Schäden und Risiken erhalten. Zur Erreichung dieser Ziele sind die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts kontraproduktiv. Für eine wissenschaftlich fundierte und systematisch erfahrungsbasierte Drogenpolitik wird sich die Ende 2015 gegründete deutsche Sektion von Law Enforcement Against Prohibition (LEAP DE) als Zusammenschluss von aktiven und ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Strafverfolgungsbehörden einsetzen.

Nach einer aktuellen repräsentativen Umfrage von infratest dimap stimmten 42 Prozent der Befragten der Aussage zu, Cannabis sollte für Volljährige legal und reguliert erhältlich sein. Danach hat sich die Zahl der Legalisierungsbefürworter_innen binnen Jahresfrist um 12 Prozent erhöht. Eine knappe Mehrheit von 51 Prozent der Deutschen glaubt, dass Cannabis auch in Deutschland in einigen Jahren für Erwachsene legal erhältlich sein wird (Cousto 2015). Diese bemerkenswerte Zunahme der Legalisierungsbefürworter ist Ausdruck einer in den letzten Jahren auch in Deutschland vermehrt geführten drogenpolitischen Diskussion.

An dieser Diskussion beteiligen sich zahlreiche Personen und Institutionen mit professionellem Bezug zu Suchtfragen, die sich trotz eines unterschiedlichen Zugangs zu diesem Thema darin einig sind, dass eine wesentlich auf Strafbarkeit und Strafverfolgung ausgerichtete Drogenpolitik nicht zu einer Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch Suchtmittelkonsum führt, sondern dass das aktuelle Betäubungsmittelgesetz selbst unmittelbar schädigende Auswirkungen für Drogenkonsument_innen hat. Ziel dieser Diskussion ist die Schaffung einer konstruktiven Gegenöffentlichkeit zu den offiziellen Verlautbarungen der Bundesregierung, die sich bislang weigert, die gesetzlichen Grundlagen für eine wissenschaftlich fundierte und systematisch erfahrungsbasierte Drogenpolitik zu schaffen, die tatsächlich zu einer Schadensminderung für die Konsument_innen illegaler Drogen führt.

Beispielhaft und aktuell ist in dieser Debatte das Positionspapier der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.“ (DHS), das vom Vorstand am 14.09.2015 einstimmig verabschiedet worden ist. In der DHS sind die in der Suchthilfe und Suchtprävention bundesweit tätigen Verbände und gemeinnützigen Vereine zusammengeschlossen,

unter anderem 1.400 ambulante Suchtberatungsstellen und 800 stationäre Suchthilfe-einrichtungen. Das Positionspapier stellt fest, dass sich eine rationale Suchtpolitik an folgenden Zielen, die sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erreicht werden sollen, messen lassen muss:

- möglichst wenige Menschen konsumieren Drogen, Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu konsumieren
- Menschen die Drogen konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur unter Bedingungen, in denen die Risiken nicht zusätzlich verschärft werden
- Konsumierende, deren Drogenkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden
- Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2015).

Unter Verweis auf ein Vielzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen, Stellungnahmen von Fachverbänden und Veränderungen in der Drogenpolitik in Richtung Entkriminalisierung im internationalen Kontext äußert das Positionspapier deutliche Zweifel, ob die derzeit geltenden Bestimmungen des Betäubungsmittelrechts die Erreichung der zuvor genannten Ziele der Drogen- und insbesondere der Cannabispolitik tatsächlich unterstützen. In der Konsequenz fordert der DHS noch in dieser Legislaturperiode, als bis 2017, die Einrichtung einer Enquete-Kommission, die die derzeit geltenden rechtlichen Grundlagen der Cannabispolitik auf ihre erwünschten und unerwünschten Folgen einer umfänglichen Überprüfung unterziehen soll. Außerdem soll die Bundesregierung die begrenzte, kontrollierte und wissenschaftlich begleitete Durchführung von Modellprojekten ermöglichen, die Alternativen zur derzeitigen Verbotspraxis erforschen und Möglichkeiten der kontrollierten Abgabe erproben. „Nach so vielen Jahren ergebnisloser Diskussionen sind wir nicht mehr an Glaubenssätzen, Meinungen und Allgemeinplätzen zur Prohibition interessiert. Wir erwarten klare Beweise. Für die Vorteile von Prohibition wurde noch kein einziger vorgelegt. Diejenigen dagegen mehren sich von Jahr zu Jahr. Ob uns das gefällt oder nicht, spielt überhaupt keine Rolle. Es sei denn, Drogenpolitik wäre eine Geschmacksfrage.“ (Gaßmann 2015)

Die Erkenntnis, dass die prohibitive Drogenpolitik gemessen an ihren eigenen Zielen der Schadensminderung und der Generalprävention eklatant gescheitert ist, ist nicht neu. So kam eine internationale Expertengruppe um den ehemaligen UN-Generalsekretär Kofi Annan bereits 2011 zu dem Ergebnis, dass der seit Jahrzehnten betriebene „Krieg gegen die Drogen“ nicht gewonnen werden könne und fordert daher einen kritischen Umgang mit der repressiven Drogenpolitik. Trotz all dieser Befunde verharret die Drogenpolitik der Bundesregierung in ihrer Ablehnung einer Entkriminalisierung in dem Konstrukt von Glaubenssätzen, Moralisierung und Allgemeinplätzen, ohne die wissenschaftlichen Grundlagen einer evidenzbasierten Drogenpolitik tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen. „Cannabis ist keine harmlose Droge, gerade für Jugendliche in der Entwicklungsphase nicht. Ich möchte und werde auch weiterhin auf die Gefahren hinweisen. Mir geht es um die Gesundheit der Menschen“ (Mortler 2014). Fast zeitgleich beklagt die Bundesdrogenbeauftragte, dass die Zahl der Jugendlichen mit regel-

mäßiger Cannabis-Erfahrung innerhalb eines Jahres nach einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung um 0,8 Prozent auf aktuelle 4,4 Prozent gestiegen sei. Bei den 17- bis 25-Jährigen sei die Zahl derjenigen, die mindestens einmal im Monat Cannabis konsumieren sogar von 11,6 auf 17,7 Prozent hochgeschwollen. Was sie nicht erwähnt ist der Umstand, dass es sich hierbei um Zahlen handelt, die auf der Grundlage einer Verbotspolitik ermittelt worden sind.

Trotz Strafbarkeit aller Umgangsformen mit Cannabis und dessen Zubereitungsformen mit Ausnahme des Konsums selbst ist festzuhalten, dass der zumindest gelegentliche Gebrauch von Cannabis für einen großen Teil der Bevölkerung einen hohen Grad an Normalität und Akzeptanz erreicht hat. Cannabis ist auch in Deutschland die am meisten konsumierte illegale Droge. Die Lebenszeitprävalenz Erwachsener (18 - 64 Jahre) liegt bei 23,2 Prozent. Innerhalb der letzten 12 Monate konsumierten 4,5 Prozent der Erwachsenen oder umgerechnet mehr als 2,3 Millionen Personen Cannabis, innerhalb des letzten Monats ca. 1,2 Millionen Personen (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht 2015). Ein Rückgang der Konsumentenzahlen ist jedenfalls nicht feststellbar. Vielmehr ein, wenn auch moderater, Anstieg. Wenn jedoch mit der prohibitiven Drogenpolitik das Ziel der Generalprävention erreicht werden soll, bedeutet dies konkret, dass durch die Strafbarkeit die Nachfrage nach Drogen reduziert werden soll und damit die Konsumentenzahl zurückgehen müsste. Für diesen Zusammenhang gibt es jedoch keinerlei empirischen Befund. Der jährliche Drogenbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht stellt außerdem fest, dass die in mehreren EU-Staaten in den letzten Jahren durchgeführte Entkriminalisierung von Cannabiswerb und -besitz zum Eigenbedarf in keinem Fall zu einem Anstieg des Drogenkonsums geführt hat.

Auch für die Schadensminderung als weiterer Rechtfertigung für die Strafbarkeit des Umgangs mit illegalen Drogen gibt es nichts Positives zu berichten. Ganz im Gegenteil: Trotz des Umstandes, dass der Gebrauch jeder psychoaktiv wirkenden Substanz zu einer - regelmäßig jedoch nur bei einer Minderheit aller Konsumierenden (Hoch et al. 2015) ¹ - psychischen und/oder physischen Abhängigkeit führen kann und damit auch mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist, herrscht in der Fachdiskussion weitgehend Einigkeit, dass gesundheitliche Schäden weniger auf den Wirkstoffen der Droge beruhen, sondern eine direkte Folge eines großen und vollumfänglich zur Verfügung stehenden illegalen Marktes sind. Kriminelle Märkte kennen aufgrund ihrer inneren Logik weder einen Jugendschutz noch wirksame Maßnahmen für einen Verbraucher_innenschutz, also an gesundheitlichen Kriterien orientierte Regelungen bezüglich Produktion, Produktqualität und Produktkontrolle sowie Regulierungen des Handels. Der Staat ist jedenfalls weltweit nicht in der Lage, zum Gesundheitsschutz seiner Bürgerinnen und Bürger wirksam in den illegalen Markt einzugreifen, um ernsthafte Gefährdungen, die weit über die Wirkstoffe selbst hinausgehen, zu mindern. Ebenso wenig konnte weder mit militärischen noch mit polizeilichen Mitteln verhindert werden, dass der Umsatz der organisierten Drogenkriminalität geschätzt einen Wert von jährlich 500 Milliarden US-\$ erreicht hat. Eine gigantische Summe, die neben dem Transfer in den legalen Wirtschaftskreislauf auch zur Destabilisierung von

¹ Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass ca. 9% der regelmäßigen Cannabiskonsumenten risikobehaftete Konsumgewohnheiten aufweisen.

staatlichen Strukturen in vielen Anbau- und Transitländern sowie zur Finanzierung lokaler Kriege und Terrorismus verwandt wird.

Angesichts dieses Szenarios ist nach meiner Überzeugung konsequenterweise auch die Arbeit der Polizei in diesem Kriminalitätsfeld trotz eines zum Teil hohen Personalaufwandes kontraproduktiv und erfolglos. In Deutschland wurden im Jahr 2014 nach der Polizeilichen Kriminalstatistik insgesamt 276.734 von der Polizei ermittelte Straftaten der Betäubungsmittelkriminalität ausgewiesen, eine Fallzahl, die gegenüber den schon hohen Werten des Vorjahres noch einmal um 23.209 Delikte angestiegen ist. Dies entspricht einem Anteil von 4,55 Prozent aller durch die Polizei ermittelten Straftaten und stellt den höchsten Wert der letzten 10 Jahre dar. Dieser Anstieg beruht ausschließlich auf einer Zunahme der sogenannten konsumnahen Delikte des Besitzes und Erwerbs für den Eigenbedarf, die mit einer Fallzahl von 209.514 Delikten (im Jahr 2013 waren es 189.783 registrierte allgemeine Verstöße gegen § 28 BtMG) ca. 75 Prozent aller Fälle der Betäubungsmittelkriminalität ausmachen (Bundeskriminalamt 2014). Demgegenüber sind die Straftaten, die den Handel und Schmuggel sowie die Einfuhr nicht geringer Mengen zum Gegenstand haben, also die Delikte, die die Angebotsseite krimineller Märkte in den Blick nehmen, im gleichen Zeitraum um zum Teil zweistellige Prozentzahlen zurückgegangen. In der polizeilichen Realität werden also trotz der immer wieder durch Verantwortliche in den Polizeibehörden verkündeten Zielsetzung der Bekämpfung der organisierten Drogenkriminalität ganz überwiegend Konsument_innen Beschuldigte von Ermittlungsverfahren, die keine Opfer hervorufen und niemanden schädigen, außer vielleicht in einigen Fällen sich selbst, was nach unserer Rechtsordnung nicht strafbar ist.

Dieser Widerspruch zwischen Zielsetzung und polizeilicher Ermittlungsrealität, der wohl zum Teil auf das im deutschen Strafrecht verankerte Legalitätsprinzip zurückzuführen ist, nach der die Polizei und eingeschränkt auch die Staatsanwaltschaft bei jedem Anfangsverdacht einer Straftat ermitteln muss, bewirkt aber auch, dass die Folgen eines Ermittlungs- und Strafverfahrens für Konsument_innen den Verlust des Führerscheins und Schwierigkeiten am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz haben können. So kann eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert werden. Damit stellt sich aber auch die Frage, ob nach dem heutigen Kenntnisstand die strafrechtlichen Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes noch verfassungsgemäß sind. 122 und damit die Mehrheit der deutschen Strafrechtsprofessoren haben im März 2015 eine Resolution an den Deutschen Bundestag verfasst, in der sie daran erhebliche Zweifel äußern. In einem demokratischen Rechtsstaat kann nicht jedes sozial nicht erwünschte Verhalten unter Strafe gestellt werden. Das Strafrecht als schärfste Reaktion des Staates auf menschliches Verhalten entspricht nur dann der Verfassung, wenn es zur Erreichung seiner Ziele geeignet und erforderlich und selbst bei Erfüllung dieser Bedingungen nicht gegen das Übermaßverbot verstößt. Schon die wenigen zuvor getätigten Bemerkungen geben deutliche Hinweise darauf, die Strafvorschriften als ungeeignet und mithin als unverhältnismäßig und verfassungswidrig einzustufen.

Neben der überflüssigen Bindung von gut ausgebildetem Personal bei der massenhaften Verfolgung von Konsument_innen und Kleindealer_innen müsste die Polizei, wie auch die weiteren Strafverfolgungsbehörden, ein Organisationsinteresse an der Änderung der auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßenden Rechtslage haben. Es gibt bereits durchaus einflussreiche Stimmen aus der Polizeiorganisation, die die auf-

wändige und ressourcenintensive Arbeit der Polizei bei der Verfolgung von Drogendelikten als weder besonders effektiv noch zielführend bewerten (vgl. Schulz 2015). Dies ist jedoch bislang eine Minderheitenmeinung, die Mehrheit derjenigen, die sich als Vertreter_innen der Strafverfolgungsbehörden zu diesem Thema äußern, plädiert weiterhin für eine Beibehaltung des strafrechtlichen Status-quo.²

Um diesen Zustand zu verändern, haben wir Ende 2015 die deutsche Sektion von Law Enforcement Against Prohibition (LEAP DE) gegründet. „Wir“ meint eine Gruppe von aktiven und ehemaligen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus Strafverfolgungsbehörden, Bundestagsabgeordnete, Strafverteidiger_innen sowie weiteren Personen aus der Strafrechtspflege die die Auffassung teilen, dass die Drogenprohibition und der „Krieg gegen die Drogen“ für die Gesellschaft im Allgemeinen und für die Konsument_innen illegaler Drogen im Besonderen erhebliche schädliche Folgen hat und dass es daher notwendig ist, legale Alternativen zu einer repressiven Drogenpolitik aufzuzeigen. Wir werden uns mit unserer speziellen beruflichen Erfahrung intensiv an der Diskussion beteiligen und für eine evidenzbasierte Drogenpolitik eintreten.

Zur Erreichung unserer Ziele werden wir Vorhaben der Aufklärung, Bildung und der wissenschaftlichen Politikberatung initiieren und fördern. Wir erwarten von den politisch Verantwortlichen eine ideologiefreie und wissenschaftliche Überprüfung von Schaden und Nutzen der aktuellen Drogenpolitik im Sinne des „Cannabis-Beschlusses“ des Bundesverfassungsgerichtes vom 09. März 1994. In diesem Sinn wollen wir selbstverständlich auch in den Strafverfolgungsbehörden für unsere Ziele werben. Auch wenn wir nach unserem Vereinszweck in erster Linie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit beruflichen Erfahrungen auf dem Gebiet der Strafrechtspflege organisieren wollen, kann darüber hinaus auch jedermann Mitglied von LEAP DE werden, der/die unsere Ziele unterstützt.³

Literatur

- Bundeskriminalamt (2014): Polizeiliche Kriminalstatistik, online abrufbar unter: https://www.bka.de/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pks__node.html?__nnn=true; letzter Zugriff: 11.04.2015.
- Cousto, H. (2015): Mehrheit der Deutschen glaubt an baldige Legalisierung, online verfügbar unter: <http://blogs.taz.de/drogerie/2015/11/20/cannabis-mehrheit-der-deutschen-glaubt-an-baldige-legalisierung/>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2015): Cannabispolitik in Deutschland, Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen, Hamm, S.3.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht (2015): Drogen. Bericht 2015 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD, online verfügbar unter: http://www.dbdd.de/images/dbdd_2015/wb03_drogen_2015_germany_de.pdf; letzter Zugriff: 11.04.2015.
- Gaßmann, R. (2015): Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., online abrufbar unter: <http://www.vorwaerts.de/artikel/drogenbeauftragte-strikt-gegen-cannabis-legalisierung>; letzter Zugriff: 11.04.2015.

² „Jeglichen Rufen nach einer Freigabe erteilt die Gewerkschaft der Polizei nach wie vor eine klare Absage,“ so Dietmar Schilff, stellvertretender GdP-Bundvorsitzender, anlässlich des Drogensymposiums der Gewerkschaft der Polizei am 07. und 08.10.2015 in Berlin, zu dem im Übrigen nicht ein Befürworter einer alternativen Drogenpolitik eingeladen war.

³ weitere Informationen auf unserer Webseite www.leap-deutschland.de

- Hoch, E./Bonnet, U./Thomasius, R./Ganzer, F./Havemann-Reinecke, U./Preuss, UW (2015): Risks associated with the non-medicinal use of cannabis, in: Deutsches Ärzteblatt International, 112 (16), 271-278.
- Mortler, M. (2015): Drogenbeauftragte der Bundesregierung, in: vorwärts, online abrufbar unter: <http://www.vorwaerts.de/artikel/drogenbeauftragte-strikt-gegen-cannabis-legalisierung>; letzter Zugriff: 11.04.2015.
- Schulz, A. (2015): Drogenpolitik neu denken, in: 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, 158-162.

1.12 | Fünf Schritte zum Einstieg in eine rationale Drogenpolitik

Michael Kleim

Zusammenfassung

Der Artikel benennt konkrete Schritte, die von der Politik zeitnah umgesetzt werden können, um zu einer rationalen Drogenpolitik zu gelangen. Die Maßnahmen werden mit bereits bestehenden europäischen oder außereuropäischen Erfahrungen in Beziehung gesetzt.

Die globale Situation der Drogenpolitik befindet sich in einer Sackgasse und kann aus Sicht eines Menschen, der sich für Demokratie und Menschenrechte einsetzt, als Desaster bezeichnet werden. Der Kampf gegen die Strukturen von Drogenanbau, -herstellung und -handel führt immer mehr zur Eskalation und zu einer Militarisierung des Konfliktes. Ganze Regionen werden destabilisiert. Systematische Menschenrechtsverletzungen wie willkürliche Verhaftungen, Internierung in Straflagern, Folter und Todesstrafe sind eine direkte Folge der auf Prohibition fußenden Politik. Diesem hohen Preis stehen fatale Ergebnisse gegenüber, wie die Expansion illegaler Drogenmärkte, ein wachsender ökonomischer und politischer Einfluss der organisierten Kriminalität und eine unüberschaubare Korruption.

Die demokratischen Staaten Europas haben für den schlechten Zustand der internationalen Drogenpolitik eine Verantwortung. Statt demokratische Alternativen vorzuleben, bestärken und legitimieren sie über die Prohibition autoritäre und diktatorische politische Systeme.

Konkrete politische Schritte, die eine grundlegende Änderung herbeiführen können, sind möglich, sinnvoll und notwendig. Als Ziele einer rationalen Drogen- und Suchtpolitik will ich benennen:

- Abbau von Repression in der Drogenpolitik,
- effektive Zurückdrängung und Begrenzung krimineller Strukturen,
- Gewährleistung einer konsequent gesundheitspolitischen Ausrichtung von Drogenpolitik, was Jugend- und Konsumentenschutz einbezieht.

1 Konsequente Entkriminalisierung der Drogenkonsumenten

Die Kriminalisierung von Konsumierenden verhindert keinen Drogengebrauch, stigmatisiert die Betroffenen und führt zu Ausgrenzung. Dies verstärkt drogenbedingte Probleme und blockiert effektive Hilfsangebote. In Portugal ist seit 2001 Drogengebrauch entkriminalisiert. Dies betrifft den Besitz von Cannabis, ebenso Heroin, Kokain, Ecstasy usw. Der Erwerb von Drogen für den persönlichen Gebrauch wird seitdem nicht län-

ger durch die Staatsanwaltschaft verfolgt. Es bestehen festgelegte Obergrenzen. Wer mit Drogengebrauch auffällt, der kann eine Ordnungsstrafe erhalten und wird in der Regel zu einem Gespräch mit dem CDT (Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência) geladen. Dieses Gremium hat das Ziel, die Drogengebrauchenden zu beraten. Eine Studie des Cato-Instituts (Greenwald 2009) stellte einen signifikanten Rückgang des Drogenkonsums unter Schüler_innen fest, wohingegen der Konsum der älteren Personen anstieg. Konkrete Gesundheitsaspekte sind gestärkt worden: die Anzahl der Drogenkonsumierenden, die eine Therapie aufsuchten, stieg um mehr als das Doppelte. Die HIV-Rate bei Drogengebrauchenden sank deutlich. Die Zahl der Drogentoten hatte einen leichten Anstieg zwischen 2003 und 2005, wurde dann generell rückläufig. Die Anzahl riskanter Opiatgebrauchender konnte sich in fünf Jahren nahezu halbieren. Im europäischen Vergleich liegt Portugal mittlerweile in allen relevanten Statistiken im unteren Bereich. Das Europäische Beobachtungszentrum für Drogen und Drogenabhängige (EMCDDA) veröffentlichte 2011 einen Bericht zur Lage in Portugal, der das Experiment als geglückt betrachtet. „Die neue Drogenpolitik ermöglicht es der portugiesischen Regierung, das Problem um einiges besser zu kontrollieren, als jedes andere westliche Land. Von jedem Blickwinkel aus betrachtet ist die Entkriminalisierung von Drogen in Portugal ein voller Erfolg.“ (Greenwald, zitiert nach Nägeli 2011).

In der Tschechischen Republik wird rechtlich ähnlich vorgegangen. Tomáš Zábranský, Suchtmediziner und Mitbegründer der Tschechischen Nationalen Drogenbeobachtungsstelle „Klinika adiktologie“, stellt fest, dass die Stigmatisierung von Experimentier- und Gelegenheitskonsumierenden so vermieden werden kann. Auch sei die Zahl an Überdosierungen und HIV-Neuinfektionen zurückgegangen (vgl. Renert 2013).

Ordnungspolitisch werden Polizei und Justiz durch die Gesetzgebung spürbar von der Verfolgung reiner Konsumdelikte entlastet und dadurch werden Kapazitäten frei, die für die Verfolgung organisierter Kriminalität notwendig sind. Gerade mit Blick auf den illegalen Chrystal-Meth Vertrieb im Land ist diese Schwerpunktsetzung verständlich. Auch Österreich und Irland, traditionell eher konservative Regionen, planen Gesetzesänderungen in Richtung Entkriminalisierung.

Die in Deutschland im BtmG § 31a vorgesehene Möglichkeit einer Straffreiheit hat sich nach meiner Einschätzung nicht bewährt. Sie behält eine grundsätzliche Kriminalisierung bei und verschiebt einen möglichen Verzicht auf Strafe auf die Ebene der Staatsanwaltschaft. Auch der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes von 1994 über den strafrechtlichen Umgang mit einer „geringen Menge“ Cannabis führte auf Grund der nach Bundesländern unterschiedlich erfolgten Umsetzung in diesem Bereich zu keiner Rechtssicherheit.

2 Stärkere rechtliche Absicherung der Drogenhilfe

Wesentliche Aufgabenstellung der Drogenhilfe ist es, die entsprechende Zielgruppe mit Beratung, Begleitung, Gesundheits- und Lebenshilfe bis hin zu einer Ausstiegunterstützung tatsächlich zu erreichen. Eine Entkriminalisierung der Konsumierenden würde die Situation der Drogenhilfe signifikant verbessern. Der Zugang zu Angeboten wäre für Betroffene, ohne Angst vor einer eventuellen Strafverfolgung, leichter.

Ein wichtiges Instrument der Drogenhilfe sind **Drogenkonsumräume**, in denen Menschen in einem abgesicherten Rahmen Drogen konsumieren dürfen. Dies bedeutet konkrete Gesundheitsfürsorge für die Zielgruppe. Auch kann sich solch eine Einrichtung zu einem lebenswichtigen Treff- und Austauschort entwickeln. Informationen über im Umlauf befindliche hochdosierte oder mit gefährlichen Stoffen gestreckte Drogen können weitergegeben werden. Zudem finden Drogengebraucher_innen in den Mitarbeiter_innen der Konsumräume kompetente Personen, die sie über Möglichkeiten von safer use, risikoärmeren Konsumformen, erster Hilfe bei Drogenunfällen, aber auch über allgemeine Gesundheits- und Sozialfragen sowie über Möglichkeiten für Substitution und Therapie bis hin zum Ausstieg beraten können. Auch ordnungspolitisch haben sich diese Einrichtungen bewährt. Dennoch gibt es politisch immer noch unbegründete Bedenken gegen den Betrieb von Konsumräumen. Insbesondere Bayern lehnt diese Form der Hilfestellung ab und nimmt damit wissentlich und willentlich stark überdurchschnittliche Raten an Drogentoten in Kauf.

Eine weitere sinnvolle und notwendige Maßnahme besteht in der Möglichkeit, illegale Substanzen auf Reinheit und Konzentration prüfen zu lassen, das sog. **Drug Checking**.

„Für Gebraucher illegalisierter Rauschmittel (...) ergibt sich ein erhebliches gesundheitliches Risiko aus der Tatsache, dass solche Produkte keiner Qualitätskontrolle unterliegen. Damit verfügen Drogengebraucher über keine zuverlässigen Informationen über die Art der Inhaltsstoffe und deren Dosierungen. Dies führt regelmäßig auch zu tragischen Schadensfällen. Neben den akuten gesundheitlichen Risiken (...) behindert das Unwissen über die Zusammensetzung die Entwicklung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit möglichen Risiken. Denn nur wer weiß, was in welcher Menge in seiner Droge enthalten ist, kann sein Konsumverhalten entsprechend anpassen und Risiken gezielt vermeiden.“ (Harrach 2009)

Diese gesundheitspolitisch relevante Vorgehensweise wird z.B. in der Schweiz, in Österreich und den Niederlanden erfolgreich eingesetzt (Kamphausen 2015).

3 Fachgerechte und zielgruppenorientierte Aufklärung und Prävention

Prävention stellt eine entscheidende Säule der Drogenhilfe dar. Auch hier haben Programme nur Sinn, wenn sie tatsächlich die Zielgruppe erreichen. Um über Risiken, Nebenwirkungen und Gefahren kompetent aufzuklären, sollte das Wissen der Betroffenen einbezogen werden. Drogengebrauchende sollten bei präventiven Maßnahmen als Mitarbeitende gewonnen und ernst genommen werden. Prävention sollte die Bereiche safer use und erste Hilfe bei Drogennotfällen stärker bedienen. Gute Erfahrungen mit gezielter Prävention und Peer-Group-Arbeit weisen in den Niederlanden das Trimbosinstitut Utrecht und die Stichting Adviesburo Drugs Amsterdam auf. Für die Gebraucher von Amphetamin, Methamphetamin und sog. Legal Highs müssen neue, spezielle Konzepte der Prävention entwickelt werden, weil diese neue Generation von

Drogengebrauchenden mit den bisherigen Präventionsprogrammen kaum erreicht werden konnte.

4 Rechtliche Absicherung der medizinischen Nutzung illegalisierter Drogen

Wir brauchen im Interesse der betroffenen Patient_innen weitere Schritte hin zu einem unkomplizierten, entbürokratisierten Zugang von psychoaktiven Stoffen, die therapeutisch wirksam sind. Dies beziehe ich insbesondere auf den Bereich Schmerztherapie als auch auf den Bereich Suchthilfe (hier: Substitution und medizinische Originalstoffvergabe). Auch die neuen, aktuell in der Umsetzung befindlichen Regeln für den Einsatz von Cannabis für medizinische Zwecke waren lange überfällig und sind nur auf größten Druck von Experten erstellt worden. International sprechen die Erfahrungen für die Zulassung von Cannabis, um verschiedene Krankheitssymptome oder Schmerzen zu lindern. Auch im psychotherapeutischen Bereich ist der Einsatz von Hanf sinnvoll, zum Beispiel gegen posttraumatischen Stress (post traumatic stress syndrom – PTSD). Daran leiden in den USA viele Kriegsveteranen und berichten von positiven Erfahrungen mit Cannabis.

5 Schrittweise Regulierung eines Marktes mit psychoaktiven Hanfprodukten

Nutzer_innen von verbotenen psychoaktiven Pflanzen und Stoffen sind gezwungen, sich über den kriminellen Markt zu versorgen. Sie unterstützen damit ungewollt kriminelle Strukturen und liefern sich der permanenten Gefahr aus, selbst kriminalisiert zu werden. Auf dem Schwarzmarkt gibt es keinen Verbraucherschutz und auch keinen Jugendschutz. Die Qualität der Ware unterliegt keinerlei Kontrollen. Das alles bringt zusätzliche Risiken, deren Ursache in der Illegalität, nicht in den pharmakologischen Nebenwirkungen der Substanz liegen. Die Qualität auf dem Schwarzmarkt ist auch bei Hanf unkalkulierbar. Die Auswahl hält sich meist in Grenzen, Beimischungen sind leider nicht die Ausnahme.

„Zur Aufwertung und Streckung werden sowohl Cannabis als auch Haschisch mit verschiedenen Substanzen versetzt. Diese reichen von zerriebenen Blättern der Hanfpflanze, Gewürzen, Fetten und Ölen bis zu Schuhcreme, Sand, Wachs, Zucker und Haarspray aber auch Mittel wie Brix gehören dazu.“ Ebenso werden Belastungen durch Schädlingsbekämpfungsmittel, Schimmelpilze und Bakterien beschrieben.“ (Deutscher Hanf Verband 2014)

Eine legale, regulierte und kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene bringt folgende Vorteile:

- Sie bietet einen Rahmen, in dem Anbau und Verteilung von Hanf transparent, kontrolliert und unter der Maßgabe des Jugendschutzes erfolgen kann.

- Damit entsteht ein System, das sich abseits des kriminellen Schwarzmarktes etabliert. Es wird ein Beitrag zur Senkung der allgemeinen Kriminalitätsrate geleistet.
- Gesundheitsgefährdende Streckmittel werden verhindert - ein wichtiger Schritt in Richtung Gesundheitspolitik.
- Ökonomisch wird ein Abwandern von Gewinnen in dunkle Kanäle blockiert. Die zu schaffenden Einrichtungen müssten jederzeit bereit sein, Einblick in ihre Abläufe und Unterlagen zu gewährleisten und mit den Behörden zusammenzuarbeiten.
- Legale Abgabemodelle sind auch in der Lage, sich in sozialer und kultureller Hinsicht zu engagieren und eine sinnvolle Prävention zu unterstützen.

Bisher bestehen internationale Erfahrungen mit folgenden Modellen:

- Regulierter Anbau und Verkauf (verschiedene US-Bundesstaaten)
- Zulassung von begrenztem Eigenanbau (verschiedene US-Bundesstaaten und Niederlande)
- Tolerierter Verkauf (Coffeeshopmodell in den Niederlanden)
- Cannabis Social Clubs (CSCs; Spanien)

Die Coffeeshops in den Niederlanden haben die Gesamtsituation entspannt, zu einer Trennung der Märkte beigetragen und Bestrebungen nach Jugend- und Konsumentenschutz aktiv unterstützt. Viele Coffeeshops finanzieren aus ihren Gewinnen soziale, kulturelle und präventive Projekte mit.

„Suchtberatung findet in den Niederlanden dort statt, wo Cannabis offen verkauft wird: im Coffeeshop. So erreichen Sozialarbeiter mögliche Abhängige direkt. Holland setzt dabei auf Pragmatismus statt auf Strafen - mit Erfolg. Kaum ein Land hat so wenige Drogentote.“ (Dürr 2013).

Das Problem dieses Modells besteht darin, dass zwar der Verkauf an Endkunden geregelt wird, Anbau und Anlieferung aber weiterhin illegal bleiben. Als eigenständige Einrichtung und/oder zur Ergänzung der Coffeeshops sind Cannabis Social Clubs denkbar. Diese verstehen sich bewusst als Non-Profit-Unternehmen und sichern einen kontrollierten Ablauf vom Anbau bis zur Verteilung ab. CSCs arbeiten seit mehreren Jahren in Spanien. In weiteren europäischen Staaten gibt es Initiativen zu deren Etablierung und rechtlichen Absicherung.

Drogenpolitik in Deutschland braucht Schritte hin zu effektiverem Gesundheits- und Jugendschutz. Ausdrücklich möchte ich alle demokratischen Parteien bitten, einen solchen Prozess kritisch, aber konstruktiv zu begleiten. Eine rein auf Ablehnung bezogene Blockadehaltung führt dazu, dass wir wertvolle Zeit verlieren. Dies wiederum würde nicht nur auf Kosten der Betroffenen gehen, sondern langfristig auch einen schmerzhaften Schaden für unsere Demokratie bedeuten.

Literatur

- Deutscher Hanf Verband (Hrsg.): Gestrecktes Gras: Vom Naturprodukt zum Chemiecocktail, online verfügbar unter: https://hanfverband.de/sites/hanfverband.de/files/dhv_gestrecktes_gras.pdf; letzter Zugriff: 31.03.2016.
- Dürr, Benjamin (2013): Suchtberatung im Coffeeshop: Anonym und offen, online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/cannabiskonsum-suchtberatung-im-coffeeshop-in-den-niederlanden-a-879382.html>; letzter Zugriff: 31.03.2016.
- Greenwald, Glenn (2009): Drug Decriminalization in Portugal – Lessons for creating fair and successful Drug Policies, online verfügbar unter: http://object.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Harrach, Tibor (2009): Keine Ahnung für alle!, online verfügbar unter: <http://jungle-world.com/artikel/2009/52/40058.html>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Kamphausen, Gerrit (2015): Streckmittel, Verunreinigungen und „Drug-Checking“ – Vom Reinheitsgebot für Bier lernen, in akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe & JES e.V. (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, Lengerich.
- Nägeli, David (2011): Portugals Entkriminalisierung von Drogen zeigt Erfolg, online verfügbar unter: <http://www.news.ch/Portugals+Entkriminalisierung+von+Drogen+zeigt+Erfolg/501361/detail.htm>; letzter Zugriff: 31.03.2016.
- Rennert, David (2013): Tschechien feiert liberale Drogenpolitik als Erfolgsgeschichte, online verfügbar unter: <http://derstandard.at/1358305302941/Tschechiens-feiert-liberale-Drogenpolitik-als-Erfolgsgeschichte>; letzter Zugriff: 31.03.2016.

1.13 | Die weltweite Bewegung für eine Reformierung der Drogengesetze wächst!

Ein Bericht zur DPA reform-conference 2015

Florian Rister

Zusammenfassung

Vom 11. bis 14. Oktober 2015 fand im US-Bundesstaat Virginia die internationale Reform-Konferenz („reform-conference“) der Drug Policy Alliance (DPA) statt. Über 1.500 Teilnehmer_innen aus 71 Ländern waren vor Ort, um sich über ihre Erfahrungen bei der Arbeit für eine Reform der weltweiten Drogengesetze auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Während aus vielen Gebieten Amerikas positive Entwicklungen berichtet wurden, zeigten Geschichten von Repressionsopfern aus Russland, Thailand oder auch den USA auf schockierende Weise auf, wie dramatisch der Drogenkrieg weltweit in das Leben von Menschen eingreift und dass der Weg zu einer humanen und gerechten internationalen Drogenpolitik noch sehr lang sein wird.

Manche erwarten bei einer internationalen Drogenkonferenz vielleicht spirituelle Sitzungen mit Schamanen und viel Cannabisrauch. Davon kann man sich jedoch schnell verabschieden, besucht man die DPA reform-conference. Ein schickes Hotel, viele Anzugträger und ein voller Konferenzplan vertreiben sofort jeden Gedanken an entspannte Diskussionen am Lagerfeuer. Die Konferenz ist weltweit die größte, die sich ausschließlich der Reformierung von Drogengesetzen widmet – und mit Kosten im höheren sechsstelligen Bereich wohl auch die teuerste. Hier wird mit hohem fachlichem Niveau und großer Ernsthaftigkeit an einem politischen Wandel gearbeitet.

Die Einführungs- sowie die Abschlussrede wurden gehalten von Ethan Nadelmann, dem Vorsitzenden der Drug Policy Alliance (DPA). Neben seiner erfolgreichen Arbeit beim Ausbau dieser Organisation gilt er auch als begnadeter Redner, was er hier alle zwei Jahre unter Beweis stellt. Mit persönlichen Ansprachen, pointierten Anekdoten und der Aura jahrzehntelanger Erfahrung trieb er die Menge zu regelmäßigen Standing Ovationen und forderte gleichzeitig mehr Engagement und Einsatz von allen, um die ungerechte und falsche Politik von Leuten wie Harry J. Anslinger und Ronald Reagan endlich zu überwinden. Zusätzlich zu den Reden im voll besetzten Hauptsaal gab es auch eine ganze Fülle von inhaltlichen Sessions, von denen jeweils 6-7 parallel stattfanden. Verzögerungen kamen dabei kaum vor, der Ablauf war sehr professionell. Auch Übersetzungen von Spanisch ins Englische und umgekehrt wurden teilweise angeboten.

Die Konferenz präsentierte sich vielschichtig und bunt. Die Themen der einzelnen Panels deckten nahezu das ganze Spektrum an drogenpolitischen Fragestellungen ab. Ein komplettes Panel widmete sich beispielsweise dem Thema Frauenrechte und Drogenpolitik. Auch Alter, Sprache, sozialer Hintergrund, Geschlecht und Kleidungsstil der Teilnehmer_innen sowie der Referent_innen waren sehr heterogen. Vertreter_innen von Suchthilfeeinrichtungen waren genauso präsent wie Politiker_innen, Wissenschaftler_innen, Strafverfolger_innen und Konsument_innen. Einige Teilnehmer_innen, insbesondere aus Entwicklungsländern oder Ländern mit wenig drogenpolitisch aktiven Organisationen, erhielten von der DPA sogar Stipendien zur Teilnahme. Dadurch wurde der internationale Charakter der Konferenz noch verstärkt und viel integrative Arbeit geleistet. Zwei geplante Teilnehmer konnten allerdings auf Grund von Einreiseverboten wegen Drogenvergehen nicht erscheinen, ihre Grußbotschaften wurden von Stellvertretern verlesen.

Typisch amerikanisch ging es bei den Reden oft sehr emotional zu. Ein Mann aus dem US-Staat Mississippi brach auf der Bühne in Tränen aus. Er hatte eine lebenslange Haftstrafe wegen drei kleiner Cannabisvergehen abgesessen und war erst vor kurzem von Präsident Obama begnadigt worden, auch auf Druck vieler Organisationen und Einzelpersonen. Jetzt kehrt er aus dem Gefängnis in ein Land zurück, in dem plötzlich die Legalisierung von Cannabis Realität wird. Für ihn völlig verblüffend, aber er kann nicht davon profitieren: Noch ist er auf Bewährung im „Land of the Pee“ und muss regelmäßig saubere Urintests abgeben.

Mit Jubel bedacht wurde die Aufforderung von Deborah Peterson-Small an die aufstrebende Cannabisindustrie in den USA. Die vielen neuen Unternehmer_innen müssten sich jetzt entscheiden, ob sie als Parasit oder als Ingenieur_innen an der aktuellen gesellschaftlichen Entwicklung teilnehmen wollen: „You guys owe us, and I am here to collect. - Ihr schuldet uns was und ich bin hier, um das einzufordern.“

Die Vorführung des Films „Deep Web“ veranschaulichte unterdessen die Attraktivität des illegalen Drogenhandels auf einfache Bürger und die Dramatik der darauf folgenden Kriminalisierung. Er handelt von Ross Ulbricht, der für den Betrieb der Onlineplattform „Silk Road“ verurteilt worden war. Kein kleiner Straßendealer, sondern verantwortlich für den Verkauf großer Mengen. Dennoch kann man in ihm nur schwer einen Kriminellen sehen, eher einen leicht fehlgeleiteten jungen Mann. Das sah auch sein Vater so, der vor Ort von seinen Erfahrungen mit der Inhaftierung seines Sohns und den polizeilichen Maßnahmen berichtete.

Der Zusammenhang zwischen Drogenpolitik und der „Black Lives Matter“ Bewegung, die auf der Konferenz mit vielen Teilnehmern präsent war, ist für Europäer_innen nicht unbedingt offensichtlich. Aus Sicht eines US-Bürgers, bzw. einer US-Bürgerin ist das aber vollkommen logisch. In den USA steigt die Wahrscheinlichkeit, wegen eines Drogenvergehens angezeigt oder inhaftiert zu werden, exponentiell mit der Dunkelheit der eigenen Hautfarbe. Dieser Zusammenhang wurde in vielen Panels diskutiert.

Auch die Ereignisse von Ferguson, wo ein Polizist einen Afroamerikaner erschossen hatte, waren zum Zeitpunkt der Konferenz noch sehr präsent. Die Aktivist_innen zeigten sich überzeugt, dass der Kampf gegen bewaffnete Drogenbanden, deren Geschäft überhaupt nur durch Substanzverbote ermöglicht wird, zur Militarisierung der Polizei und damit zu eskalativer Polizeigewalt wie in Ferguson beiträgt.

In Anbetracht schwerbewaffneter MEK-Einheiten, die in Bayern Jagd auf Kiffer_innen machen (Stock 2015) und dem nicht ganz unauffälligen Racial-Profilung bei Polizeirazzien im Görlitzer Park oder anderen öffentlichen Drogenumschlagplätzen wecken beide Entwicklungen allerdings auch aus deutscher Perspektive unschöne Gefühle.

Aus Asien kamen schockierende Berichte. In Thailand schmiedet der Chef der Nationalen Drogenbehörde Pläne, ertappte Drogensünder_innen auf einer Insel auszusetzen, umgeben wahlweise von Krokodilen oder Piranhas. Damit will er auch die internationale Kritik vermeiden, die Thailand für die Exekutierung von Drogenhändler_innen erhält: „Wenn ein Krokodil einen Menschen tötet, ist das keine Menschenrechtsverletzung“ (Stern 2015).

Ein russischer Aktivist musste vor der pessimistischen Beschreibung der Drogenpolitik seines Landes noch etwas Persönliches sagen: Eine Freundin, die ihn eigentlich begleiten sollte, war kurze Zeit zuvor an einer Überdosis Heroin verstorben - vermutlich wegen einem plötzlich gestiegenen Reinheitsgrad. Die schrecklichen Zustände in russischen Therapieeinrichtungen trugen aus seiner Sicht ihr Übriges zu ihrem Tod bei.

In anderer Hinsicht bemerkenswert war dagegen die Rede des jamaikanischen Justizministers Mark Golding, der extra zur Konferenz angereist war. Er zeigte sich glücklich und stolz, endlich Schritte zur Entkriminalisierung des in seinem Land weit verbreiteten „Ganja“ machen zu können. Auch den High Times Cannabis Cup in Negril, wo die besten Marihuanasorten der Insel gewählt werden, ermögliche er sehr gerne durch eine Sondergenehmigung. Offen erklärte er, dass die Einhaltung des internationalen Drogenkontrollabkommens ein wichtiger Grund für seine Regierung sei, das in seinem Land weit verbreitete Cannabis nicht komplett zu legalisieren und zu besteuern. Cannabis sei zwar nicht ungefährlich, aber die Verfolgung von Konsument_innen definitiv der falsche Ansatz.

Georg Wurth vom Deutschen Hanfverband (DHV) hielt einen Vortrag zur Situation rund um die Cannabislegalisierung in Deutschland und Europa. Er beschrieb dabei die Entwicklungen auf Regierungsebene als weitgehend zurückgeblieben im internationalen Vergleich, meinte aber, dass die Gesellschaft schon viel weiter sei. Überall in Europa werde immer mehr über Cannabislegalisierung diskutiert und gerade die medizinische Nutzung erhalte zunehmend auch Unterstützung der Regierungsparteien.

Eine ganze Reihe von Ständen bot während den Pausen Informationsmaterialien und Gespräche rund um das Thema. Der Stand der „Republicans for Legalisation“ erregte schnell das Interesse aufmerksamer Beobachter. Sie wollen innerhalb der republikanischen Partei für eine andere Drogenpolitik werben und zu diesem Zweck organisiert auftreten. Aber auch verschiedene Suchthilfeeinrichtungen, die „National Organization for the Reform of Marijuana Laws“ (NORML) oder das Marijuana Policy Project (MPP) zeigten ihre Arbeit.

Obwohl Europäer_innen unter den Besucher_innen zahlenmäßig nur eine untergeordnete Rolle spielten, gab es großes Interesse an der Situation in Europa. Während beim Hanf die USA voranpreschen, hat Deutschland beim Heroin schon in den 90er Jahren Entwicklungen durchgemacht, die jenseits des Atlantiks gerade erst beginnen. Die Vergabe von Methadon oder sauberen Spritzen ist hierzulande fast schon Normal-

zustand, sichere Räume zum Injizieren von Drogen in vielen Bundesländern weit verbreitet. In den USA sind diese Themen aber immer noch politische Streitfragen. Eine Erwähnung der erfolgreichen Abgabe von Heroin / Diamorphin in der Schweiz und in Deutschland erzeugte viele Nachfragen. Das Wissen über das Potential dieser Möglichkeit zur Behandlung von Heroinabhängigen ist in den USA scheinbar nur gering verbreitet. Die Nutzung von Naloxon als Gegenmittel bei Opiat-Überdosierungen scheint dort dagegen deutlich populärer und üblicher zu sein, als in Deutschland.

Auf Grund der Vielzahl gleichzeitiger Panels und interessanter Beiträge kann dieser Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Insgesamt konnte die Konferenz auf jeden Fall eine klare internationale Tendenz aufzeigen: Regierungen müssen sich zunehmend mit der Forderung nach weniger Repression und mehr Hilfe auseinandersetzen. Teilweise gibt es bereits klare politische Fortschritte, wenn auch meist nur auf sehr spezifischen Feldern wie z.B. medizinischem Cannabis oder Abgabe steriler Spritzen. Gleichzeitig leiden aber weiterhin unzählige Menschen an den Auswirkungen der verfehlten Drogenpolitik. In den meisten Staaten verharren die Strafen für den Besitz geringer Mengen Drogen weiter auf hohem Niveau und die zunehmende Verbesserung und Verbreitung von Testgeräten führt zu ganz neuen Repressionsmöglichkeiten gegen Konsument_innen.

Die alten Ideologien vom Krieg gegen die Drogen sind vielerorts noch vollkommen intakt und es wird sicher Jahrzehnte brauchen, um sie aufzubrechen und überall eine wirklich rationale Debatte über Drogenpolitik zu ermöglichen. Veranstaltungen wie diese hier sind auf jeden Fall ein wichtiger Schritt auf dem Weg dahin, doch es wird noch viele weitere brauchen. Die nächste DPA reform-conference findet vom 11.-14. Oktober 2017 in Atlanta, Georgia statt.

Literatur

- Drug Policy Alliance (2015): YouTube-Kanal, online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/user/DrugPolicyAlliance/videos>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Stern (Hrsg.) (2015): Krokodile sollen Drogenhändler bewachen, online verfügbar unter: <http://www.stern.de/panorama/weltgeschehen/indonesien—krokodile-sollen-drogenhaendler-bewachen—6546252.html>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Stock, G. (2015): Drogen: Polizei schlägt Autoscheiben ein, in: Heidenheimer Zeitung, 02.09.2015, online verfügbar unter: <http://www.swp.de/heidenheim/lokales/polizeibericht/Drogen-Polizei-schlaegt-Autoscheiben-ein;art1180840,3407297>; letzter Zugriff: 12.04.2016.
- Reform conference (2015): Offizielle Website, online verfügbar unter: <http://www.reformconference.org/>; letzter Zugriff: 12.04.2016.

Risikokonstruktionen in Drogenforschung und -politik

2

2.1 | Angsterzeugung und Übertreibung als bedenkliche Strategie der Suchtprävention und -forschung

Alfred Uhl, Julian Strizek

Zusammenfassung

Moderne Präventionsarbeit und Suchttherapie setzen auf nicht moralisierenden, ausgewogenen und sachlich kompetenten Diskurs mit der Klientel. Ausgehend von der Überzeugung, dass eine rationale Politik auf eine sachlich korrekte und logisch stimmige Lagebeurteilung aufbauen muss, präsentiert der vorliegende Text Bereiche der Forschungsinterpretation, in denen negative Auswirkungen des Substanzkonsums nach wie vor systematisch überzeichnet werden: „Substanztote“, „verlorene Lebensjahre durch Substanzkonsum“, „Berechnung des Einstiegsalters“, „ökonomische Kosten durch Substanzkonsum“ und „harm from others' drinking“.

Einleitung

Die moderne Kognitionsforschung belegt, dass menschliches Erleben und Verhalten in hohem Maße von unreflektierten Automatismen und Intuition geprägt ist, auch wenn die meisten Menschen davon ausgehen, dass sie Entscheidungen primär bewusst, rational und objektiv treffen (Kahneman 2012). Wer sich primär assoziativ an mehr oder weniger zutreffenden Analogien orientiert, kann leicht durch singuläre, aber exemplarisch empfundene Geschichten (Narrative) beeinflusst werden, die durch Unsachlichkeit und Übertreibung Ängste und Aggressionen erzeugen (Gadinger et al. 2014). Auch wissenschaftliche Tätigkeit ist durch die zunehmende Abhängigkeit von Drittmitteln und externer Legitimation verführt, vorläufige und mit Fragezeichen versehene Befunde als sichere Erkenntnisse zu präsentieren und durch ungerechtfertigte Sensationalisierung das eigene Forschungsfeld im öffentlichen Bewusstsein aufzuwerten.

Unsachlichkeit und Übertreibung haben in Suchtpolitik und Suchtforschung eine lange Tradition. Unter Schlagworten wie „Krieg den Drogen“ und „Nulltoleranz“ kam es in den USA zu einem kontinuierlichen Anstieg der Gefängnisinsass_innen und zur Entstehung mächtiger krimineller Strukturen, ohne die Situation der betroffenen Konsument_innen zu verbessern. Zusehends setzt sich die Überzeugung durch, dass die Panikmache vor illegalisierten Drogen sowie die daraus resultierenden repressiven staatlichen Maßnahmen erheblich mehr Probleme erzeugen als lösen. In der Folge wird immer häufiger eine Versachlichung der Diskussion und ein Ende der Drogenprohibition gefordert (z. B. Global Commission on Drug Policy 2015) und Schadens-

begrenzung ist unter Expert_innen zum „State of the Art“ geworden (Rhodes/Hedrich 2010, Uhl et al. 2013).

Solange der Kampf gegen illegalisierte Drogen im Zentrum der medialen Aufmerksamkeit stand, wurden Tabak, Alkohol und Medikamente primär von Vertreter_innen einer liberalen Drogenpolitik problematisiert, die sich durch die Betonung des gesundheitlichen Schadens, den legale Drogen verursachen, eine Verringerung des Drucks auf jene erwarteten, die illegalisierte Substanzen konsumieren.

Die Betonung von gesundheitlichen Folgen ist prinzipiell zu begrüßen. Zu kritisieren ist allerdings, dass hierbei Verfechter_innen radikaler und paternalistischer Verbots- und Kontrollstrategien dominieren und mit unhaltbaren, übertriebenen und ethisch fragwürdigen Argumenten Stimmung machen. Eine sachlich angemessene und ethisch vertretbare Strategie erfordert, dass Fakten korrekt gewürdigt und ethisch-moralische Implikationen explizit angesprochen werden. Ziel dieses Textes ist es, einige Beispiele für fragwürdige und überzeichnete Argumentationslinien zu präsentieren, die im aktuellen Diskurs eine große Rolle spielen.

Fragwürdige Statistik: „Todesfälle durch Substanzkonsum“

Ein Mann, der an einem besonders heißen Tag stirbt, ist ein „Hitzetoter“, und wenn er nach Alkoholkonsum verunglückt ist, ein „Alkoholtoter“. Im Bestreben, die Komplexität der Welt radikal zu vereinfachen, suchen wir gar nicht nach weiteren potenziellen Erklärungen (Kahneman 2012). Wenn uns ein Zusammenhang plausibel erscheint, erleben wir diesen als Kausalzusammenhang – so unmittelbar, wie wir Farben wahrnehmen (Michotte 1982). Wer diese monokausale Sichtweise anzweifelt, erntet in der Regel Unverständnis und Ablehnung. Hätten wir erfahren, dass der „Hitzetote“ an terminalem Krebs litt bzw. dass der „Alkoholtote“ auf einem nicht gesicherten Gehsteig auf Glatteis ausgerutscht ist, hätten wir die Todesfälle mit der gleichen Selbstverständlichkeit als „Krebstod“ oder „Glatteistod“ bezeichnet. Bei Todesfällen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einem Ereignis stattfanden und bei denen dieser Zusammenhang hochgradig plausibel ist (direkte Todesfälle), ist die Zuordnung zu einer bestimmten Ursache noch irgendwie vertretbar (z. B. bei Suchtgift-Überdosierungen, beim Sturz aus großer Höhe usw.).

Anders ist die Situation bei indirekten Todesfällen. Eine Vielzahl von Faktoren kann das Leben verkürzen oder verlängern und diese Faktoren stehen in komplizierter Wechselwirkung. Willkürlich bestimmte Faktoren auszuwählen, ergibt wenig Sinn (Uhl 2003). Bloß weil man nachweisen kann, dass ein bestimmter Faktor die Lebensdauer mancher Menschen verkürzt oder verlängert, sollten die entsprechenden Todesfälle nicht als „Todesfälle durch den Faktor“ bzw. „vermiedene Todesfälle durch den Faktor“ bezeichnet werden. Einen angemessenen Eindruck über den Stellenwert des Faktors kann nur die durchschnittlich gewonnene bzw. verlorene Lebenszeit bieten. Um es mit den Worten von Rothman und Greenland (1998) zu sagen: Man kann Todesfälle nicht verhindern, sondern bestenfalls den Tod beschleunigen oder hinauschieben.

Dramatische Überschätzung der verlorenen Lebensjahre durch Substanzkonsum

Will man die kausal einem bestimmten Faktor attribuierbare (zuordenbare) verlorene Lebenszeit quantifizieren, muss man die Lebenserwartung von Personen, die dem Faktor ausgesetzt waren, der Lebenserwartung von vergleichbaren Personen, die dem Faktor nicht ausgesetzt waren, gegenüberstellen. Es geht also um den Vergleich der Lebenserwartung bei Geburt unter Versuchs- und Kontrollbedingungen. Da ein solches kontrolliertes Experiment praktisch nicht durchführbar ist, kann man nur versuchen, die Experimentalsituation und die Kontrollsituation aus epidemiologischen Daten modellhaft zu schätzen – was allerdings nur mit mehr oder weniger plausiblen Zusatzannahmen möglich ist und zumeist auf Daten aus Routinedatenbanken basiert (z. B. Todesursachenstatistiken), die in hohem Maße unverlässlich sind (Uhl et al. 2015).

Der populärste Versuch, die verlorene Lebenszeit durch Faktoren wie Substanzkonsum zu schätzen, wurde im Rahmen der Studie „Global Burden of Disease“ (GBD) unternommen. Grundlage dafür ist eine fiktive „ideale Sterbetafel“ mit einer Lebenserwartung von 86 Jahren bei Geburt, was 3 Jahre über der Lebenserwartung in Japan, dem Land mit der höchsten Lebenserwartung, liegt. Als Maß für die verlorene Lebenszeit wird die Restlebenserwartung zum Todeszeitpunkt der Personen, die dem Faktor ausgesetzt waren, genommen. Dies führt zu einer enormen Überschätzung des tatsächlichen Verlusts an Lebenszeit, wie wir an zwei fiktiven Beispielen im Sinne eines Gedankenexperiments illustrieren werden (für genauere Ausführungen vgl. Strizek/Uhl 2014).

Nehmen wir an, ein bestimmter Faktor reduziert die Lebenserwartung durchschnittlich um genau ein Jahr. Relativ zu einer Gruppe von Kontrollpersonen, die in Österreich durchschnittlich mit 81 Jahren sterben, beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung der exponierten Personen daher nur 80 Jahre (jeweils im Sinne einer Lebenserwartung bei Geburt). Wenn nun eine exponierte Person mit 80 Jahren stirbt, beträgt die Restlebenserwartung¹ nach der österreichischen Sterbetafel 9 Jahre und nach der „idealen Sterbetafel“ 10 Jahre. Da der tatsächliche Verlust aber nur ein Jahr beträgt, wird dieser Verlust durch die Verwendung der Restlebenserwartung nach dem GBD-Ansatz um 9 Jahre überschätzt. Da entsprechend dieser Berechnungsform jeder Mensch, selbst wenn er 100 Jahre alt wird, scheinbar immer Lebenszeit verliert, haben wir die dadurch verursachte Verzerrung als „Jede_r-verliert-Paradoxie“ bezeichnet. Wenn nun jemand in einem Land, in dem die Lebenserwartung bei Geburt nur 51 Jahre beträgt, infolge einer Exposition, die ein Jahr Lebenszeit kostet, mit 50 Jahren stirbt, so schlägt der Verlust an Lebenszeit nach dem GBD-Ansatz mit 35 Jahren zu Buche,² was einer Überschätzung des tatsächlichen Verlusts um 34 Jahre entspricht.

¹ Die Restlebenserwartung ist konzeptionell von der Lebenserwartung bei Geburt zu unterscheiden und ist dadurch gekennzeichnet, dass sie grundsätzlich immer größer als Null ist. Die Lebenserwartung von 80-Jährigen beträgt in Österreich derzeit 89 Jahre, was 8 Jahre über der Lebenserwartung bei Geburt von 81 Jahren liegt. Diese Diskrepanz erklärt sich dadurch, dass für die durchschnittliche Lebenserwartung einer bestimmten Altersgruppe jene, die bereits vorher verstorben sind, nicht zu berücksichtigen sind.

² Die Lebenserwartung von 50-Jährigen liegt nach der „idealen Sterbetafel“ bei 85 Jahren, was einer Restlebenserwartung von 35 Jahren entspricht.

Da die diversen Faktoren, die in diesem Land für die niedrige Lebenserwartung verantwortlich sind, hier fälschlich dem Indexfaktor zugerechnet werden, kann man in diesem Zusammenhang von einem ökologischen Fehlschluss sprechen.

Es wäre zwar ohne Frage interessant, die Lebenszeitverluste im Zusammenhang mit Substanzkonsum realistisch abschätzen zu können, wobei insbesondere nützlich wäre, den durchschnittlichen Verlust in Abhängigkeit von Konsummengen, -frequenz und -dauer beurteilen zu können. Die GBD-Berechnungen können hier allerdings nicht einmal als grobe Approximation dienen, weil sie das tatsächliche Ausmaß an verllorener Lebenszeit absurd überschätzen.

Die systematische Unterschätzung des Einstiegsalters durch inadäquate Erhebungs- und Berechnungsmethoden

Wenn jemand im Alter von 8 Jahren gemeinsam mit Freunden eine Zigarette probiert hat, danach 8 Jahre keine Zigarette anrührte und mit 16 Jahren beginnt, regelmäßig zu rauchen, beträgt das Probieralter 8 Jahre und das Einstiegsalter 16 Jahre. Da man auch bei Fragebögen mit großer Präzision nicht verhindern kann, dass manche Personen statt dem Einstiegsalter das Probieralter angeben, ist hier immer mit einer systematischen Unterschätzung des Einstiegsalters zu rechnen. Präsentiert man sinnvollerweise den Einstiegsverlauf, indem man die Prävalenz der „Raucherfahrenen“ pro Altersgruppe tabelliert, so muss man beachten, dass Personen, die zum Befragungszeitpunkt noch nicht eingestiegen sind, zu einem späteren Zeitpunkt einsteigen können (Rechtszensierungen der Daten). Beachtet man diese Zensierung nicht, kommt es zu einer zusätzlichen Unterschätzung des Einstiegsalters. Am stärksten fällt die Unterschätzung aus, wenn man das durchschnittliche Einstiegsalter der Raucher_innen zum Zeitpunkt des Interviews für eine Stichprobe von Kindern und Jugendlichen berechnet, wie das z. B. Richter und Settertobulte (2003) bezugnehmend auf die „HBSC-Studie 2002“ taten. Auch wenn die Autoren den Rechenvorgang korrekt beschreiben, die Leser_innen interpretieren das Durchschnittsalter beim 1. Alkoholkonsum von 12,8 Jahren mit größter Wahrscheinlichkeit fälschlicherweise als Einstiegsalter der Kohorte in den Alkoholkonsum. Besonders irreführend in dieser Hinsicht ist ein Factsheet der DAK Gesundheit (2013) zum Alkoholkonsum, in dem „Einstiegsalter“ als jenes Alter definiert wurde, in dem 8 % der Befragten angeben, Alkohol-Erfahrungen gemacht zu haben. Da dem Einstiegsalter generell große Wichtigkeit zugemessen wird, kommt der systematischen Unterschätzung dieses Maßes große Bedeutung zu.

Irreführende Darstellung, um Gefahren zu übertreiben

Eine übliche Form, die Gefährlichkeit bestimmter Alkoholmengen für die Gesundheit zu quantifizieren, ist die Gesundheitsbelastung sowie das Unfall- und Mortalitätsrisiko in Abhängigkeit vom durchschnittlichen Alkoholkonsum darzustellen. Dabei ergibt sich regelmäßig eine J-förmige Kurve, weil jene, die gar keinen Alkohol trinken, und jene, die sehr viel Alkohol trinken, erheblich schlechter dastehen als jene, die in moderatem Umfang Alkohol konsumieren. Erst ab 40 g Reinalkohol pro Tag stellt

sich die Situation der Alkoholkonsument_innen ähnlich negativ da wie bei Alkohol-abstinenten (vgl. Abb. 1).

Möchte man diesen Eindruck, der es schwer macht, konsequent gegen Alkohol zu argumentieren, verschleiern, gibt es einen Trick. Man bezieht sich bezüglich der

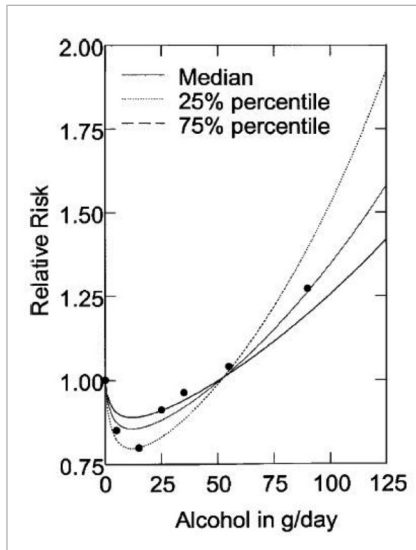


Abbildung 1:
Der Zusammenhang zwischen Sterberisiko
und Alkoholkonsum

Quelle: Gmel et al. (2003)

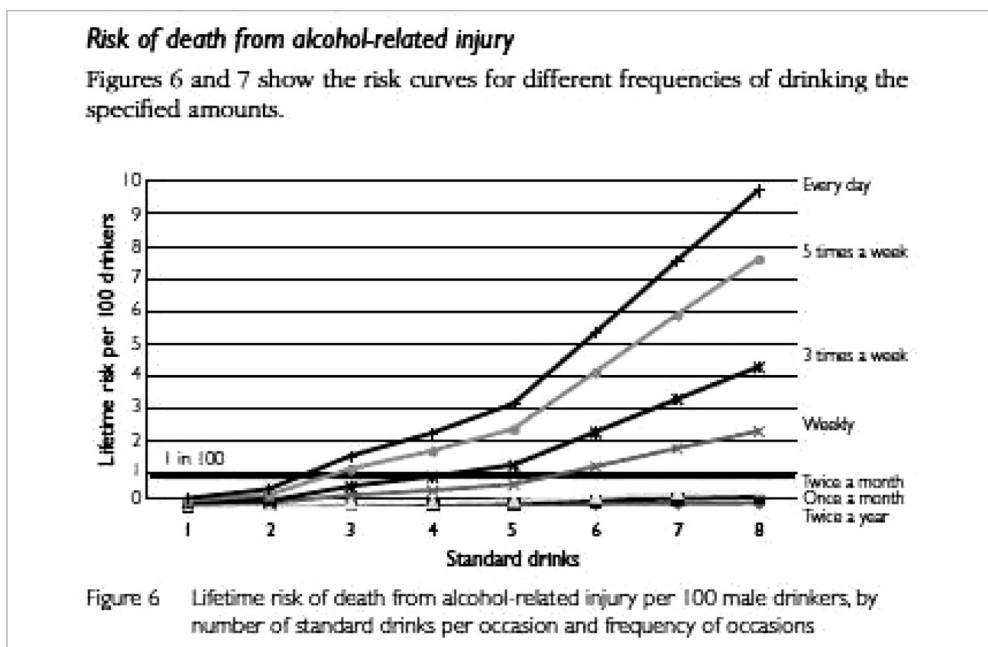


Abb. 2: Der Zusammenhang zwischen Alkohol-assoziiertem Unfallrisiko und Alkoholkonsum

Quelle: National Health and Research Council (2009)

Gesundheits-, Unfall- und Mortalitätsbelastung ausschließlich auf Alkohol-assoziierte Faktoren, wie es etwa der australische National Health and Research Council (2009) tat, indem er die Alkoholkonsum-Frequenz mit Alkohol-assoziierten Unfällen in Beziehung setzte.

Da Unfälle bei jemandem, der nie Alkohol trinkt, logischerweise nicht Alkohol-assoziiert sein können, bei jemandem, der oft Alkohol trinkt, jedoch oft Alkohol-assoziiert sind, entsteht ein annähernd linearer Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Alkohol-assoziierten Problemen. Dass man hier mit empirischen Mitteln bloß eine Tautologie beweist, die mit der eigentlichen Fragestellung nichts zu tun hat, ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich. Die „Null-Information“ wird aber rasch offensichtlich, wenn man den Alkoholkonsum durch das Tragen eines blauen Pullovers ersetzt. Wer nie einen blauen Pullover trägt, hat nie einen Unfall, der mit dem Tragen eines blauen Pullovers assoziiert ist, und wer immer einen blauen Pullover trägt, hat nur blaue-Pullover-assoziierte Unfälle.

Die Frage, inwieweit der beschriebene J-förmige Zusammenhang kausal zu erklären ist und wie weit es sich dabei um ein Artefakt über unkontrollierte Drittvariablen (Confounder) handelt, wird häufig diskutiert. Diese Frage ist durchaus gerechtfertigt. Das Problem lässt sich aber nicht lösen, indem man den J-förmigen Zusammenhang durch einen Kunstgriff vor den Rezipient_innen versteckt und einen völlig falschen Eindruck erweckt.

Systematische Überschätzung der externen Kosten durch Substanzkonsum

Ein wichtiges Argument bei suchtpolitischen Diskursen ist die Frage nach den Kosten, die durch den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalisierten Drogen verursacht werden. Unausgesprochen steht meistens im Raum, dass es sich bei diesen Kosten, die manchmal als „volkswirtschaftliche Kosten“ oder „soziale Kosten“ bezeichnet werden, um „externe“ Kosten handelt, also um Kosten, die nicht die Verursacher_innen selbst tragen, sondern für die andere – die öffentliche Hand bzw. die Gesamtbevölkerung – aufkommen müssen. Die Thematik kann an dieser Stelle nur grob angerissen werden (für eine ausführliche Diskussion vgl. Uhl 2006).

Der vorzeitige Tod von Menschen ist ohne Frage ein Problem für die betreffende Person und ihre Umgebung. Der Produktionsverlust wird allerdings dadurch weitgehend ausgeglichen, dass die Person nichts konsumiert. Hohe Behandlungskosten für substanzverursachte Krankheiten belasten ohne Frage das öffentliche Gesundheits- und Sozialbudget. Was gegengerechnet werden müsste – aber nie gegengerechnet wird –, sind die hohen Kosten für die Behandlung einer Krankheit mit einem frühzeitigem Tod. Dieser schließt nämlich aus, dass später wegen anderer teurer Krankheiten Behandlungskosten entstehen, teure Pflege im hohen Alter notwendig wird oder hohe Pensionsleistungen geltend gemacht werden – weil all das infolge des frühzeitigen Todes hinfällig wird. Strafverfolgungskosten, die vor allem im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen auftreten, werden in der Regel als von den Drogenkonsument_innen verursachte externe Kosten behandelt anstatt korrekterweise als vom

Staat verursachte Kosten zur Verringerung von externen Kosten (Wagstaff 1987). Reagiert der Staat hier überschießend, d. h. beschließt er Maßnahmen, deren Kosten die zu erwartenden externen Kosten erheblich überschreiten, so ist es unzulässig, diese Kosten den Konsument_innen anzulasten. Wie Caulkins et al. (1997) mit dem Titel „Throwing Away the Key or the Taxpapers' Money“ pointiert argumentierten, lassen sich die Kosten für die öffentlichen Budgets im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen erheblich reduzieren, wenn man eine sinnvolle Drogenpolitik beschließt.

Ganz besonders beim Tabakkonsum, der nicht zur Einschränkung von Produktivität oder Erwerbstätigkeit führt und größtenteils Menschen betrifft, die ihr Leben lang Pensionsversicherungsbeiträge bezahlen, diese dann infolge eines vorzeitigen Todes nicht oder nur in einem geringen Ausmaß nützen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich für den Staat und die Sozialbudgets eher finanzielle Vorteile als Nachteile ergeben. Das ändert nichts daran, dass man alles tun sollte, um Krankheit und vorzeitige Todesfälle zu verhindern, bedeutet aber, dass es unzulässig ist Raucher_innen als Personen zu stigmatisieren, die ihren Mitmenschen in erheblichem Umfang finanzielle Lasten aufbürden.

Harm to Others

Aus ethischen Gründen ist es nicht zulässig, mündigen Erwachsenen Verhaltensweisen aufzuzwingen, bloß weil andere der Meinung sind, dass dies dem Wohl der handelnden Personen dient. Diese Einwände gelten allerdings nicht, wenn Personen mit ihrem Verhalten andere massiv beeinträchtigen, was Raucher_innen, die in Gegenwart von Nichtraucher_innen rauchen, tun. Nachdem sich der Terminus „Passivrauchen“ gut eignete, um weitgehende Rauchverbote zu rechtfertigen, begannen Anti-Alkoholaktivist_innen eine ähnliche Strategie für Alkoholkonsum zu verfolgen und negative Folgen des Alkoholkonsums für Dritte als „Passivtrinken“ zu problematisieren. Da die potenziellen Opfer von Alkoholkonsument_innen den Alkohol nicht „passiv“ trinken, setzte sich dieser semantisch unsinnige Begriff nicht durch und der Ausdruck „Harm to Others“ wurde geboren.

Nun steht außer Frage, dass Alkoholkonsum im Zusammenhang mit Unfällen, Gewalt, Schwangerschaften und anderem ernste Probleme verursachen kann, für die der Ausdruck „Harm to Others“ zutreffend ist. Gegenwärtige Versuche, den „Schaden für andere“ zu quantifizieren, schießen aber erheblich über das Ziel hinaus. Werden häufig anzutreffende, aber geringfügige Folgen für Dritte (z. B. Lärmbelästigung, Beschädigung von Kleidung) mit seltenen, aber schwerwiegenden Folgen für Dritte (z. B. physische Gewalt) in einen Topf geworfen und als Indikatoren desselben Problems dargestellt, kann der Eindruck erweckt werden, dass der Großteil der Bevölkerung unter dem Alkoholkonsum anderer in erheblichem Ausmaß leidet – ganz besonders, wenn man es unterlässt, zu fragen, ob sie Ähnliches auch in Zusammenhang mit nicht alkoholisierten Personen erlebt haben.

Diskussion

Um nicht missverstanden zu werden: Der exzessive bzw. süchtige Konsum von illegalisierten Drogen, Tabak und Alkohol ist ohne Zweifel mit bedeutenden Gesundheitsgefahren verbunden und präventive Maßnahmen sind unbedingt angezeigt. Angemessene Maßnahmen erfordern aber eine korrekte Beurteilung der Sachlage. Systematische Übertreibungen der negativen Folgen und immanente logische bzw. empirische Fehler untergraben langfristig die Glaubwürdigkeit der Forschung und letztlich auch der Politik, die ihr Handeln mit diesen Befunden rechtfertigt.

Entscheidungsträger_innen und Wissenschaftler_innen sollte weniger anlassbezogen und sensationslüstern nach Ergebnissen schielen, die am besten für die politische Verwertbarkeit geeignet sind, sondern eine transparente, umfassende und systematische Auseinandersetzung fördern. Der Umgang mit Ergebnissen seitens einer interessierten Fachöffentlichkeit schließlich erfordert eine kritische Auseinandersetzung mit der Art und Methode, wie derartige Ergebnisse zustande kommen, um zu vermeiden, dass durch Wiederholung inadäquater Interpretationen falsche Vorstellungen genährt werden.

Qualität in der Forschung ist nur möglich, wenn Forscher_innen bereit sind, alle Annahmen und Interpretationen kritisch zu hinterfragen, wie das Popper (1934) forderte und Forscher_innen ausreichend Zeit eingeräumt wird, sich mit den methodologischen Grundlagen ihrer Disziplin vertraut zu machen, wie das Sackett (1979), einer der Väter der „evidenzbasierten Medizin“, vorschlug. Leider wurden die Idee der „evidenzbasierten Medizin“ sukzessive pervertiert, indem der Ausdruck „evidenzbasiert“ mit der Abwertung nicht-experimenteller Forschung gleichgesetzt oder als Legitimation für naiven Empirismus interpretiert wurde (vgl. Uhl, 2015) – wogegen sich die Väter der Idee zwar entschieden – aber weitgehend erfolglos – verwehrten (Sacket et al. 1989). In einem Forschungsalltag, der nach dem Prinzip „Publish or Perish“ Quantität statt Qualität belohnt, in dem fast jeder Satz ein Zitat braucht, aber meist keine Zeit vorhanden ist, die zitierte Literatur auch zu lesen, und noch weniger Zeit, um über die Inhalte nachzudenken, wäre ein fundamentales Umdenken wünschenswert.

Literatur

- Biegon, D./Nullmeier, F. (2014): Narrationen über Narrationen. Stellenwert und Methodologie der Narrationsanalyse, in: Gadinger, F./Jarzebski, S./Yildiz, T. (Hrsg.): Politische Narrative: Konzepte - Analysen - Forschungspraxis, Heidelberg, 39-65.
- Caulkins, J./Rydell, P. C./Schwabe, W. L./Chiesa, J. (1997): Mandatory Minimum Drug Sentences: Throwing Away the Key or the Taxpayers' Money, Santa Monica.
- DAK Gesundheit (2013): 40 Prozent der Schüler trinken sich in den Rausch - DAK-Studie: Jeder zehnte 12-Jährige Junge greift zu Alkohol, online verfügbar unter: http://www.dak.de/dak/bundes-themen/Alkohol_bei_Schuelern-13187; letzter Zugriff: 26.9.2013.
- Gadinger, F./Jarzebski, S./Yildiz, T. (Hrsg.) (2014): Politische Narrative: Konzepte - Analysen - Forschungspraxis, Heidelberg.
- Glassner, B. (2010): The Culture of Fear: Why Americans Are Afraid of the Wrong Things, New York.

- Global Commission on Drug Policy (2015): The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain, online verfügbar unter: <http://www.globalcommissionon-drugs.org/reports/>; letzter Zugriff: 20.2.2016.
- Gmel, G./Gutjahr, E./Rehm, J. (2003): How Stable is the Risk Curve Between Alcohol and all-cause Mortality and what factors influence the Shape? A Precision-Weighted Hierarchical Meta-Analysis, in: *European Journal of Epidemiology* 18, 631-642.
- Kahneman, D. (2012): Schnelles Denken, langsames Denken, München.
- Lesky, J. (2014): Glauben Sie nicht jeden Unsinn, den Sie denken! Häufige kognitive Verzerrungen, in: *Psychologische Medizin* 25: 1, 4-12.
- Michotte, A (1982): *Gesammelte Werke Band 1: Die phänomenale Kausalität*, Bern.
- National Health and Research Council (2009): *Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol*, Canberra.
- Popper, K. R. (1934): *Logik der Forschung*, Tübingen.
- Rhodes, T./Hedrich, D. (Hrsg.) (2010): *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*, Luxembourg.
- Richter, M./Settortobulte, W. (2003): Gesundheits- und Freizeitverhalten von Jugendlichen, in: Hurrelmann K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.): *Jugendgesundheitssurvey*, Weinheim, 99-158.
- Rothman, K. J./Greenland, S. (1998): *Modern Epidemiology*, Philadelphia.
- Sackett, D. L. (1979): Bias in Analytic Research, in: *Journal of Chronic Diseases* 32, 51-63.
- Sackett, D. L.; Rosenberg, W. M. C.; Gray, M.; Haynes, B.; Richardson, S. (1996): Editorial: Evidence Based Medicine - What it is and what it isn't, in: *British Medical Journal* 312, 71-72.
- Single, E./Collins, D./Easton, B./Harwood, H./Lapsley, H./Kopp, P./Wilson, E. (2001): *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, Ottawa.
- Strizek, J./Uhl, A. (2014): Gesundheitsindikatoren als zweifelhafte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen, in: *Suchtmedizin* 16: 5, 223-231.
- Uhl, A. (2003): Was sind eigentlich 'Drogenopfer'?, in: Beubler, E./Haltmayer, H./Springer, A. (Hrsg.): *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Wien, 219-235.
- Uhl, A. (2006): Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs, in: *Sucht* 52, 121-132.
- Uhl, A. (2015): Evidence-based-research, epidemiology and alcohol policy: a critique, in: *Contemporary Social Science* 10: 2, 221-231.
- Uhl, A./Hunt, J./van den Brink, W./Stimson, J. (2015): How credible are international databases for understanding substance use and related problems?, in: *International Journal of Drug Policy* 26, 119-121.
- Uhl, A./Schmutterer, I./Kobrna, U./Strizek, J. (2013): Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“, Wien.
- Wagstaff, A. (1987): Government Prevention Policy and the Relevance of Social Cost Estimates, in: *British Journal of Addiction* 82, 461-467.
- Wehling, E. (2016): *Politisches Framing: Wie eine Nation ihr Denken einredet - und daraus Politik macht*, Köln.

2.2 | Drogentests, Risikoszenarien und die Negativperspektive auf Drogenkonsum

*Monika Urban, Katja Thane, Simon Egbert,
Henning Schmidt-Semisch*

Zusammenfassung

Drogentests sind mittlerweile ein gesellschaftlich weit verbreitetes Phänomen. Die Befürworter_innen solcher Kontrollen sind sich gemeinhin einig, dass mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen eine Beeinträchtigung der Leistungs- und/oder Zurechnungsfähigkeit einhergeht und dieser damit ein (Sicherheits-)Risiko darstellt. Anhand zweier Beispiele wird im Folgenden rekonstruiert, wie ein solches Risiko argumentativ kreiert und der Drogentest als einschlägige Gegenmaßnahme eingesetzt wird. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf dem hinter der Risikokonstruktion operierenden Drogenwissen.

Die Anwendung von Drogentests ist zu einem weit verbreiteten Phänomen geworden, das mittlerweile ganz verschiedene gesellschaftliche Bereiche betrifft (Thane et al. 2016). Dabei sind sich die Befürworter_innen solcher Drogenkonsumkontrollen gemeinhin einig, dass mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen eine Beeinträchtigung der psychischen und physischen Leistungs- und/oder Zurechnungsfähigkeit einhergeht und der Konsum daher stets ein (Sicherheits-)Risiko darstellt (Egbert et al. 2016; Urban et al. 2016). Im Folgenden möchten wir anhand zweier Beispiele aus den Bereichen Arbeitsplatz und Pflegekinderwesen skizzieren, wie ein solches Risiko jeweils argumentativ erzeugt und der Drogentest als einschlägige Gegenmaßnahme rhetorisch in Stellung gebracht wird.¹ Besonderes Augenmerk widmen wir hierbei dem hinter der Risikokonstruktion operierenden Drogenwissen, also dem Blickwinkel, von dem aus Drogen und ihr Konsum gedacht werden, da dieser wesentlich die jeweilige Intention der Anwendung von Drogentests prägt. Abschließend werden wir eine in der Kriminologie geführte Debatte aufgreifen und fragen, ob die Anwendung von Drogentests für ein rationales, a-moralisches Risikomanagement steht (Feeley/Simon 1992, 1994) oder ob sie doch vielmehr moralisch aufgeladen ist (O'Malley/Mugford 1991).

¹ Die dabei zugrunde liegenden empirischen Daten stammen aus dem von der DFG geförderten Forschungsprojekt ‚Anwendungsrationalitäten und Folgen von Drogentests‘, welches seit 2013 an der Universität Bremen durchgeführt wird.

Drogentests am Arbeitsplatz

2006 wurde am Arbeitsgericht Hamburg im Falle eines Hafenterminalunternehmens über die rechtliche Zulässigkeit von anlassunabhängigen Drogentests im bestehenden Arbeitsverhältnis entschieden. Die Richter_innen kamen zu dem Ergebnis, dass Drogenkonsumkontrollen per Drogentest als geboten und notwendig anzusehen sind, um in gefahrgeneigten bzw. sicherheitsrelevanten Tätigkeitsbereichen die dortige Arbeitsplatzsicherheit zu gewähren (ArbG Hamburg 2006). Sie konstatieren: „Die Teilnahme bzw. die Aufforderung zur Abgabe eines Urintests ist (...) geeignet, festzustellen, ob ein Arbeitnehmer uneingeschränkt arbeitsfähig ist, oder nicht“ (ebd.). Im Zuge ihrer Entscheidung haben die Richter_innen auf die Besonderheit des betroffenen Arbeitsplatzes hingewiesen: „(I)m vorliegenden Fall ist besonders zu berücksichtigen, dass aufgrund der Größe der zu bewegenden Maschinen bereits kleinste Unachtsamkeiten oder fehlende Präzision zu erheblichen Schäden führen können“ (ebd.).

Die gerichtliche Einschätzung der Risikoträchtigkeit der betreffenden Beschäftigung korrespondiert dabei mit der Tätigkeitsbeschreibung eines/einer Repräsentanten/Repräsentantin des beklagten Unternehmens: „Man muss nur die Dimension dieser Geräte in den Blick nehmen, und wenn Sie rausgucken sehen Sie ja, was das für Monster sind, um sich klar zu machen, dass das Geräte sind, von denen am Ende dann auch Gefahren ausgehen können. Und wenn ein Van Carrier-Fahrer ein solches Gerät bedient und nicht im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte ist, dann kann das gefährlich werden“ (zit. n. Egbert 2015: 182f.).

Drogentests im Pflegekinderwesen

Im Januar 2012 wurde bekannt, dass das elfjährige Pflegekind Chantal an einer Vergiftung durch eine versehentlich eingenommene Methadon-Tablette ihrer substituierten Pflegeeltern verstorben war. Daraufhin wurde in den Medien und auch in der Hamburgischen Bürgerschaft kontrovers debattiert, inwieweit das Jugendamt, unter dessen Aufsicht die Familie stand, seine Pflichten verletzt habe. Es folgten personelle Konsequenzen, betroffene Mitarbeiter_innen mussten sich vor Gericht verantworten und ein Sonderausschuss arbeitete die möglichen institutionellen Versäumnisse auf. Mit einem durch diesen Ausschuss erarbeiteten Handlungspapier (Hamburgischen Bürgerschaft 2013a) wurde schließlich eine Neuregelung des Pflegekinderwesens beschlossen: Diese sieht nun u. a. eine verstärkte Inspektion der Jugendhilfeträger, ein generelles Qualitätsmanagement der Pflegekinderhilfe und einen obligatorischen Drogentest im Rahmen der Eignungsprüfung (potenzieller) Pflegeeltern vor. Sollten bei den (zukünftigen) Pflegeeltern illegale, psychotrope Substanzen detektiert werden, erfolgt der kategorische Ausschluss von der Pflegeelternschaft (Hamburgische Bürgerschaft 2013b: 4).

Übergeordnetes Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Pflegekinderhilfe sicherer zu machen, und zwar nicht nur für die Kinder, sondern auch für eben jene behördlichen und sozialpädagogischen Kräfte, die unter dem Druck stehen, im Zweifelsfall einen Todesfall verantworten zu müssen (zit. n. Egbert et al. 2016). Galt vormals die Maxime, Toleranz gegenüber unterschiedlichen Lebensentwürfen der Pflegefamilien walten

zu lassen, so besteht seit der Neuregelung die Verpflichtung, jedes Risiko (u. a. auch mit Drogentests) auszuschließen (Balask et al. 2012).

Drogenwissen und die Konstruktion von Drogenkonsum als (Sicherheits-)Risiko

In beiden Beispielen zeigt sich bezüglich der jeweils wirkmächtigen Wissensbestände, die zur Konstruktion von Drogenkonsum als (Sicherheits-)Risiko herangezogen werden, eine Betrachtungsperspektive, die der Jurist und Kriminologe Stefan Quensel (2010: 106ff.) als für die herkömmliche Suchtprävention typisch herausgearbeitet hat: Diese blicke stets vom negativen Ende auf Drogengebrauch und orientiere sich mit ihren Interventionen – im Sinne einer pathogenetischen Logik – nahezu ausschließlich an einschlägigen Defiziten, die es zu überwinden gelte (vgl. auch Schmidt-Semisch 2014). Ferner fokussiere diese Wahrnehmungsweise vornehmlich Worst-Case-Szenarien und konzentriere sich damit stets auf die denkbar schlimmsten Konsequenzen des Drogenkonsums (Quensel 2010: 118). Diese Wahrnehmungsweise ist dementsprechend durch eine mangelnde Differenziertheit hinsichtlich der vielfältigen Konsumformen und -muster sowie der höchst unterschiedlichen Substanz(wirkung)en gekennzeichnet. Denn freilich macht es einen erheblichen Unterschied, z. B. hinsichtlich der Fahrtüchtigkeit, welche Substanz die betreffende Person zu sich nimmt und ob sie diese gelegentlich, regelmäßig oder exzessiv konsumiert. Indem aber (wahlweise) eine Sucht(erkrankung), der angenommene Kontrollverlust oder auch der vollumfängliche Leistungseinbruch der konsumierenden Person stets zum impliziten oder expliziten Bezugspunkt für die Ausgestaltung des jeweiligen Risikoszenarios herangezogen werden, werden alle Differenzierungen im Umgang mit psychotropen Substanzen nivelliert. Auf diese Weise wird jeder Konsum und jede_r Konsumierende gleichermaßen zum Risiko, was wiederum vor allem die anlassunabhängigen Drogentests mit Legitimität ausstattet.

Der Drogentest als Sicherheitstechnologie?

Der Drogentest wird in den o. g. Kontexten als technische Möglichkeit gesehen, um das drogenbezogene Risikopotenzial der betreffenden Personen(gruppe) präventiv zu detektieren und vorausschauend eliminieren bzw. *managen*² zu können. Allerdings sind die mit den Drogentests verbundenen, vielfältigen Sicherheitserwartungen in mehrerer Hinsicht brüchig: Denn erstens sind legale Drogen (Alkohol, Medikamente), die ebenso die psychische und physische Leistungsfähigkeit einer Person nachhaltig zu beeinflussen vermögen, in der Regel nicht Gegenstand der Überprüfung – obgleich für gewöhnlich gerade Alkohol als die gefährlichste, weil am weitesten verbreitete Droge charakterisiert wird. Zweitens gibt es zahlreiche andere körperliche und/oder emotio-

² Der Begriff des Managens trifft es wohl besser, da sich viele der Tester_innen durchaus bewusst sind, dass das Risiko des Drogenkonsums nicht gänzlich beherrschbar ist – zumal nicht per Drogenschnelltest (vgl. Egbert 2015: 185).

nale Zustände, die keinerlei Bezug zum Konsum von psychotropen Substanzen (seien sie nun illegal oder nicht) aufweisen und trotzdem die Arbeitssicherheit oder Erziehungsfähigkeit negativ beeinflussen können (z. B. Liebeskummer, Stress, Trauer, Müdigkeit) (vgl. auch Paul 2007). Drittens können Drogentests auch den Konsum illegalisierter Drogen nicht umfassend verhindern, sondern stellen allenfalls³ eine punktuelle Überprüfung dar, deren Beobachtungszeitraum dazu noch mit unterschiedlichen Zeitfenstern (je nach Probematerial, Gebrauchsform und konsumierter Substanz) verbunden ist. Und viertens ist es herkömmlichen Schnelltests nicht möglich, zwischen verantwortungsvollem und verantwortungslosem Drogengebrauch zu unterscheiden, da ein solcher Test im Sinne eines qualitativen Verfahrens alleine ein positives oder negatives Ergebnis anzeigt, aber keinesfalls über Konsumintensitäten oder möglicherweise problematisches Konsumverhalten informieren kann (Egbert et al. 2014).

Drogentests zwischen Risikomanagement und Moral

Die Einführung von Drogentests in den USA der 1980er Jahre provozierte seinerzeit eine kriminologische Debatte über deren adäquate kontrolltheoretische Einordnung. Malcolm Feeley und Jonathan Simon (1992, 1994) konstatieren, dass die vermehrte Nutzung von Drogentests vor dem Hintergrund einer risikomanagerialen Kontrollpraxis zu verstehen sei (*actuarial justice* bzw. *new penology* genannt). Diese gehe von einem allgemeinen Kriminalitätsrisiko aus, das nicht in Gänze zu tilgen, aber gleichwohl zu *managen* sei und orientiere sich dabei – gleichsam a-moralisch – ausschließlich an vermeintlichen Risikopotenzialen. Dabei habe die neue Kontrollpraxis nicht die Bestrafung der Betroffenen zum Ziel, sondern den (risikomanagerialen) Ausschluss riskanter Personen aus entsprechend sensiblen Räumen. Pat O'Malley und Stephen Mugford (1991) haben demgegenüber diese kontrolltheoretische Kontextualisierung grundsätzlich kritisiert und die These vertreten, dass die Anwendung von Drogentests vor dem Hintergrund des moralisch aufgeladenen *war on drugs* zu lesen sei. In diesem Sinne stelle der Drogentest kein Instrument der Risikobewertung dar, sondern ein drogenpolitisches Werkzeug, welches Teil eines moralischen Kreuzzuges (*moral crusade*) sei.

Aus unserer Sicht wiederum entspricht die empirische Anwendungspraxis von Drogentests weder einem rein rationalem Anliegen noch ist sie allein moralisch bedingt: Drogentests können erstens nicht pauschal einem bestimmten Kontrollmodus zugeordnet werden, sondern müssen kontextspezifisch in ihrer jeweiligen praktisch-strukturellen Einbettung erschlossen werden. Zweitens lassen unsere empirischen Erhebungen den Schluss zu, dass die Anwendungen von Drogentests (gleichzeitig) *sowohl* risikomanagerial *als auch* moralisch ausgerichtet sein können (siehe auch Lutz/Thane

³ Dabei darf indes nicht von einem vollkommenen Repräsentationsverhältnis zwischen Testergebnis und dem (vergangenen) Konsumverhalten der getesteten Person (also der Zielinformation) ausgegangen werden, da (1) technisch gesprochen die Verbindungslinie fehlerhaft sein kann, z.B. durch Kreuzreaktionen (wie etwa durch Mohngebäck) und (2) soziologisch gesprochen ohnehin stets eine Differenz zwischen dem tatsächlich generierten Testresultat und der eigentlichen Zielinformation besteht (vgl. auch Hanson 1994: 18): Drogentests prüfen nicht unmittelbar, ob eine Person Drogen konsumiert hat, sie detektieren vielmehr wissenschaftlich-gesellschaftlich stabilisierte Indikatoren desselben.

2003), denn immerhin verbinden sich in der Regel stets reale Ängste und Sicherheitsinteressen zu der jeweiligen Intention, Drogentests anzuwenden: In diesem Sinne sind dann auch die damit verbundenen Risikoeinschätzungen durchaus als authentisch einzuschätzen, da sie gleichsam wahrhaftig an einer Gefährdungsvorbeugung interessiert sind. Aber gleichzeitig wird auch deutlich, dass die jeweiligen Vorstellungen, Drogenkonsum sei als (sicherheits-)riskantes Verhalten zu charakterisieren, stets auch auf moralisch präformierte Gewissheiten zurückgreifen. Diese operieren mit stereotypen Denkfiguren, mit dichotomen Zuschreibungen von ‚sicherer Abstinenz‘ und ‚riskantem Konsum‘ und der paternalistisch grundierten Reaktion auf abweichende Verhaltensweisen – u. a. mit dem Drogentest als konstitutivem Element.

Vor dem Hintergrund der hier vorgestellten Gedanken plädieren wir dafür, die Sicherheitsgefahren von Drogenkonsum stets kontextsensibel und einzelfallorientiert zu bestimmen. Ebenso gilt es zu betonen, dass ein Drogentest für sich genommen mitnichten Sicherheit generiert, sondern vielmehr bei unsachgemäßer Anwendung oder Fehlinterpretation der Ergebnisse selbst Risiken (z. B. ethischer oder rechtlicher Natur) erzeugen kann. Bei den gravierenden Konsequenzen, die ein positives Testergebnis haben kann, sollten diese Limitierungen der Anwendung von Drogentests stets mitgedacht werden. Gerade weil die Konsequenzen so erheblich sein können, ist es nicht verständlich, warum die Nutzung von Drogentests (z. B. am Arbeitsplatz über das Arbeitsschutzgesetz) rechtlich stets nur mittelbar begründet wird bzw. werden kann, weil entsprechende klare rechtliche Rahmenbedingungen fehlen. Um unangemessene Anwendungen zu verhindern, ist die Politik gefordert, entsprechende konkrete und transparente Rahmenbedingungen für die Durchführung von Drogentests in den unterschiedlichen Anwendungsbereichen zu schaffen, wobei insbesondere auch datenschutzrechtliche Aspekte Berücksichtigung finden sollten.

Literatur

- ArbG Hamburg (2006): Az.: 27 Ca 136/06, Urteil vom 01.09.2006, Hamburg.
- Balask, S./Coesfeld, F./Fengler, D. (2012): Hamburger Pflegeeltern müssen zum Drogentest, in: Hamburger Abendblatt (31.01.2012), online verfügbar unter: <http://www.abendblatt.de/hamburg/article2174423/Hamburger-Pflegeeltern-muessen-zumDrogentest.html>; letzter Zugriff: 16.04.2015.
- Egbert, S. (2015): Drogentestpraktiken an deutschen Arbeitsplätzen und die Konstruktion von Drogenkonsum als Sicherheitsrisiko, in: Dollinger, B./Groenemeyer, A./Rzepka, D. (Hrsg.): Devianz als Risiko. Neue Perspektiven des Umgangs mit abweichendem Verhalten, Delinquenz und sozialer Auffälligkeit, Weinheim/Basel, 172-190.
- Egbert, S./Schmidt-Semisch, H./Thane, K./Urban, M. (2014): Drogentests, in: Akzept e.V. Bundesverband/Deutsche AIDS-Hilfe/JES Bundesverband (Hrsg.), Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, Berlin, 141-144.
- Egbert, S./Thane, K./Urban, M./Schmidt-Semisch, H. (2016): Technologisierung des Vertrauens, in: Neue Praxis (im Erscheinen).
- Feeley, M./Simon, J. (1992): The New Penology: Notes on the Emerging Strategy of Corrections and its Implications, in: Criminology 30: 4, 449-474.
- Feeley, M./Simon, J. (1994): Actuarial Justice: the Emerging New Criminal Law, in: Nelken, D. (Hrsg.): The Futures of Criminology, London, 173-201.
- Hamburgische Bürgerschaft (2013a): Bericht des Sonderausschusses „Zum Tod des Mädchens Chantal“. Drucksache 20/9843, Hamburg.

- Hamburgische Bürgerschaft (2013b): Sonderausschuss „Zum Tod des Mädchens Chantal“. Drucksache 20/3870, Anhang: Fachanweisung Pflegekinderdienst, Hamburg, 1-15.
- Hanson, A. F. (1994): *Testing Testing: Consequences of the Examined Life*, Berkeley.
- Lutz, T./Thane, K. (2003): Alles Risiko – oder was? Sicherheitsdiskurse zwischen Rationalität und Moral, in: *Widersprüche* 22: 4, 9-20.
- O'Malley, P./Mugford, S. (1991): Moral Technology: The Political Agenda of Random Drug Testing, in: *Social Justice* 18: 4, 122-146.
- Paul, B. (2007): Drogentests in Deutschland oder die Institutionalisierung von Misstrauen, in: *Kriminologisches Journal* 39: 1, 55-67.
- Quensel, S. (2010): *Das Elend der Suchtprävention*, 2. Aufl., Wiesbaden.
- Schmidt-Semisch, H. (2014): Überlegungen zu einer salutogenetisch orientierten Perspektive auf Drogenkonsum, in: Schmidt, B. (Hrsg.): *Akzeptierende Gesundheitsförderung – gesundheitliche Unterstützung im Spannungsfeld zwischen Einmischung und Vernachlässigung*, Weinheim u.a., 207-220.
- Thane, K./Egbert, S./Urban, M./Schmidt-Semisch, H. (2016): Drogentestanwendungen in Deutschland. Eine qualitative Bestandsaufnahme, in: *Kriminologisches Journal* 48: 1, 62-72.
- Urban, M./Egbert, S./Thane, K./Schmidt-Semisch, H. (2016): Die Alltäglichkeit des Testens: Drogenkonsumkontrollen im Kontext von Arbeit und Ausbildung, in: Dollinger, B./Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.): *Sicherer Alltag? Politiken und Mechanismen der Sicherheitskonstruktion im Alltag*, Wiesbaden, 215-236.

2.3 | Vereinnahmende Ausgrenzung der Sucht? Versuch über das imaginäre Subjekt des neurobiologischen Krankheitsparadigmas

Seifried Seyer

Zusammenfassung

Sucht ist eine Krankheit, oft folgt: eine „dysfunktionale“ Gehirnerkrankung. Sucht als „dysfunktionales“ Verhalten zu begreifen, beinhaltet einen hohen Grad imaginärer, nicht offengelegter Vorannahmen. Am Beispiel einer Arbeit über zentrale neurobiologische Theorien zur Abhängigkeit wird exemplarisch versucht, den imaginären Gehalt scheinbar bloß beschreibender Neurowissenschaft herauszuarbeiten. Das bindungslose, investitionsbereite, zukunfts- und leistungsorientierte, ökonomisch rational handelnde Subjekt ist das imaginierte „Andere“ des „kranken“, änderungsbedürftigen Abhängigen.

Nora Volkow, eine der derzeit einflussreichsten Suchtforscherinnen, stellte vor kurzem bei einem Besuch in Wien klar: „Sucht ist eine Krankheit“, und spezifischer: „Sucht ist eine Erkrankung des Gehirns“. Zweifellos ist es ein Fortschritt, Sucht nicht mehr als moralische Verfehlung oder kriminelle Handlung zu betrachten. Sucht wird als Krankheit anerkannt. Das ist der Konsens der medizinischen Suchtforschung unter der Dominanz der Neurobiologie. Die Pathologisierung der Sucht birgt aber in seiner Konsequenz Diskriminierungs- und Entmündigungspotenziale.

Das Krankheitsparadigma stellt eine Gegenposition zu einer ungerechtfertigten Kriminalisierung von Abhängigen dar, gleichzeitig ist es aber auch eine Abgrenzung von Sichtweisen, die Abhängigkeit als gewählten oder subjektiv akzeptierten Lebensstil begreifen. Das Krankheitsparadigma vereint einen starken Reduktionismus auf die neurochemischen und biologischen Wirkungen der Substanzen mit einer Suspendierung des „Abhängigen“ als handlungsfähigem Subjekt. Von Neurobiolog_innen wird formuliert: „Wo die Sucht beginnt, endet der freie Wille“ (Hüther 2008: 463).

Das Geschehen wird an einen Ort verlegt, an dem komplexere Auffassungen der Abhängigkeit keinen Platz haben. Damit tritt man weit hinter Auffassungen über Abhängigkeit zurück, die die biopsychosoziale Einbettung dieses Verhaltens und dessen mögliche problematische Folgen berücksichtigen. Hilarion Petzold etwa meint: „Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen/der Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und – wenn sie lange genug wirkt – zerstört“ (Petzold 2007: 467).

Das gesellschaftlich Imaginäre im Spiegel des Ausgegrenzten

Die Behandlung der Sucht als „dysfunktionales“ bzw. „abweichendes“ Verhalten beinhaltet einen hohen Grad imaginärer, nicht offengelegter Vorannahmen über die Natur des menschlichen Handelns. Das Krankheitsparadigma führt zu einer Vereinnahmung der Abhängigen bei gleichzeitiger Infragestellung ihrer Handlungsfähigkeit und gesellschaftlichen Teilhabe. Sie werden zum Gegenüber eines imaginären, inklusionsfähigen Subjekts. Georg Simmel beschrieb in seinem „Exkurs über den Fremden“ wie das als fremd wahrgenommene zwar das Andere der Gruppenidentität repräsentiert, zugleich aber einen elementaren Teil derselben Gruppenidentität ausmacht. „Der Fremde ist ein Element der Gruppe selbst, nicht anders als die Armen und die mannigfachen »inneren Feinde« - ein Element, dessen immanente und Gliedstellung zugleich ein Außerhalb und Gegenüber einschließt“ (Simmel 1908: 509). Das Fremde dient der Gesellschaft als Spiegel, in dem sie sich erkennen kann. „Weil er [der Fremde] nicht von der Wurzel her für die singulären Bestandteile oder die einseitigen Tendenzen der Gruppe festgelegt ist, steht er allen diesen mit der besonderen Attitüde des »Objektiven« gegenüber“ (Simmel 1908: 510). Wie die Fremden stehen Süchtige einer imaginären Gruppenidentität gegenüber. Sie werden von der Gruppe benötigt und zugleich als überflüssig etikettiert. Sucht ist ein sehr dichter Begriff. Neben der deskriptiven Beschreibung bestimmter (Krankheits-)Merkmale versammeln sich in ihm moralische Wertungen und soziale Konsequenzen für die Träger_innen dieser Zuschreibung.

Definitionen von Krankheiten (Sucht) sind eine Form gesellschaftlicher Institution. Sie unterliegen veränderlichen und nicht unbedingt expliziten Konventionen. Nach Cornelius Castoriadis kann man gesellschaftliche Institutionen als Netz von gesellschaftlich-geschichtlichen Bedeutungen begreifen. Diese Bedeutungen sind dem Einzelnen nicht unbedingt bewusst, sie werden im Erkennen und im Handeln immer vorausgesetzt. Die Bedeutungen selbst sind imaginär.

Der moderne Suchtbegriff wurde mit der Aufklärung und industriellen Revolution um 1800 geprägt. Damit sich ein Deutungsschema (Sucht) eines Phänomens (exzessives Verhalten) gesellschaftlich durchsetzen kann, müssen zu einem bestimmten Zeitpunkt mehrere Entwicklungen zusammenspielen. Im Fall des Suchtbegriffs führten technische Innovation und eine sich aus den Fesseln des Feudalismus befreiende Wirtschaft zu einer Freisetzung der Menschen aus traditionellen Bindungen (Aufhebung der Leibeigenschaft, Landflucht), denn der Mensch wurde als „Arbeitskraft“ benötigt. Damit kam es zu einer breiten Durchsetzung von Disziplinareinrichtungen (Schulpflicht, Fabrik, Militär). Gleichzeitig formierten sich die modernen medizinischen Institutionen.

Die Dysfunktionalität der Abhängigkeit und das imaginierte funktionale Subjekt

Am Beispiel einer Arbeit von Anne Beck wird im Folgenden exemplarisch versucht, den imaginären Gehalt scheinbar rein beschreibender Neurowissenschaft herauszuarbeiten. Becks Artikel referiert in instruktiver und neutraler Weise die anerkanntesten neurobiologischen Theorien zur Abhängigkeit. Neurowissenschaftler_innen ermitteln

auf Grund bildgebender Verfahren statistische Unterschiede zwischen als abhängig diagnostizierten Personen und Personen aus Kontrollgruppen. In der Folge interpretieren sie die entstandenen Hirnscans und finden „dysfunktionales“ Verhalten bei den als abhängig etikettierten Klient_innen.

Dysfunktion 1 besteht in der *motivationalen Priorisierung bestimmter suchtrelevanter Reize*. Eine Studie zeigt „eine reduzierte Aktivierung im ventralen Striatum – der Kernregion des Belohnungssystems – alkoholabhängiger Patienten bei der Verarbeitung belohnungsanzeigender, nichtalkoholassoziierter Reize (monetärer Belohnungsreize). (...) Darüber hinaus zeigten dieselben Patienten eine erhöhte Aktivität im ventralen Striatum bei der Konfrontation mit Alkoholbildern, die mit der Stärke des Alkoholverlangens verbunden war. Diese Beobachtung unterstützt die Hypothese, dass Alkohol und andere Drogen zu einer Art „Neuordnung“ der Prioritäten des Belohnungssystems führen können, so dass es überhöht auf Suchtreize reagiert, während es nur vermindert durch konventionelle Verstärker (inklusive primärer Verstärker wie Sex oder Nahrung) aktiviert wird“ (Beck 2009: 52).

Abhängigkeiten sind starke Bindungen. Es überrascht nicht, dass Reize, die auf eine Bindung bezogen sind, stärkere Reaktionen auslösen als Reize, die keine Bindung anzeigen. Am obigen Beispiel besonders interessant ist, dass der Bezugspunkt des neutralen, funktionalen Verhaltens klar definiert ist, nämlich die ökonomische Belohnung. Es wird davon ausgegangen, dass ein „funktionaler“ Mensch ökonomische Belohnungsanreize, Reize, die einer rationalen Wahl unterzogen werden können, vorziehen würde. Gibt es eine unabhängige, objektive, funktionale Relevanz und Bedeutung von Reizen?

Dysfunktion 2 meint eine *übersteigerte Aufmerksamkeitszuschreibung auf Suchtreize*. „Was nahelegt, dass das Ausmaß der dopaminergen Dysfunktion zur übersteigerten Aufmerksamkeitszuschreibung auf Suchtreize beiträgt“ (Beck 2009: 52). [Forscher_innen] „nehmen darüber hinaus an, dass die phasische Dopaminausschüttung (...) belohnungsanzeigende Reize verstärkt und so die Motivation zu Verhaltensweisen auslösen kann, welche dazu dienen, eine Belohnung zu erhalten. Dopamin trägt demnach zur Kontrolle zielgerichteten Verhaltens bei, indem es das Ausmaß des potentiell erreichbaren Verstärkers (der Belohnung) kodiert und belohnungsanzeigenden Reizen Bedeutung (Salienz) zuschreibt“ (Beck 2009: 50).

Wenn bestimmte Bindungen (etwa suchtrelevante Verhaltensweisen) priorisiert werden, ist es unwahrscheinlich, dass es eine neutrale Aufmerksamkeitszuschreibung unabhängig davon geben kann. Aufmerksamkeit hängt von den Priorisierungen und Bedeutungszuschreibungen ab, die aufgrund der personalen Bindungen gemacht werden. Jeder kennt das Phänomen der gerichteten Aufmerksamkeit bei einer aufwendigeren Investition, die eine starke Bindung zu dem angestrebten Investitionsgut beinhaltet. Beispiel Autokauf: Man interessiert sich für gewisse Marken, plötzlich sieht man überall Autos dieser Hersteller_innen.

Dysfunktion 3 handelt vom *Kontrollverlust und der Unfähigkeit sein Verhalten zu ändern*. „Diese Ergebnisse zeigen, dass Alkohol sowohl die inhibitorische Kontrolle von Verhalten als auch das Vermögen Reize mit negativen Folgen zu assoziieren, beeinträchtigt, was zur Erklärung beitragen könnte, warum Alkoholpatienten solche Schwierigkeiten haben, aus den negativen Konsequenzen ihres exzessiven Alkoholkonsums zu lernen“ (Beck 2009: 54).

Abhängigkeiten sind über einen langen Zeitraum angeeignete komplexe Verhaltensmuster, die einen hohen Grad an Habitualisierung aufweisen. Der Konsum von Substanzen reicht vom weitgehend habitualisierten Anzünden der Zigarette, obwohl noch eine im Aschenbecher das Zimmer räuchert, bis zu sozial komplexen Handlungen wie gemeinsames Rauchen eines Joints oder das Anstoßen auf den Geburtstag bei einer Familienfeier. Das zweckrationale Kalkül über negative Konsequenzen hat dabei nachgelagerte Bedeutung. Das imaginierte „funktionale“ Verhalten, das in den Studien die Hintergrundfolie abgibt, besteht in der flexiblen Änderung des Verhaltens bei negativen Konsequenzen. Das ist handlungstheoretisch höchst fragwürdig. Der Großteil menschlichen Handelns ist institutionalisiert, ritualisiert und habitualisiert. Es benötigt lange Zeit bis neue Verhaltensweisen möglich werden. Das Verhalten trotz negativer Konsequenzen aufrechtzuerhalten, ist eine wichtige personale Kompetenz. Soziale Beziehungen sind mit vielfältigen negativen Konsequenzen verbunden, gleichzeitig sind sie die Basis, um zu einer menschlichen Identität zu finden. Paul Ricoeur spricht von einer „aktiven Adoption“ der Bedingungen in mir und außer mir. Damit kann ein Spielraum gewonnen werden, um mit dem Umstand umzugehen, dass wir uns selbst und unsere Umwelt nicht einfach loswerden können.

Dysfunktion 4 besteht in der *verminderten Sensibilität gegenüber selbstrelevanten Reizen*. „In dieser fMRT Studie wiesen alkoholabhängige Patienten eine verminderte Aktivierung des Belohnungssystems während der Verarbeitung selbstrelevanter Reize auf“ (Beck 2009: 53). Funktional wäre, „dass das Belohnungssystem besonders bei der Bewertung hoch selbstbezogener im Vergleich zu wenig selbstbezogenen Reizen aktiviert wird“ (Beck 2009: 53).

Bis Alkoholabhängige tatsächlich in Behandlung kommen und als solche klassifiziert werden, haben diese Patient_innen einen langen sozialen und demütigenden Labelingprozess hinter sich. In Anbetracht dessen ist es schwierig, eine hohe Selbstachtung aufrechtzuerhalten. Eines der durchgängigen Merkmale von Abhängigkeit ist der soziale Rückzug bzw. die soziale Isolation. Selbstrelevante Reize und euthymes Verhalten bzw. sich Etwas-Gutes-zu-tun sind direkt verbunden mit der Selbstachtung und Wertschätzung des Selbst.

Dysfunktion 5 beschreibt die *erhöhte Impulsivität und verminderte Investitionsbereitschaft* in zukünftige Gewinne. „Unter Impulsivität wird unter anderem die Unfähigkeit zum Belohnungsaufschub verstanden, sowie die Präferenz kleiner sofortiger gegenüber großen zeitlich verzögerten Belohnungen. [...] Impulsive Menschen scheinen also Schwierigkeiten zu haben, die Belohnungserwartung aufrechtzuerhalten, auch wenn sie auf den eigentlichen Erhalt der Belohnung ansprechen, was zu erhöhtem ‚delay discounting‘ beitragen könnte“ (Beck 2009: 53).

Man kann sich das hier imaginierte „funktionale“ Subjekt als eines vorstellen, das mit hoher Affektkontrolle und einer hohen Bereitschaft zu innerweltlicher Askese ausgestattet ist. Max Weber zitiert Benjamin Franklin als idealtypischen Vertreter innerweltlicher Askese: „Bedenke, daß die Zeit Geld ist; wer täglich zehn Schillinge durch seine Arbeit erwerben könnte und den halben Tag spazieren geht, oder auf seinem Zimmer faulenzet, der darf, auch wenn er nur sechs Pence für sein Vergnügen ausgibt, nicht dies allein berechnen, er hat nebst dem noch fünf Schillinge ausgegeben oder vielmehr weggeworfen“ (Weber 2001: 5332). Heute stellt sich auch die Frage, ob

Belohnungsaufschub per se als „funktional“ eingestuft werden kann, da die Zukunft eine nicht enden wollende Abfolge von Krisen und Katastrophen zu sein scheint.

Diskussion

In neurowissenschaftlichen Studien bildet das „funktionale“ Subjekt den Gegenpol zur beschriebenen „Dysfunktionalität“, es bleibt jedoch implizit und imaginär. Innerhalb gewisser Grenzen ist die neurobiologische Sichtweise akzeptabel, aber im Lichte komplexer Handlungstheorien weist sie fundamentale Defizite auf. Selbstkontrolle und Verzicht auf sofortige Befriedigung sind für das Erreichen von Zielen bei zweckrationalem (Weber), erfolgsorientiertem (Habermas) oder rationalem Handeln (Rawls) wichtig. Bei diesem Handeln sind die Dysfunktionen 3 und 5 tatsächlich hinderlich. Aber Zweckrationalität ist eben nur eine Handlungsdimension, besonders dann, wenn sie nur auf Zwecke des Egos bezogen ist. Alle Formen traditionellen und wertrationalen (Weber), habitualisierten (Bourdieu) Handelns geraten überhaupt nicht ins Blickfeld.

Jede gesellschaftlich-geschichtliche Formation kreiert ihr Anderes. Im Zeitalter der (vernünftigen) Aufklärung war es der Wahnsinn. Heute konzentrieren sich die Phantasmen des Anderen auf Formen der Vorenthaltung von Leistung - etwa Sucht, Müßiggang, Depression, Burnout (wobei diese weniger schwer wiegt, da scheinbar durch Leistung verursacht). „Sucht steht für die Unmöglichkeit einer vollständigen Selbstkontrolle: Der Drogensüchtige ist Sklave seiner selbst, ob er nun von einem Wirkstoff, einer Aktivität oder einer Person abhängig ist. [...] Aus diesem Grund ist der Drogenabhängige heute eine symbolische Gestalt, er ist ein Anti-Subjekt. Früher hatte der Verrückte diese Funktion“ (Ehrenberg 2004: 22).

Das funktionale Referenzsubjekt der Neurobiolog_innen ist ein bindungsloses, flexibles, investitionsberechtigtes, zukunfts- und leistungsorientiertes, ökonomisch rational handelndes Subjekt. Dieses „imaginäre“ Subjekt ist das Andere des/der „kranken“, änderungspflichtigen Abhängigen. Abhängige werden heute nicht mehr ausgegrenzt und kriminalisiert, sondern unterliegen dem Inklusionszwang, an sich zu arbeiten bzw. an sich arbeiten zu lassen. Die Möglichkeiten der Teilhabe werden den als „abhängig“ Inkludierten mit dem Akt der Diagnose abgesprochen. Der/Die Kranke ist ja nicht wirklich integriert, sondern nur periodisch von den Zwängen der Gesellschaft freigestellt und entlastet - mit der Auflage alles zu tun, um wieder gesund und funktionsfähig zu werden. Die objektivierende Vereinnahmung der Abhängigkeit in das naturwissenschaftliche Krankheitsparadigma führt zu Marginalisierung und Ausgrenzung. Neben der Medikalisierung eines phänomenal bloß als exzessiv zu beschreibenden Verhaltens ist das Krankheitsparadigma auch eine Form der sozialen Kontrolle und Ausschließung des drogenkonsumierenden Lebensstils.

Empfehlungen für Praxis, Forschung und Politik

- a) *Selbstreflexive Verortung des Expert_innenhandelns*: Praktiker_innen in Behandlung und Prävention von Abhängigkeiten können Forschungsergebnisse nicht unhinterfragt als Voraussetzung ihres Handelns übernehmen. Bei der Implementie-

rung von Maßnahmen muss der oben herausgearbeitete imaginäre Gehalt von Forschung und dessen gesellschaftliche Konsequenzen reflektiert werden. Der ethischen Evaluation von Maßnahmen muss mindestens ebenso große Bedeutung zukommen wie der Bewertung der technischen Dimension der Wirksamkeit, die bei suchtpreventiven Maßnahmen aufgrund sachlicher Limitierungen ohnehin oft nicht zu festzustellen ist.

- b) *Kompensatorische Forschungsförderung*: Die Gewichte in der Suchtforschungslandschaft verschieben sich unübersehbar hin zu naturwissenschaftlichen Disziplinen.¹ Um der drohenden Ausdünnung sozial- und geisteswissenschaftlicher Zugänge zum Phänomen Sucht entgegenzusteuern, sollten Forschungsbemühungen in diesen Disziplinen stärker gefördert werden.

Literatur

- Beck, A. (2009): Sucht und Neurowissenschaft, in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32: 3/4, 47-59.
- Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt/Main.
- Hüther, G. (2008): Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille. Neurobiologische Aspekte von Suchtentstehung und Suchttherapie, in: Petzold, H.G./Sieper, J. (Hrsg.): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Band II: Psychotherapie des Willens, Bielefeld-Locarno, 463-472.
- Petzold, H.G. (2007): Drogenabhängigkeit als Krankheit. Anthropologische, persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und klinische Perspektiven, in: Petzold, H.G./Schay, P./Ebert, W. (Hrsg.): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung, Wiesbaden, 465-482.
- Simmel, G. (1908): Exkurs über den Fremden, in: ders.: Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung, Berlin, 509-512.
- Weber, M. (2001): Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus, in: ders.: Gesammelte Werke, Berlin, 5313-5803.

¹ Die Neurowissenschaften haben Zugang zu milliardenschweren, öffentlich finanzierten Forschungsprogrammen. Das EU-geförderte „Human Brain Project“ wird über eine Laufzeit von 10 Jahren 1,19 Mrd. Euro an Budget zur Verfügung haben, das US-Projekt „Brain Activity Map“ ca. 3 Mrd. Dollar, ebenfalls über 10 Jahre.

2.4 | Es geht ums Prinzip – Eine wissenschaftlich fundierte Grenzwertfindung scheint unerwünscht

Michael Knodt

Zusammenfassung

Die gesetzlichen Regelungen zu illegalen Substanzen im Rahmen einer Straßenverkehrsteilnahme, zielen nicht auf die Trennung zwischen Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr. Selbst bei Cannabis setzen Gesetzgeber und Verwaltung auf totale Abstinenz, nicht auf das Trennungvermögen zwischen Konsum und Verkehrsteilnahme. Selbst wer illegale Substanzen konsumiert und unter deren direkten Einfluss öffentliche Verkehrsmittel nutzt oder nur zu Fuß läuft, kann der aktuellen Rechtslage zufolge die Fahrerlaubnis verlieren. Die Forderung vieler anerkannter Fachleute, die im internationalen Vergleich sehr repressive Gesetzeslage wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen, bleibt bislang ungehört.

Die Zahl der Cannabiskonsument_innen, bei denen eine Fahreignungsüberprüfung angeordnet wird, steigt seit Mitte der 1990er Jahre kontinuierlich an. Wenn im Rahmen einer Verkehrsteilnahme mehr als 1 Nanogramm (ng) des Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) im Blutserum nachgewiesen wird, muss der Führerschein durch die Fahrerlaubnisbehörde entzogen werden. Doch bei 1ng THC liegt keinerlei Rauschwirkung mehr vor, der deutsche Grenzwert ist im Vergleich mit anderen Ländern, die einen THC-Grenzwert definiert haben, weltweit der strengste. Die Messergebnisse werden, wie international üblich, im Gesamtblut bestimmt. In der Bundesrepublik hingegen wird der Wert im Blutserum bestimmt und führt somit zu einem mehr als doppelt so hohen Wert (Schulz/Vollrath 1997).

So kann es passieren, dass die Fahrerlaubnisbehörde selbst dann die Fahreignung bezweifelt, wenn der ohnehin niedrige Grenzwert bei der Blutprobe unterschritten und das Nüchternheitsgebot eingehalten wird. Colorado und Washington State haben einen Grenzwert von 5ng im Blut, was in Deutschland 10ng/ml Serum entspräche. Laut einer Studie der National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA, 2015) liegt das Unfallrisiko für Cannabis noch deutlich unter dem bisher angenommenen, bei einem Grenzwert, der zehn Mal höher liegt als der deutsche. Die Autoren der US-Studie weisen zudem darauf hin, dass viele Cannabiskonsument_innen trotz positivem THC-Befund nicht unbedingt berauscht waren, sondern es sich um zurückliegenden Konsum handelte. Selbst die Schweiz (Pütz o.J.), die Rauschfahrten genau definiert und ähnlich streng sanktioniert wie Deutschland, hat mit 3ng im Gesamtblut

einen viel höheren Grenzwert. Dieser Grenzwert, der mit der 0,0-Promille-Grenze für Taxifahrer_innen vergleichbar ist, liegt in der Schweiz bei 1,5 ng/ml THC im Gesamtblut. Auf den ersten Blick scheint der Deutschland geltende Grenzwert von 1 ng/ml kaum tiefer zu sein. Berücksichtigt man nun allerdings den Umstand, dass der Schweizer Grenzwert im Gesamtblut und nicht im Serum bestimmt wird, ergibt sich rechnerisch ein Grenzwert von 3 ng/ml Serum. So liegt der Grenzwert für das Fahrpersonal in der Schweiz nach deutscher Lesart bei 3 ng/ml Serum.

Ebenso umstritten ist auch die Bestimmung des THC-COOH-Wertes, um so angeblich die Konsumintensität und somit die Konsumfrequenz zu ermitteln. *„Bisher galt es als gesichert, dass zumindest der Nachweis spezifischer Abbauprodukte des Cannabis-Hauptwirkstoffs THC im Haar einen Konsum zweifelsfrei beweise. Forscher am Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Freiburg um den Toxikologen Prof. Dr. Volker Auwärter haben durch experimentelle Arbeiten festgestellt, dass dieser Schluss so nicht zulässig ist“* schreibt das Fachmagazin „Scientific Reports“ im Oktober 2015 (Moosmann/Roth/Auwärter 2015). Viele Länder, wie die US-Bundesstaaten, wo Cannabis auch zum Freizeitkonsum für Erwachsene reguliert wurde oder auch Tschechien, verzichten vollkommen auf die Messung von solchen THC-Abbauprodukten. Dort ist lediglich der aktive THC Wert und somit relevant, ob eine Rauschfahrt vorliegt oder nicht. Schließlich werden die Leberwerte auch nicht im Rahmen einer richterlich angeordneten Blutprobe, sondern allenfalls bei einem später angeordneten Medizinisch Psychologischen Gutachten abgefragt.

Sachverständige fordern Anpassung

Prof. Auwärter, der auch Mitglied des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel in der Bundesopiumstelle zu Bonn ist, kritisiert die aktuelle Praxis im Führerscheinrecht. Bei Mengen, die praktisch ohne Wirkung seien, drohe der Entzug der Fahrerlaubnis. Das Unfallrisiko sei bei legalen 0,5 Promille Alkohol doppelt so hoch wie mit 0,0 Promille. Beim geltenden Grenzwert von 1 ng THC/ml Blutserum sei die Wirkung hingegen längst verflogen. Außerdem verursachen Verkehrsteilnehmer_innen unter Cannabis-Einfluss seltener Unfälle als alkoholisierte. Weil Cannabis, anders als Alkohol, nicht enthemme, sei das Trennungsvermögen besser ausgeprägt. Wer zu viel gekifft habe, fahre deshalb meist gar nicht mehr. Und wenn doch gefahren wird, fahre ein unter Cannabis stehender Autofahrer sehr viel defensiver als ein alkoholisierter Mensch, sagte Auwärter 2014 auf der Fachtagung der Stadt Frankfurt zum Thema Cannabis-Modellprojekte. Auwärter hält den derzeit geltenden Grenzwert für zu niedrig und sprach sich gegenüber der „Süddeutschen Zeitung“ (Janisch 2014) für eine Anpassung auf „2-5“ ng aus.

Doch nicht nur Auwärter, der die Praxis schon länger kritisiert, wünscht sich eine Anpassung. Die Grenzwertkommission, eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (GTFCh), der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin, forderte in einem Artikel der Fachzeitschrift Blutalkohol im vergangenen Herbst den aktuellen THC-Grenzwert von einem auf drei ng anzuheben (Auwärter et al. 2015). Auf Grundlage dieser Empfehlung klagten fünf Autofahrer aus dem Ruhrgebiet gegen den

Entzug ihrer Fahrerlaubnis. Gegen alle fünf waren fährerscheinrechtliche Maßnahmen eingeleitet worden, nachdem bei ihnen im Rahmen einer Verkehrskontrolle ein THC-Gehalt zwischen einem und 2,9 ng nachgewiesen worden war. Das Amtsgericht Gelsenkirchen hörte den Vorsitzenden der Kommission, Thomas Daldrup, als Sachverständigen an und wies die Klage der fünf trotzdem ab. Beobachter halten die Entscheidung für außergewöhnlich, da die Verwaltungsgerichte den Empfehlungen der Grenzwertkommission bislang meist gefolgt sind.

Führerscheinverlust droht auch nüchtern oder ganz ohne Verkehrsdelikt

Doch selbst bei reinen Besitzdelikten muss grundsätzlich damit gerechnet werden, dass der Betroffene noch Post von seiner Führerscheinstelle erhält. Dabei ist es unerheblich, ob das Strafermittlungsverfahren aufgrund einer geringen Menge Cannabis zum Eigenbedarf eingestellt wurde oder nicht. Selbst wenn das Delikt in keinem Zusammenhang mit der Teilnahme am Straßenverkehr steht, vermutet die Führerscheinstelle oft mangelndes Trennungsvermögen und somit die potentielle Gefahr einer zukünftigen Rauschfahrt. Die mangelnde Trennungsbereitschaft der Führerscheinstellen, die selbst sehr gelegentlichen oder lange zurückliegenden Konsum als Anzeichen einer Fahruntauglichkeit ansehen, ist eher Regel denn Ausnahme. „Ja, das machen wir hier öfter so“ antwortete eine Sachbearbeiterin der Mainzer Führerscheinbehörde der „Zeit“ auf telefonische Anfrage (Schmidt 2014). Alleine die Aussage von der zuständigen Sachbearbeiterin legte damit den Verdacht nah, dass in Mainz über Jahre hinweg die höchstrichterliche Rechtsprechung missachtet wurde.

Das Wochenmagazin hatte über eine Frau, die im Sommer 2014 bei Anreise zu einem Festival als Fahrgast in einem Taxi mit 2,5 g Cannabisprodukten erwischt worden war, berichtet. Kurz darauf erhielt die 33jährige ein Schreiben der Führerscheinbehörde, das Zweifel an ihrer Fahreignung bekundete. Sie sollte innerhalb von drei Tagen ein Drogenscreening auf eigene Kosten erstellen lassen. Sollte sie dieses Gutachten nicht innerhalb von 14 Tagen einreichen, müsse man auf Ihre Nichteignung zum Führen von Kraftfahrzeugen schließen, was dann den sofortigen Entzug der Fahrerlaubnis zur Folge habe. Sie konnte die Begründung nicht nachvollziehen und weigerte sich der Aufforderung Folge zu leisten, um diesen Unsinn gerichtlich klären zu lassen. Nachdem sich die Betroffene einen erfahrenen Rechtsbeistand geholt und sich an höchster Stelle beschwert hatte, konnte sie ihren Führerschein wieder erlangen. Die meisten Betroffenen wehren sich allerdings nicht.

Nur die Spitze des Eisbergs

Einem Studenten aus Baden-Württemberg, der unter dem Grenzwert von 1 ng lag, wurde der Führerschein aufgrund „gelegentlichen Konsums“ entzogen. Seinen Konsum, der bis zu diesem Zeitpunkt auch nur äußerst selten vorkam, hatte er seit der Kontrolle komplett eingestellt, so dass bei dem durchgeführten Drogenscreening auch

kein Konsum mehr nachweisbar war. Obwohl der Facharzt bescheinigt hatte, dass der Student kein problematisches Konsummuster aufwies und insgesamt nur vier Mal konsumiert hatte – ohne sich ans Steuer zu setzen. Grund: „Gelegentlicher Cannabiskonsum begründet grundsätzlich weitergehende Zweifel am Trennungsvermögen.“ Er soll einen weiteren Abstinenznachweis in Form einer 600 Euro teuren MPU vorlegen. Bislang hat er bereits über 500 Euro in Gutachten investiert.

Ein Führerscheininhaber, der ein fachärztliches Gutachten vorlegen musste, räumte in dessen Rahmen gegenüber dem Arzt ein, dass er auf Partys früher auch schon mal Alkohol und Cannabis zusammen konsumiert hatte. Ein schwerwiegender Fehler. Mit diesen Angaben im Gutachten ordnete die Verwaltung trotz des nachgewiesenen Abstinenzzeitraums von sechs Monaten eine weitergehende MPU an. Aufgrund dieser Angaben bestünden weiterhin Zweifel an der Fahreignung, die nur durch die Vorlage einer MPU auszuräumen seien. Der Betroffene weigerte sich, das Gutachten erstellen zu lassen, weil er die geforderte Abstinenz durch das eingereichte Gutachten nachgewiesen hatte. Daraufhin entzog die Verwaltungsbehörde den Führerschein. Die Klage vor dem zuständigen Verwaltungsgericht wurde in erster Instanz abgelehnt.

In München wurde ein Mann im August 2015 mit 0,89 ng THC im Blutserum getestet. Obwohl er bis dahin polizeilich nie aufgefallen war, soll der nüchterne Verkehrsteilnehmer jetzt 740 Euro Strafe zahlen, zwei Punkte in Flensburg bekommen und einen Monat lang auf seine Fahrerlaubnis verzichten. Liegt der Mann unter dem Grenzwert, müsste er schon massive, cannabistypische Ausfallerscheinungen haben, um fahruntüchtig zu sein. Die seien, so die zuständige Pressestelle, von den Beamten vor Ort festgestellt worden. Doch dann läge eine Straftat nach §316 StGB und keine Ordnungswidrigkeit nach §24a mehr vor. Ausfallerscheinungen unter Drogeneinfluss werden, genau wie eine Alkoholfahrt mit mehr als 1,1 Promille, als Straftat bewertet. Ein Ordnungsgeld hätte deshalb gar nicht verhängt werden dürfen.

Doch man muss es eigentlich gar nicht so kompliziert machen, denn schon das Bundesverfassungsgericht (2004) hatte festgestellt, dass weder eine Straftat noch ein ordnungswidriges Verhalten vorliegen, wenn der Grenzwert von 1ng nicht überschritten werde.

Je nach Region spielt es in der Realität kaum eine Rolle, ob man den Grenzwert von 1ng/THC ml Blutserum überschritten hat oder ganz ohne Auto beim Konsumieren oder mit Cannabisprodukten erwischt wurde: Die unterste Sachbearbeiter_innen-Ebene der Führerscheinstelle entscheidet im Vorabgespräch, ob man ein Problem mit Cannabis hat (Janisch 2013). Abhängig von der Entscheidung der Sachbearbeiterin bzw. des Sachbearbeiters bestehen die nächsten Schritte aus einem sechsmonatigen Abstinenznachweis, einem fachärztlichen Gutachten und meist noch einer MPU. Von deren Anordnung erfährt man meist erst, nachdem das fachärztliche Gutachten die Abstinenz bestätigt hat. Denn der Abstinenznachweis reicht der Behörde oft nicht, woraufhin trotz des ersten, positiven Gutachtens eine zusätzliche MPU verlangt wird. Da es sich beim Entzug des Führerscheins um einen Verwaltungsakt handelt, ist ein Einspruch im Prinzip auch erst dann möglich, wenn dieser abgeschlossen, also der Führerschein weg ist.

Diese vier Beispiele sind nur die Spitze eines riesigen Eisbergs, der von Tag zu Tag größer wird. Dabei verliert der Gesetzgeber das eigentliche Ziel, Cannabiskonsum und Verkehrsteilnahme strikt zu trennen, langsam komplett aus den Augen. Die Bundes-

regierung ist derzeit nicht gewillt zu erkennen, dass ein Fahrverbot grundsätzlich seinen eigentlichen Sinn verliert, wenn der Führerschein als dessen Folge gänzlich entzogen wird.

So führen die Richter des Bundesverwaltungsgerichts (2014) Leipzig in einem Urteil bezüglich der 1 ng-Grenze aus, dass der Interessenvertreter der Bundesregierung beim Bundesverwaltungsgericht in Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur der Auffassung seien, eine Beurteilung des Trennungsvermögens auf den gemessenen THC-Wert sei „ohne Abschlag abzustellen.“ Also Zero-Tolerance aus Prinzip. Das verdeutlicht, dass die Bundesregierung nicht nur von dem Widerspruch von Fahrverbot und Entzug weiß, sondern diesen in der Rechtsprechung sogar durch entsprechende Vorab-Stellungnahmen forciert, obwohl ihr klar sein dürfte, dass der Wert von 1 ng/ml nur einen analytischen Grenzwert darstellt, der nicht mit einer Wirkung gleichzusetzen ist.

Auch einmaliger Konsum so genannter „harter Drogen“ schließt die Fahreignung per se aus

Anders als bei Cannabis schließt bereits der einmalige Konsum sogenannter „harter Drogen“ der ständigen Rechtsprechung zufolge eine Fahreignung grundsätzlich aus. Hier wird aufgrund des angenommen hohen Missbrauchspotentials von einer grundsätzlichen Beeinträchtigung des Trennungsvermögens ausgegangen. Egal ob im Straßenverkehr oder anderswo, wer mit anderen illegalen Substanzen außer Cannabis erwischt wird, muss den Führerschein abgeben. Eine der wenigen Ausnahmen ist der SPD-Bundestagsabgeordnete Michael Hartmann. Bei Hartmann, der den Konsum von „Crystal Meth“ eingeräumt hatte, erfolgte die Aufforderung zur MPU erst vier Monate nach den Ermittlungen gegen ihn. Doch die Aufforderung wird von Hartmanns Anwalt angefochten, der Abgeordnete windet sich heraus und bekommt die Fahrerlaubnis ohne Medizinisch Psychologische Untersuchung (MPU) per Eilentscheid zurück (SWR 2015). Er muss sich lediglich bis Sommer 2016 sechs Drogentests unterziehen. Hartmann hatte sogar zugegeben, er habe aufgrund von beruflicher Belastung Crystal konsumiert. Das nennt sich „negative Konsummotivation“, weil nicht aus Spaß, sondern um Probleme zu kompensieren und die Leistung gezielt zu steigern konsumiert wurde. Das werten Verkehrspsychologen, um deren Begutachtung Hartmann dank des Eilentscheids herum gekommen ist, gerne als Hinweis auf missbräuchlichen Konsum und mangelndes Trennungsvermögen.

Selbst Cannabispatient_innen können sich trotz einer positiven Stellungnahme der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt 2014) ihres Führerscheins nicht sicher sein. Denn da die importierten Medizinal-Hanfblüten aus den Niederlanden in Deutschland kein zugelassenes Medikament sind, kann eine Sachbearbeiterin bzw. ein Sachbearbeiter der Führerscheinstelle im Gespräch die Sicherstellung der Regelversorgung und die Dosierbarkeit anzweifeln. Entweder, weil die Patientin bzw. der Patient nicht auf das Milligramm genau darlegen kann, wie seine Dosierung verläuft. Oder eine Fahruntüchtigkeit kann auch unterstellt werden, weil der Patient aufgrund seiner finanziellen Lage oder unverschuldeter Versorgungslücken, wie sie immer wieder wegen der Lieferengpässe von medizinischem Cannabis entstehen, unterdosiert sein

könnte. Doch zumindest bei der Verwendung von Cannabis als Medizin scheint die Interpretation der Führerscheinstellen seit der Stellungnahme der BAST ein wenig großzügiger geworden zu sein. Das kann aber nicht über den akuten Handlungsbedarf hinwegtäuschen, bei dem Experten wie der Freiburger Professor Auwärter oder die Grenzwertkommission nicht weiter ungehört bleiben dürfen.

Literatur

- Auwärter, V./Daldrup, T./Graw, M./Jachau, K./Käferstein, H./Knoche, A./Mußhoff, F./Skopp, G./Thierauf-Emberger, A./Tönnies, S. (2015): Empfehlung der Grenzwertkommission für die Konzentration von Tetrahydrocannabinol (THC) im Blutserum zur Feststellung des Trennungsvermögens von Cannabiskonsum und Fahren, in: *Blutalkohol* 5/2015, 322.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (2014): Straßenverkehrssicherheitsforschung, online abrufbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/fuehrerschein_bast_2014.pdf; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Bundesverfassungsgericht (2004): Beschluss vom 21. Dezember 2004, online verfügbar unter: http://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2004/12/rk20041221_1bvr265203.html; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Bundesverwaltungsgericht (2014): Fehlen der Fahreignung bei gelegentlichem Konsum von Cannabis, wenn die Blutprobe eine THC-Konzentration von 1,3 ng/ml ergibt, online verfügbar unter: <http://www.bverwg.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.php?jahr=2014&nr=64>; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Janisch, W. (2013): Gelegenheitskiffern droht Verlust der Führerscheins, online verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/auto/urteil-zu-cannabis-konsum-kiffern-kann-fahrerlaubnis-jederzeit-entzogen-werden-1.1818807>; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Janisch, W. (2014): Gras-Grenze, online verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/auto/thc-grenzwerte-fuer-autofahrer-gras-grenze-1.2185527>; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Moosmann, B./Roth, N./Auwärter, V. (2015): Finding cannabinoids in hair does not prove cannabis consumption, online verfügbar unter: <http://www.nature.com/articles/srep14906>; letzter Zugriff 11.04.2016.
- National Highway Traffic Safety Administration (Hrsg.) (2015): NHTSA Releases Two New Studies on Impaired Driving on U.S. Roads, online verfügbar unter: <http://www.nhtsa.gov/About+NHTSA/Press+Releases/2015/nhtsa-releases-2-impaired-driving-studies-02-2015>; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Pütz, T. (o.J.): Cannabis und Führerschein, Solothurn.
- Schmidt, R. (2014): Die seltsame Verfolgung der nüchternen Kiffer, online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/wissen/2014-10/marihuana-kiffen-fuehrerscheinentzug>; letzter Zugriff 11.04.2016.
- Schulz, E./Vollrath, M. (1997): Fahruntüchtigkeit durch Cannabis, Amphetamine und Cocain. Mensch und Sicherheit, Heft M81.
- SWR (2015): Hartmann erhält Führerschein zurück, online verfügbar unter: <http://www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/koblenz-mainz-hartmann-erhaelt-fuehrerschein-zurueck/-/id=1682/did=16346154/nid=1682/zpq314/>; letzter Zugriff 11.04.2016.

Verbraucher_innenschutz und Prävention

3

3.1 | Die Gefährlichkeit von Drogen: ein multidimensionaler Ansatz¹

Dagmar Domenig, Sandro Cattacin

Zusammenfassung

Eine Metanalyse zu Gefährlichkeitsabschätzungen zeigt auf, dass es kaum möglich ist, einzelne psychoaktive Substanzen hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit zu beurteilen, unabhängig vom Forschungszugang. Stattdessen sollten der Konsumkontext, individuelle Prädispositionen, der Konsumbeginn, die konsumierten Substanzen, die Dosis und die Konsumart als Kriterien für individuelle Gefährlichkeitsabschätzungen dienen.

Sich ständig verändernde Konsummuster und neue psychoaktive Substanzen verlangen Neubewertungen von *Gefährlichkeit* im Rahmen der verschiedenen internationalen und nationalen Kontrollsysteme. Doch solche Neubewertungen stellen eine grosse Herausforderung dar, debattieren doch Expertinnen und Experten seit jeher über die *richtigen* Methoden, um die Gefährlichkeit alter und neuer Substanzen abschätzen zu können. Der Wunsch vieler ist dabei, Drogenpolitik so auszurichten, dass nicht moralische, politisch-ideologische oder ökonomische Kriterien für die Regulierung gewisser Substanzen ausschlaggebend sind, sondern rationale, wissenschaftliche und evidenzbasierte Kriterien. Doch sind Drogen überhaupt gefährlich und, wenn ja, wie kann diese Gefährlichkeit *gemessen* werden?

Der Konsum psychoaktiver Substanzen kann sicher gefährlich sein, wird aber oft ziemlich undifferenziert ganz generell mit dem Label *gefährlich* versehen, auch wenn meist nicht eindeutig zu definieren ist, was genau daran *gefährlich* ist. Drogenkonsumierende konsumieren zudem komplex, meist mehrere Substanzen gleichzeitig oder in Abfolge, phasenweise oder ständig, ritualisiert in Gemeinschaft oder alleine, aus medizinischen oder rein aus Genussgründen, wenig, viel oder zu viel, aus sozialen oder genetischen Gründen, manchmal auch aus Überzeugung oder Abhängigkeit. Und daher ist es so schwierig, Gefährlichkeitsabschätzungen darüber zu machen, welche Substanz oder gar Substanzen nun wie und in welcher Kombination und unter welchen Voraussetzungen *gefährlich* sind.

Psychoaktive Substanzen sind immer auch Träger_innen soziokulturell beeinflusster, individueller Bedeutungswelten und kollektiver Sinngebungen, die sich im Laufe der Zeit verändern. Der Versuch, psychoaktive Substanzen zu isolieren und Ursache und

¹ Dieser Beitrag beruht auf dem Bericht von Dagmar Domenig und Sandro Cattacin (2015), der von der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) in Auftrag gegeben wurde. Es handelt sich hier um eine Zusammenfassung. Der vollständige Bericht ist hier erhältlich: unige.ch/sciences-societe/socio/fr/publications/dernierespublications/sociograph-22a-sociological-research-studies.

Wirkung auf das Individuum alleine an der Substanz festzumachen, muss daher scheitern. So handelt es sich schon alleine bei der Entscheidung, welche psychoaktiven Substanzen in einer Gesellschaft akzeptiert und somit legal und welche verboten sein sollen, um einen Prozess der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung, der sich teils über Jahrzehnte hinweg zieht – und oft eher Ängste und Unwissen kondensiert als systematische Analysen.

Der Ruf nach einer wissenschaftlich fundierten Klassifikation psychoaktiver Substanzen ist dabei so alt wie die Auseinandersetzung mit deren Gefährlichkeit. Mit der weltweiten Zunahme des Konsums einer Unzahl verschiedener psychoaktiver Substanzen ist diese Aufgabe heutzutage einfach um vieles komplexer geworden. Dies führt auf der einen Seite dazu, dass die Anzahl der Studien einzelner oder auch – vergleichend – mehrerer psychoaktiver Substanzen ins Unermessliche steigt, auf der anderen Seite entstehen neue Ansätze und Debatten, diese Komplexität durch übersichtliche, alles umfassende und dadurch vereinfachende Klassifizierungen zu reduzieren. Der Versuch der Komplexitätsreduktion scheint unvermeidbar, zumal die Anzahl der auf ihre Zusammensetzung und hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit zu untersuchenden psychoaktiven Substanzen täglich weiter ansteigt.

Metaanalyse von Gefährlichkeitsstudien

Bei unserer Literaturanalyse haben wir uns auf Studien beschränkt, die versuchen, entweder systematisch die Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen vergleichend einzuschätzen oder aber die Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen gesamthaft zu betrachten. Dabei konnten wir diese Studien in vier Arten unterteilen, nämlich Expert_innenstudien (a), Konsumierendenstudien (b), Konsummusterstudien (c) und Gesundheitsstudien (d).

Ad a) *Expert_innenstudien* sind Studien, die eine Gesamtsicht auf die Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen bezwecken. Dabei werden Expertinnen und Experten unterschiedlicher Disziplinen in einem ersten Schritt zur Gefährlichkeit bestimmter psychoaktiver Substanzen befragt und dann werden diese Resultate gemeinsam diskutiert und gegenseitig abgewogen. Diese *iterative Konsensfindung* (van Amsterdam et al. 2004: 2) führt dann letztlich zur vergleichenden Gefährlichkeitsabschätzung einzelner Substanzen. Am bekanntesten ist sicher die auf diesem Verfahren beruhende Expert_innenstudie von David Nutt et al. (Nutt et al. 2007), deren Gewichtungen beispielsweise aufzeigen, dass Tabak und Alkohol als weit gefährlicher eingestuft werden als beispielsweise Cannabis. Kritisiert wird bei dieser Art von Studien vor allem die Definition von Schädlichkeit, die den sozialen Kontext nicht mit einbeziehe (Fischer/Kendall 2011: 1891), aber auch, dass nur die Schädlichkeit nicht aber der Nutzen psychoaktiver Substanzen beurteilt werde (Bourgain et al. 2012: 107). Letztlich bauen Expert_innenstudien immer auf der Vorstellung auf, dass intersubjektive Wahrheiten durch Meinungskonfrontationen entwickelt werden könnten. Dies birgt zwar einerseits die Gefahr, dass aufgrund der Komplexität und Multidimensionalität die Drogenproblematik vereinfacht und zu verkürzt dargestellt wird, andererseits kann genau dieser Ansatz zu einer letztlich auch gewollten Komplexitätsreduktion beitragen.

Ad b) *Konsumierendenstudien* sind Studien, die einerseits – ähnlich wie die Expert_innenstudien – Einschätzungen der Gefährlichkeit psychoaktiver Substanzen durch die Konsumierenden in Form schriftlicher Befragungen selbst vornehmen lassen, (Morgan et al. 2010; Morgan et al. 2013; Carhart-Harris/Nutt 2013). Diese Studien kommen zu ähnlichen Resultaten wie die Expert_innenstudien und belegen daher auch, dass die Konsumierenden meist gut Bescheid über die von ihnen eingenommenen psychoaktiven Substanzen wissen. Andererseits gehören dazu auch qualitative Studien, die meist einen umfassenderen Blick auf lebensweltliche und Umfeldfaktoren gestatten als quantitative Methoden (Foster/Spencer 2013; Trocki et al. 2013; Bright et al. 2014). Diese Studien zeigen ein hohes Bewusstsein bei den Konsumierenden in Bezug auf gefährlichen Konsum, sodass man hier von einer gewissen sozialen Kontrolle unter den *Peers* ausgehen kann. Das oft vorherrschende Bild eines abhängigen, von psychoaktiven Substanzen verführten, der Kontrolle verlustig gegangenen und dem Konsum seiner Peergruppe völlig ausgesetzten Drogenkonsumierenden scheint nicht der Realität zu entsprechen.

Ad c) *Konsummusterstudien* sind Studien, die die Gefährlichkeit insofern definieren wollen, als dass sie diese in Bezug zu den Konsummustern setzen und zwar hinsichtlich Lebensalter bei Konsumbeginn, Konsumdauer, Konsumhäufigkeit, Polykonsum und Konsumdosis. Besonders beliebt sind hier Zwillingsstudien (Agrawal et al. 2004), da diese die Möglichkeit bieten, den Einfluss genetischer Faktoren auf den frühen Cannabiskonsum und den späteren problematischen Konsum im jungen Erwachsenenalter zu erforschen, wobei der direkte kausale Einfluss meist kaum zu eruieren sei, da das Setting beeinflussende Umweltfaktoren sehr schwer zu messen seien (Agrawal et al. 2004: 1234). Auch könne kein Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einer Psychose nachgewiesen werden (Agrawal/Lynskey 2014: 360). Diese Studien zeigen zudem auch auf, dass es eine erhöhte Prävalenz für Polykonsum bei Jugendlichen unter 16 Jahren gibt, sodass der stärkste Indikator für einen problematischen Konsum im jungen Erwachsenenalter der gleichzeitige Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen sei (Moss et al. 2013: 60). Konsummuster sind in soziokulturelle Lebenswelten eingebettet, was eine international durchgeführte Studie aufzeigt (Degenhardt et al. 2008: 1067). Gefährlichkeitsrelevante Konsummuster sind auch in Relation zur Konsummenge zu setzen, denn es spielt eine Rolle, ob eine toxische Menge konsumiert werden muss oder nicht, um die erwünschte Wirkung einer psychoaktiven Substanz zu erzielen. So braucht es für eine letale Dosis nur eine 10fache wirksame Dosis Alkohol im Unterschied zu Cannabis, das gar nicht in tödlicher Menge dosiert werden kann (Gable 2004: 208). Jürgen Rehm et al. plädieren letztlich dafür *den starken, über einen längeren Zeitraum andauernden Konsum* (Rehm et al. 2013: 634) ins Zentrum der Gefährlichkeitsanalyse zu stellen, denn erst bei diesem Konsummuster seien Schäden zu erwarten, wie Veränderungen im Gehirn, soziale Probleme oder auch substanzbezogene Erkrankungen bis hin zum Tod. Letztlich tragen Konsummusterstudien dazu bei, die Einzeldrogenorientierung zu relativieren und den Blick auf die Risiken der Abhängigkeit und des übermäßigen Konsums zu richten.

Ad d) *Gesundheitsstudien* haben zum Ziel, die Gefährlichkeit insofern zu *messen*, als dass sie die Auswirkungen des Konsums psychoaktiver Substanzen auf die Gesundheit einer Bevölkerung untersuchen (Morbiditäts-, Mortalitätsraten und beschwerdefreie Lebensjahre). Solche Studien zeigen beispielsweise auf, dass die Drogenabhängigkeit

einen zentralen Beitrag zur globalen Krankheitsbewältigung leistet, wobei davon 50% durch Heroinabhängigkeit aufgrund der intravenösen Applikation generiert werde (Degenhardt et al. 2013: 1564, 1570). Ein weiterer Zusammenhang wird zwischen der Marginalisierung von Drogenkonsumierenden sowie einer schlechteren mentalen und physischen Gesundheit hergestellt (Ahern et al. 2007: 195). Gesundheitsstudien zeigen insbesondere die ganze Tragweite auf, die der Konsum psychoaktiver Substanzen auch für eine Gesellschaft bedeuten kann, wenn aufgrund bestimmter Kombinationen mit anderen Substanzen, mit individuellen Lebenserfahrungen, vorhandenen Veranlagungen und in konkreten lebensweltlichen Kontexten Leidensgeschichten entstehen, die nicht nur einzelne Individuen und ihr unmittelbares Umfeld, sondern die gesamte Gesellschaft betreffen.

Gemeinsamkeiten und Grenzen von Gefährlichkeitseinschätzungen

Auch wenn die Komplexität, etwas über die Gefährlichkeit, den Schaden oder auch den Nutzen psychoaktiver Substanzen auszusagen, aufgrund diverser Studien evident und insbesondere auch die Vielfalt der Forschungsansätze deutlich geworden ist, so können doch Gemeinsamkeiten in den Klassifikationsstudien festgestellt werden. So geht weitaus die Mehrheit der Studien von einer Einzeldrogenorientierung aus, dies obwohl eigentlich der Einzelkonsum einer psychoaktiven Substanz – vor allem bei jungen Drogenkonsumierenden – offenbar die Ausnahme ist. Es scheint aber letztlich weit einfacher, eine *einzelne* psychoaktive Substanz hinsichtlich der Prävalenz des Konsums, der Gefährlichkeit oder auch der damit verbundenen globalen Krankheitsbelastung zu erforschen als im Rahmen eines aufgrund der sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren komplexen Polykonsums.

Viele der publizierten Studien basieren auf großen Datenmengen und Metaanalysen, die zwar die Komplexität reduzieren aber gleichermaßen auch den lokalen, sozialen Kontext kaum mehr berücksichtigen können. Mehrheitlich handelt es sich dabei auch um epidemiologisch und quantitativ ausgerichtete Untersuchungen. Studien, die sich dem sozialen oder lebensweltlichen Kontext Drogenkonsumierender selbst widmen, sind die Ausnahme und korrelieren meist mit einer eher liberalen Haltung gegenüber dem Konsum psychoaktiver Substanzen. Zudem weisen diese Studien aufgrund ihrer Resultate den Konsumierenden weit mehr Eigenständigkeit und Persönlichkeit zu als die quantitativen Studien, die sich an den Substanzen und nicht an den Personen orientieren.

Immer wieder werden Untersuchungen – wie zum Beispiel Zwillingstudien – durchgeführt, die einen frühen Konsum psychoaktiver Substanzen oder das Ausbrechen einer Psychose nach Cannabiskonsum ursächlich auf eine genetische Veranlagung zurückzuführen versuchen. Hier besteht das Problem, dass kaum verlässliche Aussagen darüber gemacht werden können, ob eine genetische Veranlagung oder aber die Umgebungsfaktoren die Ursache dafür sind. Denn – wie auch immer wieder festgestellt werden muss – es ist äußerst schwierig, Umgebungseinflüsse und daraus folgend auch den Einfluss genetischer Faktoren zu messen.

Die vergleichende Sichtweise zeigt dabei auf, dass kein Ansatz sowohl wissenschaftliche wie auch gesellschaftliche Bedürfnisse befriedigen kann. Ohne Zweifel sind Kon-

summusterstudien tiergehende Analysen, die jedoch politisch nicht direkt umsetzbar sind. Dagegen sind Expert_innen- und Konsumierendenstudien zwar politisch eins zu eins anwendbar, doch wegen ihres Einzelsubstanzansatzes schlicht realitätsfern. Gesundheitsstudien stellen in dem Sinne eine Kompromissvariante dar, da diese die Substanzenorientierung relativieren helfen und insgesamt auch sehr konkrete politische Hinweise liefern, wie mit dem Schaden, der aus dem problematischen Konsum von Substanzen entsteht, umzugehen ist; doch erlauben diese *Public-Health*-Studien nicht, von der Gesamtsicht auf Einzelfälle zu schliessen.

Gefährlichkeitsabschätzungen scheinen offenbar nur dann einen gewissen Sinn zu machen, wenn diese möglichst evidenzbasiert und doch durchführbar und somit nicht zu komplex sind. Angesichts der Tatsache, dass wir es heute nicht mehr wie vor rund hundert Jahren mit mehr oder weniger nur einer Handvoll psychoaktiver Substanzen, die zu gesellschaftlichen Problemen führen, zu tun haben, sondern mit über 250 Substanzen weltweit, scheint es unserer Ansicht nach wohl angebracht, nicht auf einzelne Substanzen zu fokussieren, sondern auf den Konsum psychoaktiver Substanzen generell. Dies würde auch den häufig vorkommenden Polykonsum mit einschliessen und zudem regionalen Unterschiedlichkeiten weit gerechter werden als absolute Gefährlichkeitsabschätzungen einzelner Substanzen. Dies würde bedeuten, dass eher der *Umgang* mit psychoaktiven Substanzen als Grundlage für Gefährlichkeitsabschätzungen dienen müsste als die einzelnen Substanzen selbst. Weiter erscheint es uns zentral, die soziale Einbettung einer Substanz insofern zu beachten, als dass Ritualisierungen wohl weit mehr als Verbote die Kontrolle über den Konsum psychoaktiver Substanzen übernehmen können. In dem Sinne sollten in erzieherischen und präventiven Programmen Ritualisierungen von Konsummustern stärker als bisher gewichtet werden.

Konkret würde das bedeuten, dass Substanzen und deren Kombination (Einzelsubstanz/Polykonsum), die Dosis (Genussdosis/medizinische Dosis/letale Dosis), die Art des Konsums (Gelegenheitskonsum/Missbrauch/Abhängigkeit), der Konsumbeginn (frühes Alter/spätes Alter), vorhandene Prädispositionen (Krankheiten, andere) sowie der Konsumkontext (Ritual, funktionierendes soziales Umfeld, problematisches

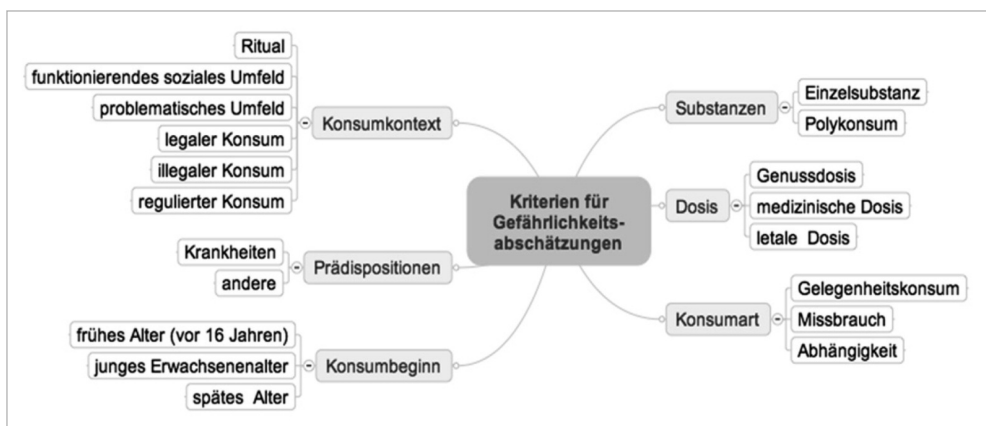


Abbildung 1: Kriterien für Gefährlichkeitseinschätzungen

Quelle: Domenig/Cattacin (2015: 84)

Umfeld, legaler Konsum, illegaler Konsum) als Ausgangspunkt für Gefährlichkeitsabschätzungen genommen werden könnten (siehe Abbildung 1).

Wissenschaftliche Einsichten und juristische Praxis

Gefährlichkeitsabschätzungen sind äußerst komplex und gerade wegen dieser Komplexität sind diese oft auch für den Gesetzgeber wenig geeignet. Denn für die Rechtsetzung ist die Komplexitätsreduktion *realer* Gegebenheiten – neben klaren politischen Entscheidungen, was rechtens sein soll und was nicht – zentral, wobei die Reduktion der Komplexität nicht Realitäten vereinfachen, sondern – im Gegenteil – die komplexe Realität in möglichst offenen Rechtsetzungen abbilden sollte.

Das Denken in Listen und Gefährlichkeiten einzelner Substanzen ist daher wenig sinnvoll, da es zwar Diskurse vereinfacht, aber fernab der Realitäten verortet, wenn man alle Einflussfaktoren miteinbezieht. Konsequenter wäre es demnach, die Gesetzgebung auf den *problematischen* Konsum jeglicher psychoaktiver Substanzen auszurichten (EKDF 2006). Der Bezug zu Substanzen, die Unterscheidung zwischen legal und illegal ist wissenschaftlich unhaltbar und führt zu einer Praxis, die zwar weiterhin politisch unterstützt wird, sich jedoch durch Ambivalenz, Zufälligkeit und Inkohärenz kennzeichnet. Insbesondere das Denken in Listen von verbotenen Substanzen, die in Gesetzen stehen und ständig verlängert werden, führt zu paradoxen Ergebnissen. Auf der einen Seite sind diese Listen die größte Motivation in illegalen Laboratorien, ständig neue Substanzen zu entwickeln. Auf der anderen Seite lenken diese Listen davon ab, gesetzliche Antworten auf den problematischen Konsum zu finden. Auch im staatlich unterstützten therapeutischen Bereich führt die Produktorientierung dazu, dass der Entzug von einer illegalen Droge als Erfolg gewertet wird, während die oft kompensatorisch eingesetzte legale Droge im besten Fall im therapeutischen Setting kritisch hinterfragt, im Normalfall schlicht akzeptiert wird.

Die Produktorientierung hat auch im Hinblick auf die präventiven Strategien und Aussagen höchst zweifelhafte Folgen, kann doch kaum glaubwürdig ein psychoaktives Produkt verteufelt werden, während ein anderes breite Akzeptanz findet. Genau im Bereich der Prävention ist es wichtig, auf Situationen, Kontexte und Probleme, die selten auf eine Droge zurückzuführen sind, eingehen zu können. Prävention ist damit strukturell Inkohärenzen ausgesetzt und leidet an Glaubwürdigkeit.

Deshalb sind sich Expertinnen und Experten seit Jahren darin einig, dass eine Politik der Verminderung von Problemen generierenden Abhängigkeiten kaum auf einen Substanzbezug aufbauen kann (EKDF 2012). Eine Politik im Bereich psychoaktiver Substanzen sollte deshalb systematisch an der Reduktion von Problemen interessiert sein, die diese Substanzen, ob legal oder illegal, in unseren Gesellschaften generieren. Ein präventiv begleiteter und differenzierter Zugang zu psychoaktiven Substanzen sollte deshalb erlaubt sein. Dieser würde nicht nur die Glaubwürdigkeit der Drogenpolitik erhöhen, sondern auch die Kohärenz therapeutischer Maßnahmen, der Prävention und der Schadensminderung fördern. Dass dabei auch der mit illegalen Drogen verbundenen Kriminalität ein Bein gestellt werden könnte, ist eine begrüßenswerte Nebenwirkung.

Literatur

- Agrawal, A./Lynskey M. (2014): Cannabis controversies: how genetics can inform the study of comorbidity, in: *Addiction* 109: 3, 360–370.
- Agrawal, A./Neale, M./Prescott, C./Kendler, K. (2004): A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs, in: *Psychological Medicine* 34:7, 1227–1237.
- Ahern, J./Stuber, J./Galea, S. (2007): Stigma, discrimination and the health of illicit drug users, in: *Drug and alcohol dependence* 88: 2, 188–196.
- Bourgain, C. et al. (2012): A damage/benefit evaluation of addictive product use, in: *Addiction* 107: 2, 441–450.
- Bright, S./Kane, R./Bishop, B./Marsh, A. (2014): Development of the Australian Dominant Drug Discourses Scale, in: *Addiction Research & Theory Early Online*, 1–8.
- Carhart-Harris/Lester R./Nutt, D. (2013): Experienced Drug Users Assess the Relative Harms and Benefits of Drugs: A Web-Based Survey, in: *Journal of psychoactive drugs* 45: 4), 322–328.
- Degenhardt, L. et al. (2008): Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys, in: *PLoS medicine* 5: 7, e141.
- Degenhardt, L. et al. (2013): Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, in: *The Lancet* 382: 9904, 1564–1574.
- Domenig, D./Cattacin, S. (2015): Sind Drogen gefährlich? Gefährlichkeitsabschätzungen psychoaktiver Substanzen (I.A. der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF), Genève.
- Fischer, B./Kendall, P. (2011): Nutt et al.'s harm scales for drugs - room for improvement but better policy based on science with limitations than no science at all, in: *Addiction* 106: 11, 1891–1892.
- Foster, K./Spencer, D. (2013): 'It's just a social thing': Drug use, friendship and borderwork among marginalized young people, in: *International Journal of Drug Policy* 24: 3, 223–230.
- Gable, R. (2004): Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances, in: *Addiction* 99: 6, 686–696.
- Morgan, C. et al. (2010): Harms associated with psychoactive substances: findings of the UK National Drug Survey, in: *Journal of Psychopharmacology* 24: 2, 147–153.
- Morgan, C. et al. (2013): Harms and benefits associated with psychoactive drugs: findings of an international survey of active drug users, in: *Journal of Psychopharmacology* 27: 6, 497–506.
- Moss, H./ Chen C./Yi, H. (2013): Early adolescent patterns of alcohol, cigarettes, and marijuana polysubstance use and young adult substance use outcomes in a nationally representative sample, in: *Drug and alcohol dependence* 136: 1, 51–62.
- Nutt, D./King, L./Saulsbury, W./Blakemore C. (2007): Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse, in: *The Lancet* 369: 9566, 1047–1053.
- Rehm, Jürgen et al. (2013): Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?, in: *Alcohol and alcoholism* 48: 6, 633–640.
- Trocki, K./Michalak, L./Drabble, L. (2013): Lines in the Sand Social Representations of Substance Use Boundaries in Life Narratives, in: *Journal of Drug Issues* 43: 2, 198–215.
- van Amsterdam, J./Best, W./Opperhuizen, A./De Wolff, F. (2004): Evaluation of a procedure to assess the adverse effects of illicit drugs, in: *Regulatory toxicology and pharmacology* 39:1, 1–4.

3.2 | Drugchecking und Substanzanalyse – Geht (es in) Berlin voran?

Astrid Leicht

Zusammenfassung

Träger der ambulanten Drogenhilfe sollen suchtgefährdeten Konsumierenden illegaler Drogen mit „Drug Checking“ einen verbesserten Zugang zu Kontakt-, Beratungs- und Therapieangeboten bieten – dieses selbstgesteckte Ziel wird die Berliner Regierung bis zum Ende der Legislaturperiode nicht erreichen. Ein Berliner Projektvorhaben wurde von der Behörde abgelehnt. Dabei zeigen Trends auf dem Drogenmarkt und beim Konsumverhalten immer mehr, wie notwendig eine verbraucher_innenschutzbezogene Substanzanalyse ist.

„Drugchecking fördert die Gesundheit von (potenziellen) Drogengebraucher_innen. Seine Praktikabilität und Effektivität ist hinreichend erwiesen. Es ist überfällig, dass Drogenpolitiker_innen in Bund und Ländern ihre Verantwortung wahrnehmen und ein Drugchecking-Modellprojekt initiieren. (...) Zwar arbeiten die amtierenden Landesregierungen in Schleswig-Holstein (SPD-Grüne-SSW), Hessen (CDU-Grüne) und Berlin (SPD-CDU) auf Grundlage von Koalitionsverträgen, die die Einführung eines Drugchecking-Modellprojekts vorsehen. Ernsthafte Schritte zur Schaffung eines Drugchecking-Angebots wurden jedoch von keiner Landesregierung unternommen“ (Schmolke/Harrach 2014).

Dies war das Fazit im Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2014, das auch heute noch für Deutschland gilt. Hinzugekommen ist, dass die rot-rot-grüne Landesregierung in Thüringen im Januar 2016 erklärt hat, bis Ende 2017 ein Modellprojekt zu Drugchecking starten zu wollen. Anders als in Deutschland ist Drugchecking in mehreren europäischen Ländern wie z. B. der Schweiz etabliert und akzeptiert (siehe auch die Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKFD) 2015).

Ausgangslage in Berlin

Die Berliner Regierung hatte in der Koalitionsvereinbarung von 2011 festgelegt: „Träger der ambulanten Drogenhilfe sollen suchtgefährdeten Konsumenten/innen illegaler Drogen mit „Drug Checking“ einen verbesserten Zugang zu Kontakt-, Beratungs- und Therapieangeboten bieten. (...) „Drug Checking“ ist somit eingebettet in ein umfangreiches Konzept der Gesundheitsförderung“ (CDU/SPD: 2011).

Geprüft und verworfen wurde die Möglichkeit für die Drogen- und Suchthilfe mit Unterstützung bzw. in Kooperation mit dem Berliner Landeskriminalamt (LKA) gesundheitsschutzbezogene Substanzanalysen mit qualifizierter Beratung zu realisie-

ren. Das LKA, welches jährlich bis zu 15.000 Substanzanalysen durchführt, sieht sich nicht in der Lage, die hierbei gewonnenen Informationen dem verbesserten Gesundheitsschutz und der Suchtprävention zur Verfügung stellen. Ein entsprechender Antrag im Abgeordnetenhaus wurde in den Ausschüssen für Gesundheit und Soziales (12.05.14) und Inneres, Sicherheit und Ordnung (10.11.14) beraten und entsprechend der Beschlussempfehlung am 27.11.2014 vom Plenum des Abgeordnetenhauses abgelehnt (Abgeordnetenhaus von Berlin 2014 a, b, c, d).

Daraufhin haben die Berliner Drogenhilfe-Träger Fixpunkt und vista ein Konzept für ein stationäres Beratungs- und Testangebot zu unbekannten psychoaktiven Substanzen erarbeitet und bei der zuständigen Senatsverwaltung für Gesundheit einen Zuwendungsantrag für das Jahr 2016 gestellt. Das Konzept basiert auf dem bewährten und praxiserprobten Konzept des Drogeninformationszentrums DIZ Zürich (siehe auch <http://www.saferparty.ch/diz.html>). Ein Pilotprojekt sollte in Kooperation mit einer Forschungseinrichtung und einem Labor, das nach § 3 BtMG anerkannt ist, umgesetzt werden. Dabei sollten die Forschungseinrichtung und das Labor nicht allein als Dienstleister fungieren, sondern mit spezifischen rechtsmedizinischen, toxikologischen und/oder notfallmedizinischen bzw. anästhesiologischen Fachkompetenzen in der Grundlagen- und Versorgungsforschung bei unbekannten psychoaktiven Substanzen am Projekt mitwirken. Auch sozialwissenschaftliche Aspekte sollten untersucht werden, z. B. die Effekte, die die Beratung und die qualifizierte Mitteilung des Analyseergebnisses auf den Informationsstand, die Einstellungen und das Verhalten der Konsumierenden haben, die das Angebot nutzen.

Geplant wurden regelmäßige „Test-Sprechstunden“ je einmal wöchentlich in einer Drogenberatungsstelle im Bezirk Kreuzberg und in einer Kontaktstelle im Bezirk Neukölln. Zehn Mal pro Jahr sollte auch eine „mobile Test-Sprechstunde“, z. B. in einer niedrigschwelligen Anlaufstelle für schwule Männer, angeboten werden.

In der Sprechstunde sollten ein anonymes, individuelles Risikoassessment und eine individuelle, bei Bedarf ausführliche Präventionsberatung für Menschen, die Drogen bzw. unbekannte psychoaktive Substanzen konsumieren, stattfinden.

Der Projektantrag wurde mit fadenscheinigen Begründungen abgelehnt: Es gäbe keine zusätzlichen Mittel, obwohl die Berliner Drogenhilfe ab 2016 eine Aufstockung (natürlich immer noch unzureichend) erhalten hat. Ein weiterer Grund sei die komplexe, umstrittene und nicht abschließend geklärte Rechtslage. Zudem sei der Bedarf nicht gegeben. Auch werde nicht gesehen, dass es zunehmend Todesfälle im Zusammenhang mit Amphetamin/Methamphetamin und NPS gebe. Aber nicht nur die Verwaltung, auch Vertreter_innen der Landesregierung sehen sich in der laufenden Legislaturperiode nicht mehr in der Lage, ein derartiges Projekt zu realisieren. Die Aussage in der Koalitionsvereinbarung sei als „Prüfauftrag“ und nicht als Handlungsauftrag definiert. Immer wieder wurde auf rechtliche Unsicherheiten verwiesen.

Es fehlt also bei den derzeit politisch und amtlich Verantwortlichen die Bereitschaft, die verbraucher_innenschutzorientierte Substanzanalyse durch Klärung von Rahmenbedingungen und Standards umzusetzen, die eine rechtliche Absicherung auch ohne eine explizite Willensbekundung des Gesetzgebers (z. B. durch einen „10 b“ im Betäubungsmittelgesetz) ermöglichen.

Dass dies möglich ist, zeigen die langjährigen Erfahrungen mit dem Betrieb von Drogenkonsumräumen. Selbstverständlich gibt es auch hier Themen und Situationen, die

nicht gesetzlich geregelt sind oder in denen gesetzliche Bestimmungen zu Widersprüchen führen, die durch abgestimmte Verfahren und Regularien bewältigt werden können. Als Beispiel sei der strafbare Besitz von Betäubungsmitteln genannt, welche von einem Konsumenten oder einer Konsumentin in einen Drogenkonsumraum gebracht werden müssen, die dort unter Aufsicht und straffrei konsumiert werden können.

Die Entwicklungen auf dem Drogenmarkt (u. a. synthetische und sogenannte „Neue Psychoaktive Substanzen“) und Trends beim Konsumverhalten liefern jedoch immer neue Gründe, warum die verbraucher_innenschutzbezogene Substanzanalyse notwendig ist.

Der Drogenmarkt und -handel ist im Umbruch und bringt neue, unbekannte Gefahren für Konsument_innen mit sich

Der Drogenmarkt gerät zunehmend außer Kontrolle: Allein im Jahr 2015 stellte das European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) auf dem europäischen Markt 100 neue psychoaktive Substanzen (NPS) fest, nachdem im Jahr 2014 „nur“ 58 bislang in diesem Zusammenhang nicht bekannte synthetische Wirkstoffe neu auf den Markt kamen. Die Zahl der NPS, die von der EMCDDA überwacht werden, hat sich somit auf mehr als 560 erhöht und liegt damit doppelt so hoch wie die Zahl der Substanzen, die von internationalen Drogenkontrollübereinkommen erfasst werden. Die altbekannte Substanz Methamphetamin („Crystal“) ist „Modedroge“ geworden und wird mittlerweile auch in Berlin häufiger konsumiert. Die Folgen sind zusätzliche Gefährdungen für die Gesundheit der Konsument_innen. Die Zahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Amphetamin/Methamphetamin und NPS nimmt stetig zu (BKA 2015).

Zudem ist der sogenannte „Chemsex“ in verschiedenen gesellschaftlichen Kreisen verbreitet und wird besonders bei Männern, die Sex mit Männern haben, problematisiert. Menschen, die Drogen beim Sex konsumieren, verstehen sich NICHT als Drogenkonsumierende oder gar Abhängige und meiden auch deshalb bislang die Angebote der Drogen- und Suchthilfe. Hier ist die Entwicklung und Etablierung einer zielgruppenspezifischen und dialogischen Aufklärung und Motivierung zur Risikoreduktion dringend erforderlich. Das Angebot der qualifizierten Drogenberatung in Verbindung mit Substanzanalysen ist eine erfolgversprechende Möglichkeit, die bislang nicht erreichten Personen, die Chemsex praktizieren, zu adressieren.

Die Drogen- und Suchthilfe muss sich aufgrund dieser aktuellen Trends auf veränderte Konsummuster einstellen und verstärkt zu den veränderten Konsummustern und neuen Substanzen aufklären und beraten. Die therapeutischen Hilfen müssen angepasst werden.

Angesichts dessen werden die politischen und gesetzlichen Widersprüche und Absurditäten immer deutlicher wahrnehmbar.

Ständig gibt es Warnmeldungen („Alerts“) der Europäischen Drogenbeobachtungsstelle EMCDDA zu gefährlichen Substanzen (z. B. Mocarz, Acetylfentanyl oder synthetischen Cannabinoide, die mit MDMB-FUBINACA versetzt sind) mit der gebetsmühlenartigen Aufforderung, Mitteilungen zu machen, wenn auf dem lokalen Drogenmarkt bzw. bei Konsumierenden diese Substanzen auftreten oder gar besondere

Vorkommnisse und Notfälle eingetreten sind. Aber: per „Inaugenscheinnahme“ ist eine verdächtige Substanz nicht zu identifizieren. Berichte von Konsumerfahrungen sind notwendig und sehr wichtig, nützen aber nur, wenn sie in Verbindung mit laboranalytischen Ergebnissen ausgewertet werden können.

Die Unsicherheit bezüglich der Substanzen gehört zum Alltag der Drogenhilfe: Der medizinisch beaufsichtigte Drogengebrauch in Drogenkonsumräumen ermöglicht in Deutschland den Konsum unter hygienisch einwandfreien Bedingungen. Mit einer Ausnahme: Weder die Konsumierenden noch der oder die Mitarbeitende wissen, was wirklich konsumiert wird. Dabei passiert es auch in Drogenkonsumräumen immer häufiger, dass die zugelassenen Substanzen (erlaubt sind Heroin, Kokain, Amphetamin und deren Derivate) unerwartete Wirkungen und Nebenwirkungen zeigen. Es treten schwere Notfälle mit Atemdepressionen auf, die in ihrem Verlauf und in ihrer Heftigkeit untypisch erscheinen. Die Symptombehandlung und Lebensrettung sind dann möglich. Aber die Chance, mit Hilfe einer Substanzanalyse Vermutungen zu überprüfen, es könne sich um eine besonders reine oder besonders verunreinigte oder gar um eine ganz andere Substanz gehandelt haben, wird nicht genutzt. Somit wird die Möglichkeit verspielt, riskant Konsumierende mit sachlichen Informationen aufzuklären und Verhaltensänderungen anzustoßen, z. B. die Reduktion einer Dosis, der Verzicht auf das Injizieren bei Substanzen, die von unbekannten Dealenden kommen, der Wechsel vom Spritzen zu weniger riskanten Konsumformen usw.

Ein konkretes, ganz aktuelles Beispiel: Ein Kreislaufzusammenbruch nach vermeintlichem Ketamin-Gebrauch veranlasst eine Person, Reste der Substanz in einem Labor analysieren zu lassen. Es stellt sich heraus, dass es sich bei der Substanz nicht um Ketamin, sondern um reines Kokain gehandelt hat. Wäre die Person verstorben, wäre sie nicht als „Ketamin-Tote“, sondern als „Kokain-Tote“ in die Statistik eingegangen. Der Zusammenbruch wurde jedoch überlebt. Die Gründe dafür konnten geklärt werden. Die Person hat nun die Chance, daraus ihre Lehren zu ziehen.

Forderungen und Erwartungen

Es steht eine Verabschiedung von ideologisch geprägten Vorstellungen und Vorbehalten an, um sich den neuen Herausforderungen des Marktes stellen zu können. Denn zur adäquaten Aufklärung und Motivation von Drogengebrauchenden zu risikoärmeren Verhalten muss die Drogenhilfe über sachlich korrekte Informationen verfügen, die mithilfe des Drugchecking gewonnen werden könnten.

Informationen zu den Substanzen im sich schnell wandelnden illegalen Markt sind von Strafverfolgungsbehörden überhaupt nicht oder nicht schnell genug und konsumierendennah zu akquirieren. Hier verfügen nur niedrigschwellige Drogenhilfeeinrichtungen über den notwendigen Zugang, das Vertrauen und das fachliche Know-How, um Gefahren, die für Konsumierende relevant sind, früh genug erkennen zu können. Das Gleiche gilt für das „Monitoring“ des Endverbraucher_innen-Marktes.

Problematisch drogenkonsumierende Menschen, die noch nicht im Kontakt mit der Drogenhilfe sind, werden erreicht. Es werden neue therapeutische Möglichkeiten zur Frühintervention und zur indizierten Prävention erschlossen. Konsumkontrolle und -reduktion kann bei den persönlichen Gesprächen gefördert werden. Das Gesundheits-

bewusstsein wird gefördert, dem risikoreichen Konsum wird entgegengewirkt. Die Beratung kann Einfluss auf das Risikoverhalten oder/und eine Therapiebereitschaft nehmen und einen suchtppräventiven Effekt erzielen.

Die Drogenhilfe, notfall- und suchtmmedizinische Einrichtungen und die Gesundheitsbehörden erhalten Informationen über auf dem lokalen Markt verbreitete Substanzen und problematische Konsummuster. Bei Verdacht auf besonders hohe gesundheitliche Gefahren können Konsument_innen frühzeitig und ohne Angst vor Strafverfolgung diese Substanzen untersuchen lassen. Warnungen sind möglich, bevor gravierende Gesundheitsschäden oder gar Todesfälle zu beklagen sind.

Frühzeitig erkannte Trends eröffnen bessere therapeutische Interventionsmöglichkeiten bei akuten Vergiftungen oder drohenden Folgeschädigungen und bewirken somit letztendlich eine deutlich längere Lebenserwartung und -qualität. Die Kosten für irreversible Schäden, Todesfälle und sonstige gesellschaftliche Folgen können gesenkt werden.

Werden besonders gefährliche (u. a. unerwartete) Probenzusammensetzungen festgestellt, könnte eine Information an die Fachbehörden, notfallmedizinische und Suchthilfeeinrichtungen, über zielgruppenspezifische Medien bzw. Websites und an europäische Monitoring-Zentren (z. B. EMCDDA, www.tedi-project.org) erfolgen.

Berichte und Auswertungen würden über das Internet der Fachöffentlichkeit bzw. der allgemeinen Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. Einzelergebnisse würden dann veröffentlicht, wenn bedingt durch die toxikologisch besonders bedenkliche Zusammensetzung der Proben massive Schäden bei deren Konsument_innen bereits eingetreten oder konkret zu befürchten sind.

Fazit

Das trägerübergreifende Testprojekt wäre in seiner Organisationsform und mit seinem differenzierten zielgruppenspezifischen Beratungs- und Diagnostikangebot, das niedrigschwellig und lebensweltbezogen an vulnerable und schwer erreichbare Personengruppen adressiert ist, eine wichtige Ergänzung der Drogenhilfe. Es würde zur Verbesserung der Suchtpprävention und des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung beitragen.

Die von Behörden angeführten Bedenken sind nicht stichhaltig bzw. auflösbar und gehen an den Fakten vorbei. Die Potenziale eines Beratungs- und Testangebots zu unbekannten psychoaktiven Substanzanalyse der Suchthilfe werden verschenkt.

Was tun?

Mit detaillierter Kleinteiligkeit muss nach und nach der (fach)politische Boden für die Realisierung der gesundheitsschutzorientierten Substanzanalyse bereitet werden. Es geht darum, bei den politisch und fachlich Verantwortlichen ideologisch geprägte Bedenken und Vorurteile ad absurdum zu führen, Ignoranz anlässlich akuter Gefahrensituationen auszuhebeln und an konkreten Beispielen immer wieder die Notwendigkeit und Alternativlosigkeit deutlich zu machen.

Gleichzeitig ist es aber durchaus jetzt schon möglich, unbekannte Substanzen über Apotheken und in Laboren untersuchen zu lassen. In Zusammenarbeit mit Apotheken und Laboren und gemeinsam mit Konsument_innen können Verfahren zu verbraucher_innenschutzbezogenen Substanzenanalysen erprobt und entwickelt werden. Wünschenswert wären zudem mobile Labore für Sofort-Untersuchungen, um spezifische Settings gut zu erreichen und spezielle Fragestellungen im Sinne eines Monitoring bestmöglich beantworten zu können.

Literatur

- Abgeordnetenhaus von Berlin (2014a): Inhaltsprotokoll des Ausschuss für Gesundheit und Soziales, online verfügbar unter: <http://www.parlament-berlin.de/adso/17/GesSoz/protokoll/gs17-040-ip.pdf>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Abgeordnetenhaus von Berlin (2014b): Inhaltsprotokoll des Ausschuss für Inneres, Sicherheit und Ordnung, online verfügbar unter: <http://www.parlament-berlin.de/adso/17/InnSichO/protokoll/iso17-053-ip.pdf>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Abgeordnetenhaus von Berlin (2014c): Beschlussprotokoll des Plenums des Berliner Abgeordnetenhauses, online verfügbar unter: <http://www.parlament-berlin.de/adso/17/IIIPlen/protokoll/plen17-056-bp.pdf>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Abgeordnetenhaus von Berlin (2014d): Plenumsprotokoll des Plenums des Berliner Abgeordnetenhauses, online verfügbar unter: <http://www.parlament-berlin.de/adso/17/IIIPlen/protokoll/plen17-056-pp.pdf>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- BKA – Bundeskriminalamt (2015): Pressekonferenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Präsidenten des Bundeskriminalamtes (21.04.2015), online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2015/150421_PM_PK_Rauschgift.pdf; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- CDU/SPD (2011): Koalitionsvereinbarung der SPD und CDU, online verfügbar unter: <http://www.berlin.de/rbmskzl/regierender-buergermeister/senat/koalitionsvereinbarung/>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- EKDF – Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2015): Drug Checking – Positionspapier der EKDF vom 30.12.2015, online verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/index.html?lang=de>; letzter Zugriff: 15.03.2016.
- Schmolke, R./Harrach, T (2014): Drug-Checking, in: akzept e. V./Deutsche AIDS-Hilfe/JES Bundesverband (Hrsg.): Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2014, Berlin, 67 – 68.

3.3 | Das Jahr 2016: Cannabisblüten werden verschreibungsfähig und der Cannabisanbau wird vorbereitet

Franjo Grotenhermen

Zusammenfassung

Die Bundesregierung hat im Januar 2016 einen Gesetzentwurf zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vorgelegt. Dieser sieht eine Verschreibungsfähigkeit von Cannabisblüten, die Erstattungsfähigkeit von Cannabis-basierten Medikamenten unter bestimmten engen Voraussetzungen sowie den Aufbau einer Cannabisagentur vor, die unter anderem den kommerziellen Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke in Deutschland überwacht. Am 6. April 2016 verpflichtete das Bundesarbeitsgericht das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, einem Patienten eine Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu erteilen.

Einleitung

Im 19. Jahrhundert waren Cannabisprodukte weitverbreitete Medikamente in Europa und Nordamerika. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts nahm der Einsatz dieser Zubereitungen stetig ab und sie verloren schließlich ihren Platz in der Medizin. Dies beruhte im Wesentlichen auf der Tatsache, dass es zu dieser Zeit nicht möglich war, die chemische Struktur der aktiven Inhaltsstoffe der Cannabispflanze (*Cannabis sativa* L.) zu identifizieren, sodass es nicht möglich war, standardisierte Zubereitungen herzustellen.

Es fällt nicht schwer, sich vorzustellen, dass der Rückgang der Verwendung medizinischer Cannabiszubereitungen sicherlich ausgeblieben wäre, wenn die chemische Struktur von THC nicht erst 1964 ermittelt worden wäre, sondern bereits 50 oder sogar 100 Jahre früher.

Zudem darf vermutet werden, dass einzelne natürliche und synthetische Cannabinoide in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zur Anwendung gekommen wären, so wie dies für andere therapeutisch nutzbare Inhaltsstoffe von Pflanzen der Fall ist, die im 19. Jahrhundert charakterisiert werden konnten und seit dieser Zeit zum pharmakologischen Repertoire gehören, wie beispielsweise Morphin und synthetische Opiate oder Salizylsäure und sein synthetischer Abkömmling Acetylsalizylsäure, bekannt unter dem Markennamen Aspirin.

Das Cannabisdilemma

In den vergangenen Jahrzehnten behandelten die Gesundheitsbehörden in den meisten Ländern Cannabis und einzelne Cannabinoide zunächst wie neu entdeckte Medikamente, ohne ihre lange Geschichte der therapeutischen Verwendung zu berücksichtigen. Daher müssen Cannabiszubereitungen, die von pharmazeutischen Unternehmen entwickelt werden, strenge und teure Zulassungsverfahren durchlaufen, so wie dies für völlig neue Moleküle aus den Laboren der Hersteller_innen verlangt wird. Gegenwärtig sind Gesellschaften und Staaten daher mit einer Situation konfrontiert, die als ein „Cannabisdilemma“ bezeichnet werden kann.

Auf der einen Seite profitieren Patientinnen und Patienten, die an vielen unterschiedlichen Erkrankungen leiden, nach ihren eigenen Erfahrungen und denen ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte häufig in beeindruckender Weise von Cannabis-basierten Medikamenten, darunter (1) chronische Schmerzen unterschiedlicher Genese von neuropathischen Schmerzen bis Migräne, (2) chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Morbus Crohn oder Rheuma, (3) psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörung, (4) neurologische Erkrankungen wie Spastik bei multipler Sklerose, Epilepsie und Tourette-Syndrom, (5) Appetitlosigkeit und Übelkeit unterschiedlicher Ursachen und weitere Erkrankungen wie Reizdarm, Asthma und Glaukom.

Andererseits gibt es nur für wenige dieser Indikationen einen zuverlässigen Wirksamkeitsnachweis auf der Basis randomisierter, kontrollierter klinischer Studien, die mehrere Hundert Patientinnen und Patienten einschließen. Von 1975 bis 2015 wurden 141 kontrollierte Studien mit etwa 8000 Patientinnen und Patienten mit einzelnen Cannabinoiden oder Zubereitungen der ganzen Cannabispflanze durchgeführt (Grotenhermen/Müller-Vahl 2016). Für die meisten möglichen medizinischen Einsatzgebiete ist die wissenschaftliche Datenlage schwach, da bisher nur kleine klinische Studien und eventuell sogar nur Kasuistiken publiziert wurden.

Heute suchen Ärzt_innen und Gesetzgeber_innen in verschiedenen Ländern nach einem sinnvollen Umgang mit diesem Dilemma, das einerseits die ständig wachsenden Erkenntnisse zur medizinischen Verwendung von Cannabis-basierten Medikamenten berücksichtigt, jedoch auch den gegenwärtigen Mangel an Erkenntnissen in vielen Bereichen einbezieht. Es gibt ein zunehmendes Bewusstsein dafür, dass schwer kranken und sonst therapieresistenten Patientinnen und Patienten eine wirksame Therapie mit Cannabinoiden nicht vorenthalten werden darf, auch wenn diese nicht arzneimittelrechtlich zugelassen sind bzw. für entsprechende Indikationen keine für eine Zulassung ausreichenden Daten vorliegen.

In Deutschland hat das Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2005 (BVerwG 3 C 17.04) diesen Aspekt auch juristisch begründet: „In das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch eingegriffen werden, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen. Der Schutzbereich des Grundrechts ist vielmehr auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrechterhalten werden“ (Bundesverwaltungsgericht 2005).

Gegenwärtige Möglichkeiten der Nutzung Cannabis-basierter Medikamente

Grundsätzlich können Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen – ohne besondere Zusatzqualifikation – den Wirkstoff THC (Dronabinol), den synthetischen THC-Abkömmling Nabilon und den Cannabisextrakt Sativex auch außerhalb der zugelassenen Indikationen (off-label) im Rahmen eines individuellen Heilversuchs verordnen, wenn sich Ärzt_in und Patient_in hiervon einen Nutzen versprechen.

Eine solche off-label-Behandlung mit Cannabismedikamenten wird in der täglichen Praxis allerdings dadurch erschwert, dass die gesetzlichen Krankenkassen meist eine Kostenübernahme ablehnen. Die monatlichen Kosten für eine Behandlung mit Dronabinol belaufen sich bei einem durchschnittlichen Tagesbedarf von 10-15 mg auf etwa 250 bis 400 €, die von den Patientinnen und Patienten im Allgemeinen selbst aufgebracht werden müssen. Es gibt jedoch auch Patientinnen und Patienten, die einen deutlich höheren Bedarf haben, sodass leicht monatliche Behandlungskosten von 1000, 2000 oder 3000 € entstehen können.

Alternativ können Patientinnen und Patienten bei der Bundesopiumstelle des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG zum Erwerb von Medizinal-Cannabisblüten zur Anwendung im Rahmen einer ärztlich begleiteten Selbsttherapie beantragen. Im Antrag müssen Patient_innen darlegen, dass andere Therapien nicht ausreichend wirksam waren und eine Behandlung mit anderen Cannabismedikamenten nicht möglich ist, etwa weil die Kosten einer Behandlung mit verschreibungsfähigen Cannabismedikamenten nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

Nach Erteilung der Erlaubnis wird das im Auftrag des niederländischen Gesundheitsministeriums von einem niederländischen Unternehmen hergestellte Cannabis-kraut an eine vom Patientinnen und Patienten benannte deutsche Apotheke geliefert. Die Kosten für diese Behandlung müssen von den Patient_innen getragen werden. Cannabisblüten aus der Apotheke kosten meistens zwischen 14 und 20 €/pro Gramm, gelegentlich bis zu 25 €, je nachdem, ob die Apotheke den maximal zugelassenen Aufschlag auf den Einkaufspreis verlangt oder nur einen Teil davon. Bei einem Tagesbedarf von 0,5-2 g ergeben sich monatliche Kosten von 200 bis über 1000 €.

Nach einer Mitteilung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vom März 2016 haben seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. Mai 2005 1050 Patient_innen Anträge auf eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten gestellt. 635 Patient_innen erhielten eine entsprechende Erlaubnis und 581 verfügten Anfang März 2016 über eine Ausnahmeerlaubnis (IACM 2016a). Sie litten unter mehr als 50 verschiedenen Erkrankungen.

Der medizinische Bedarf an Medikamenten auf Cannabisbasis

Es liegen keine zuverlässigen Schätzungen zur Zahl der Patientinnen und Patienten in Deutschland, die Cannabisprodukte aus medizinischen Gründen illegal verwenden bzw. von einer Verwendung profitieren könnten, vor. Es existieren jedoch weitgehend

übereinstimmende Daten zur Verwendung von Medikamenten auf Cannabisbasis aus anderen Ländern, die eine Abschätzung der Größenordnung des Bedarfs ermöglichen.

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

In Kanada (Einwohner_innenzahl: 33 Millionen) begann am 1. Oktober 2013 ein neues Cannabisprogramm, das ein bereits zuvor bestehendes ablöste. Am 31. Juli 2015 waren 26.010 Patientinnen und Patienten mit der Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis in das Programm eingeschlossen (Ware 2015). Drei Monate zuvor, am 30. April waren es erst 20.277, was auf eine schnelle Zunahme der Patient_innenzahlen schließen lässt. Nach dem auslaufenden Programm (Marihuana Medical Access Regulations) besaßen im Dezember 2013 37.884 Personen eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke sowie 26.010 Personen eine Erlaubnis zum Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke für sich selbst und 3.896 eine Erlaubnis für den Anbau für einen bestimmten Patienten bzw. eine bestimmte Patientin (Kanadisches Gesundheitsministerium 2014). Danach besaßen 0,13% der Bevölkerung eine Erlaubnis zum Besitz von Cannabis für medizinische Zwecke. Es wird erwartet, dass langfristig etwa 500.000 Kanadier_innen eine Erlaubnis zur medizinischen Verwendung von Cannabis erhalten werden (Fischer et al. 2015).

Im Jahr 2015 überstieg die Zahl der Patient_innen in Israel, die Cannabis zu medizinischen Zwecken verwenden dürfen, 25.000 (bei einer Einwohner_innenzahl von 8,0 Millionen) (persönliche Mitteilung Ilya Reznik). Dies entspricht 0,15% der Bevölkerung. In den kommenden Jahren wird eine Gesamtzahl von 100.000 Patient_innen oder 1,25 % der Bevölkerung erwartet.

In den Vereinigten Staaten dürfen im Staat Oregon 77.620 Personen Cannabis für medizinische Zwecke besitzen (Stand: 1. Januar 2016) (Oregon Department of Human Services 2016). Dies entspricht bei 3,4 Millionen Einwohner_innen etwa 2,3% der Bevölkerung.

Demnach würde etwa zwischen 1 und 2% der Bevölkerung westlicher Industrienationen mittel- bis langfristig Cannabis aus medizinischen Gründen verwenden, wenn dies möglich wäre. Dies entspräche übertragen auf Deutschland einer Zahl von 800.000 bis 1,6 Millionen Patient_innen. Ausgehend von diesen Schätzungen besteht somit aktuell in Deutschland eine deutliche Unterversorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Hintergründe zum Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums

Es war seit dem Sommer 2014 absehbar, dass das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig der Auffassung des Verwaltungsgerichts Köln vom 22. Juli 2014 (Az: 7 K 4447/11) folgen würde, nach der Patientinnen und Patienten der Eigenanbau von Cannabis nicht generell verwehrt werden kann, wenn sie aus finanziellen Gründen keine andere Alternative zu einer ausreichenden und notwendigen Behandlung mit Cannabis haben. Das Bundesverwaltungsgericht hat am 6. April 2016 in der Tat so geurteilt. Es

hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verpflichtet, einem 52-jährigen Patienten mit multipler Sklerose eine Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu erteilen, weil das Betäubungsmittel für seine medizinische Versorgung notwendig ist und ihm keine gleich wirksame und erschwingliche Therapiealternative zur Verfügung steht (Bundesverwaltungsgericht 2016).

Zudem wurden in der jüngeren Vergangenheit mehrere Erlaubnisinhaber_innen, die sich Cannabis aus der Apotheke finanziell nicht leisten konnten und daher die Pflanze für den Eigenbedarf selbst angebaut haben, vom Vorwurf des illegalen Anbaus und Besitzes von Betäubungsmitteln aufgrund des Vorliegens eines entschuldigenden oder rechtfertigenden Notstands (§ 34 bzw. 35 StGB) freigesprochen (IACM 2016b, c). Der Eigenanbau ist eine preisgünstige Alternative zum Erwerb von Cannabisblüten aus der Apotheke. Der Eigenanbau von Cannabisblüten wird von der Bundesregierung jedoch als „nicht zielführend“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016) betrachtet, sodass es notwendig ist, betroffenen Patientinnen und Patienten über eine Kostenerstattung einen sicheren Zugang zu Cannabisblüten zu ermöglichen.

Der aktuelle Richterspruch vom 6. April 2016 durch das höchste Verwaltungsgericht der Bundesrepublik hat deutlich gemacht, dass die Bundesregierung sich seit zehn Jahren weigert, das oben zitierte Urteil des gleichen Gerichts vom 19. Mai 2005 (BVerwG 3 C 17.0) korrekt umzusetzen. Die Bundesregierung verweigert entgegen des Geistes dieses Urteils seit Jahren den Eigenanbau von Cannabis durch Patientinnen und Patienten mit dem Hinweis, dass sie sich Medizinalcannabisblüten in der Apotheke kaufen können, auch wenn sich viele Patientinnen und Patienten den Erwerb von Cannabis in dem notwendigen Umfang nicht leisten können.

Das Bundesverwaltungsgericht hat darauf hingewiesen, dass eine Erlaubnis zum Eigenanbau bei Cannabis grundsätzlich infrage komme. „Die Entscheidung, einem Patienten den Erwerb oder, was insbesondere bei Cannabis in Betracht kommt, etwa den Anbau zu gestatten, bleibt stets eine Einzelfallentscheidung“, hieß es im Urteil vom 19. Mai 2005. In der Pressemitteilung des Bundesverwaltungsgerichts zum aktuellen Urteil vom 6. April 2016 heißt es: „Die Behandlung des schwer kranken Klägers mit selbst angebautem Cannabis liegt hier ausnahmsweise im öffentlichen Interesse, weil nach den bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts die Einnahme von Cannabis zu einer erheblichen Linderung seiner Beschwerden führt und ihm gegenwärtig kein gleich wirksames und für ihn erschwingliches Medikament zur Verfügung steht“ (Bundesverwaltungsgericht 2016).

Die Bundesopiumstelle, der die prekäre Situation vieler Patientinnen und Patienten bekannt ist, wollte dem nun erfolgreichen Kläger aus Mannheim den Eigenanbau von Cannabis bereits 2010 genehmigen, sein Antrag wurde jedoch durch eine Weisung aus dem Bundesgesundheitsministerium vom 16. Juli 2010 aus politischen Gründen abgelehnt (IACM 2014).

Grundsätzliche Anmerkungen zum Gesetzentwurf

Das aktuelle Urteil stellt einen weiteren Katalysator für die geplanten Gesetzesänderungen dar. Sie sind ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten auf Cannabisbasis.

Das Gesetz soll dazu dienen, die „Verkehrsfähigkeit und die Verschreibungsfähigkeit von weiteren Arzneimitteln auf Cannabisbasis (dazu gehören z. B. Medizinalhanf, d. h. getrocknete Cannabisblüten sowie Cannabisextrakte in pharmazeutischer Qualität) herzustellen, um dadurch bei fehlenden Therapiealternativen bestimmten, insbesondere schwerwiegend chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten nach entsprechender Indikationsstellung in kontrollierter pharmazeutischer Qualität durch Abgabe in Apotheken den Zugang zur therapeutischen Anwendung zu ermöglichen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Die positiven Seiten des Gesetzes

Die positiven Seiten des Gesetzes überwiegen. Hervorzuheben ist insbesondere die Verschreibungsfähigkeit von Cannabisblüten. Diese sind deutlich günstiger als die derzeit zur Verfügung stehenden Cannabis-basierten Medikamente in der Anlage III der verschreibungsfähigen Medikamente des Betäubungsmittelgesetzes. Auch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen in bestimmten Fällen, also bei schwerwiegenden chronischen Erkrankungen, die mit den üblichen Standardtherapien nicht ausreichend behandelt werden können oder mit starken Nebenwirkungen reagieren, ist zu begrüßen. Bisher müssen selbst diese Patientinnen und Patienten entsprechende Medikamente selbst finanzieren, so dass sie nach der gegenwärtigen Rechtslage nicht adäquat behandelt werden können.

1. Cannabisblüten werden ein verschreibungsfähiges Medikament

Cannabisblüten und Cannabisextrakte in pharmazeutischer Qualität sollen verschreibungsfähig werden. Mit der Umstufung in die Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes werden Cannabisblüten Medikamente wie andere verschreibungsfähige Betäubungsmittel, etwa die Cannabis-basierten Medikamente Dronabinol und Sativex, Amphetamin-ähnliche Substanzen wie Methylphenidat sowie Opiate wie Morphin und Oxycodon.

2. Cannabisblüten können von jedem niedergelassenen Arzt verschrieben werden

Cannabisblüten sollen auf einem Betäubungsmittelrezept von jedem/jeder niedergelassenen Ärzt_in für jede Indikation, bei der sich Ärzt_in und Patient_in einen Behandlungserfolg versprechen, verschrieben werden können. Wie bei jedem Betäubungsmittel und auch bei jedem anderen vom Arzt/der Ärztin verschriebenen Medikament müssen Nutzen und Risiken gegeneinander abgewogen werden. Jede/r niedergelassene Ärzt_in kann Betäubungsmittelrezepte bei der Bundesopiumstelle anfordern und dann entsprechende Rezepte zur Verschreibung von Betäubungsmitteln ausstellen.

3. Das Antragsverfahren bei der Bundesopiumstelle entfällt

Das Antragsverfahren bei der Bundesopiumstelle soll entfallen. Nun entscheidet nicht mehr eine Behörde über die Zulässigkeit einer Therapie mit Cannabisblüten, sondern ein/e Ärzt_in entscheidet, ob eine solche Therapie sinnvoll und notwendig ist, so wie das auch bei anderen verschreibungspflichtigen Medikamenten der Fall ist.

Die Frage, wann Cannabisblüten bzw. Cannabisextrakte verschrieben werden sollten, wird in der Zukunft vor allem innerhalb der Ärzt_innenschaft diskutiert werden, genauso wie das für andere Betäubungsmittel, etwa starke Opiate oder Medikamente gegen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), der Fall ist. Auch hier gibt es Ärzt_innen, die bei der Verschreibung zurückhaltend sind, während andere eher dazu bereit sind.

Auch Apotheken werden nach dem geplanten Gesetz nicht länger eine Ausnahmeerlaubnis für den Umgang mit Cannabisblüten beantragen müssen. Patientinnen und Patienten werden beim Erwerb von Cannabisblüten zudem nicht mehr auf eine einzige für sie zuständige Apotheke beschränkt sein.

4. Die medizinische Verwendung von Cannabisblüten ist kurzfristig möglich

Die Dauer der Bearbeitung eines Antrags bei der Bundesopiumstelle betrug in der Vergangenheit etwa 6-8 Wochen. Zurzeit dauert es von der Antragstellung bis zur Genehmigung häufig deutlich länger als 3 Monate. Es gibt viele Situationen, bei denen eine schnelle Therapie mit Cannabisblüten erforderlich ist, beispielsweise wenn diese bei einer Krebsschemotherapie eingesetzt werden sollen. In diesen Fällen kommen bisher nur Rezepte für Cannabis-basierte Medikamente zum Einsatz. In der Zukunft könnten Ärztinnen und Ärzte in solchen Fällen sofort Cannabisblüten verschreiben.

5. Kostenübernahme in bestimmten Fällen

Unter bestimmten Voraussetzungen sollen nach dem Gesetzentwurf die Kosten für eine Therapie mit Medikamenten auf Cannabisbasis erstattet werden. Dazu zählen Cannabisblüten, Dronabinol (THC), der Cannabisextrakt Sativex und andere Cannabisextrakte sowie der synthetische THC-Abkömmling Nabilon: „Voraussetzung für den Anspruch ist, dass bei dem Versicherten oder der Versicherten eine schwerwiegende chronische Erkrankung vorliegt, eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung steht und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

6. Mitnahme ins Ausland für 30 Tage möglich

Da Cannabisblüten und entsprechende Extrakte verschreibungsfähig werden sollen, darf eine Menge, die für eine 30-tägige Behandlung benötigt wird, mit den Auflagen, die auch für andere verschreibungsfähige Betäubungsmittel gelten, mit ins Ausland genommen werden, beispielsweise bei einem Urlaub oder einem beruflichen Auslandsaufenthalt.

7. Die legale Teilnahme am Straßenverkehr wird erleichtert

Da Cannabisblüten verschreibungsfähig werden, gilt auch für Cannabisblüten der § 24a, Abs. 2 des Straßenverkehrsgesetzes zur Fahrtüchtigkeit unter dem Einfluss von „berauschenden“ Medikamenten, nach dem es heißt: „(2) Ordnungswidrig handelt, wer unter der Wirkung eines in der Anlage zu dieser Vorschrift genannten berauschenden Mittels im Straßenverkehr ein Kraftfahrzeug führt. Eine solche Wirkung liegt vor, wenn eine in dieser Anlage genannte Substanz im Blut nachgewiesen wird. Satz 1 gilt

nicht, wenn die Substanz aus der bestimmungsgemäßen Einnahme eines für einen konkreten Krankheitsfall verschriebenen Arzneimittels herrührt.“

Bisher gab es mit den Führerscheinstellen häufig Differenzen, weil Cannabisblüten mit einer Ausnahmeerlaubnis durch die Bundesopiumstelle vom Arzt/der Ärztin nicht verschrieben wurden, sondern eine ärztlich begleitete Selbsttherapie stattfand, obwohl sowohl die Bundesopiumstelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2014) als auch das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2015) darauf hingewiesen hatten, dass auch Cannabisblüten, die aufgrund einer Ausnahmeerlaubnis verwendet werden, hinsichtlich Fahrtüchtigkeit und Fahreignung wie verschriebene Medikamente behandelt werden sollten.

Diese Änderung hat auch entsprechend positive Auswirkungen auf die rechtliche Grundlage der Beurteilung der Fahreignung nach der Fahrerlaubnisverordnung.

8. Ein kontrollierter Cannabisanbau soll in Deutschland organisiert werden

Es ist geplant, einen staatlich überwachten Cannabisanbau in Deutschland zu organisieren, um auf diese Weise besser auf den zukünftigen Bedarf reagieren zu können und nicht vollständig auf einen Import aus dem Ausland angewiesen zu sein. Dazu soll eine Cannabisagentur beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingerichtet werden. Diese Agentur soll auch Preise festlegen, sodass zukünftig übertrieben hohe Preise in Apotheken ausgeschlossen werden.

Kritische Aspekte des Gesetzes

Der vorliegende Referentenentwurf wirft aber auch kritische Fragen auf. Dies betrifft vor allem die sehr restriktiv geplante Kostenerstattung von Cannabis-basierten Medikamenten, sodass vermögende Patientinnen und Patienten weiterhin besser mit diesen Produkten versorgt werden können.

1. Wann ist eine Erkrankung eine „schwerwiegende chronische Erkrankung“?

Zukünftig sollen die Krankenkassen bzw. der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) darüber entscheiden, ob die Kosten für eine Therapie mit Cannabis-basierten Medikamenten von der Krankenkasse erstattet werden. Der Referentenentwurf verweist auf den Begriff der „schwerwiegenden chronischen Erkrankung“, wie er bereits im 5. Buch des Sozialgesetzbuches (§ 62 Absatz 1 Satz 8) geregelt ist: „Eine Krankheit ist danach schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und wenigstens eines der folgenden Merkmale vorliegt: (...)“. Eines dieser Merkmale ist die „Erforderlichkeit einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung (...), ohne die nach ärztlicher Einschätzung (...) eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Dieser Begriff der schwerwiegenden chronischen Erkrankung ist dehnbar, sodass davon ausgegangen werden muss, dass Ärztinnen und Ärzte bzw. ihre Patientinnen und Patienten die Sachlage nicht selten anders betrachten als die Krankenkassen bzw. der MDK.

2. Wann steht eine „allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung im Einzelfall nicht zur Verfügung“?

Bereits heute muss bei einem Antrag auf eine Ausnahmeerlaubnis für die medizinische Verwendung von Cannabisblüten dargelegt werden, dass Patientinnen und Patienten mit den üblichen Therapieverfahren ausbehandelt sind. Es ist bisher unklar, wie der MDK diese Frage behandeln wird bzw. ob es erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenkassen bei dieser Frage geben wird. Möglicherweise werden hier die Sozialgerichte erst im Laufe der Jahre durch eine Anzahl von Gerichtsurteilen Klarheit schaffen können.

Diese recht restriktive Vorgabe für eine Kostenerstattung durch die Krankenkassen wird dazu führen, dass wünschenswerte Behandlungen mit Cannabis-basierten Medikamenten oft nicht durchgeführt werden können, weil anerkannte medizinische Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen, obwohl diese von Ärzt_innen und Patient_innen hinsichtlich des Risiko-Nutzen-Profiles als ungünstiger im Vergleich zu einer Therapie mit Cannabisprodukten betrachtet werden.

Beispielsweise ist im Rahmen der Therapie chronischer Schmerzen die Behandlung mit Cannabisprodukten der Therapie mit starken Opiaten häufig vorzuziehen, wenn beide die gleiche Wirksamkeit aufweisen. Im Gegensatz zu einer Behandlung mit Cannabis tritt bei der chronischen Verwendung starker Opiate oft eine starke Abhängigkeit auf, sodass es im Gegensatz zu Cannabis im Allgemeinen nicht möglich ist, die Therapie für einen begrenzten Zeitraum - etwa wenn weniger Schmerzen auftreten - auszusetzen bzw. in der Dosis zu reduzieren, da sonst starke Entzugssymptome auftreten können.

Viele Standardtherapien werden in der Akutbehandlung gut vertragen, können jedoch langfristig mit schweren Organschäden einhergehen. Dies gilt etwa für entzündungshemmende Mittel wie Cortison und Methotrexat und für viele andere gebräuchliche Medikamente, bei denen alternativ Cannabisprodukte, die langfristig keine oder wesentlich geringere körperliche Schäden verursachen, eingesetzt werden können.

Bei der Frage der Austerapiertbarkeit mit Standardtherapien stellt sich bereits auch heute schon bei Anträgen auf eine Ausnahmeerlaubnis für die Verwendung von Cannabisblüten nach § 3 Betäubungsmittelgesetz die Frage, wie viele und welche Standardtherapien einem Patienten bzw. einer Patientin zugemutet werden können, bevor er oder sie auf eine Therapie mit Cannabisprodukten zurückgreifen darf, die sich möglicherweise bereits als wirksam erwiesen hat. So sind für zahlreiche Indikationen zahlreiche Medikamente auf dem Markt, etwa Antidepressiva, Antiepileptika oder Medikamente gegen chronische Entzündungen, die grundsätzlich als Alternative zur Verfügung stehen. Es stellt sich die Frage, wie viele Monate oder Jahre Patient_innen diese „Standardtherapien“ ausprobiert haben müssen, in denen sie möglicherweise nicht gut behandelt sind – mit entsprechenden negativen Auswirkungen auf sein privates und berufliches Leben – bevor ihnen eine Kostenerstattung für Cannabisblüten oder andere Cannabis-basierte Medikamente zugestanden wird.

Im Gegensatz zu anderen Ländern wie Kanada, den Niederlanden und Israel spielt die Kostenübernahme in Deutschland eine erheblich größere Rolle, weil die Cannabisblüten in der Apotheke erheblich teurer sind als in diesen Ländern. So kosten die Cannabisblüten des Unternehmens Bedrocan Patientinnen und Patienten in Kanada umgerechnet etwa 4 € pro Gramm (Bedrocan Kanada 2016), während sie in deutschen

Apotheken im Allgemeinen zwischen 14 und 20 € pro Gramm kosten. Der größte israelische Lieferant für medizinische Cannabisblüten, das Unternehmen Tikum Olam, gibt diese für eine monatliche Pauschale von 90 € an Patientinnen und Patienten ab, unabhängig von der verschriebenen Menge, die in Israel nach Angaben von Tikum Olam 20-200 g monatlich beträgt (3sat 2016). In Kanada und Israel gibt es keine Kostenerstattung für Cannabisblüten, eine notwendige bzw. sinnvolle Therapie in der individuell erforderlichen Dosierung scheitert jedoch zumindest in Israel nicht an den Kosten. In den Niederlanden übernehmen die Krankenkassen zunehmend die Kosten bei einer zunehmenden Zahl von Indikationen.

3. Der Anspruch auf eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist an die Teilnahme an einer Begleitforschung geknüpft

Die Bundesregierung plant in den ersten Jahren Begleitforschung durchzuführen und Patientinnen und Patienten, die eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen anstreben, zu zwingen, daran teilzunehmen: „Der Erstattungsanspruch ist mit der Teilnahme an einer Begleitforschung, die bis Ende Dezember 2018 vorgesehen ist, verknüpft“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016). Grundsätzlich ist es begrüßenswert, Begleitforschung durchzuführen. Bedenklich ist aber, wenn die Durchführung einer als notwendig erachteten Behandlung von der Teilnahme an diesem Forschungsprogramm abhängig gemacht wird.

Zudem sollte überlegt werden, ob nicht auch Patientinnen und Patienten, die Cannabis-basierte Medikamente vom Arzt/der Ärztin verschrieben bekommen, deren Kosten jedoch nicht von den Krankenkassen erstattet werden, an der Begleitforschung teilnehmen dürfen. So könnten beispielsweise Motive von Ärzt_innen und Patient_innen für die Verschreibung bzw. Verwendung dieser Medikamente erforscht werden, obwohl eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse nicht erfolgt.

4. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll auf der Grundlage der Begleitforschung festlegen, wann die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten erstatten sollen

Im Referentenentwurf heißt es: „Auf der Grundlage der Ergebnisse der Begleitforschung nach Satz 1 Nummer 3 legt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Juli 2019 in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 konkretisierend fest, in welchen medizinisch notwendigen Fällen und unter welchen Voraussetzungen die Leistungen nach Satz 1 ab dem 1. August 2019 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Auch hier wird sich die Frage stellen, wie restriktiv die Ergebnisse der Begleitforschung und damit die Entscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses ausfallen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass mit dem Blick auf die Ergebnisse der Begleitforschung die Krankenkassen bzw. der MDK bereits im Vorfeld die Kostenerstattung sehr restriktiv handhaben, um somit indirekt dafür Sorge zu tragen, dass später nur relativ wenige Indikationen Eingang in die Begleitforschung und damit in die Diskussion um die zukünftige Kostenerstattung finden.

5. Der Eigenanbau von Cannabis durch Patientinnen und Patienten wird ausgeschlossen

Im Referentenentwurf heißt es: „Ein Eigenanbau von Cannabis durch Patientinnen und Patienten zur Selbsttherapie birgt die Gefahr von mangelnden Qualitäts- und Sicherheitskontrollmöglichkeiten und ist aus gesundheits- und ordnungspolitischer Sicht nicht zielführend“ (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Je nachdem, wie restriktiv die Krankenkassen und auch später der Gemeinsame Bundesausschuss die Frage der Kostenübernahme handhaben bzw. regeln, kann eine Selbsttherapie mit selbst angebaute Cannabis durchaus besser sein als keine Therapie oder eine Standardtherapie, die mit stärkeren Nebenwirkungen assoziiert ist. Die Verweigerung des Eigenanbaus raubt vielen Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer bezahlbaren Medikation mit Cannabisprodukten. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass ein kanadisches Bundesgericht am 24. Februar 2016 das neue kanadische Gesetz von 2013 zur medizinischen Verwendung von Cannabis für verfassungswidrig erklärt hat, weil dieses den Eigenanbau von Cannabis durch Patientinnen und Patienten verboten hat und nur noch den Erwerb der Blüten von lizenzierten Anbauern erlaubt (IACM 2016d).

6. Vermögende Patientinnen und Patienten sind weiterhin bessergestellt, die Zweiklassenmedizin bleibt bestehen

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten und der Ärzt_innenschaft muss es darauf ankommen, dass die Entscheidung, ob ein/e Patient_in mit Cannabis-basierten Medikamenten behandelt wird, eine Entscheidung von Ärzt_innen und Patient_innen ist. Ansonsten bleibt es bei einer Zweiklassenmedizin, mit größeren Optionen für vermögende Patientinnen und Patienten. Bisher würde die Kostenübernahme eine Ausnahme bleiben, sodass hier Korrekturbedarf besteht.

Zentrale zukünftige Aufgaben und Perspektiven

Bei der zukünftigen verstärkten Etablierung von Cannabis und Cannabis-basierten Pharmazeutika als Medikamente in Deutschland wird es nicht nur auf weitere Verbesserungen durch den Gesetzgeber ankommen, sondern auch auf Maßnahmen durch andere Akteure, darunter die Ärzt_innenschaft und Produzent_innen entsprechender Präparate.

1. Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten

Wie in anderen Ländern, in denen Medikamente auf Cannabisbasis verschrieben oder empfohlen werden können, wird es auch in Deutschland von zunehmender Bedeutung sein, Ärztinnen und Ärzte dafür zu sensibilisieren, dass eine Therapie mit Medikamenten auf Cannabisbasis in vielen Fällen eine sinnvolle Therapieoption darstellen kann. Ein wichtiger Schwerpunkt der zukünftigen Arbeit wird daher die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich sein.

2. Vergrößerung des Angebots an unterschiedlichen Cannabis-basierten Medikamenten

Die bisher limitierte Auswahl an verschiedenen Sorten von Cannabisblüten und anderen Medikamenten auf Cannabisbasis führt dazu, dass nicht alle Patientinnen und Patienten optimal behandelt werden können. Es ist daher wünschenswert, die Sortenauswahl in der Zukunft zu vergrößern, von CBD-reichen bis zu THC-reichen Sorten mit unterschiedlichen Terpen-Gehalten.

3. Die Preise für Medikamente auf Cannabisbasis müssen sinken

In anderen Ländern wie Kanada, den Niederlanden und Israel sind Cannabisprodukte deutlich preiswerter als in Deutschland. Das Gefälle zwischen Patientinnen und Patienten, deren Behandlungskosten mit Cannabis-basierten Medikamenten von den Krankenkassen übernommen werden, und denjenigen, bei denen dies nicht der Fall ist, ist daher in Deutschland besonders hoch. Es ist wichtig, durch eine größere Konkurrenz von Anbieter_innen die Preise zu senken. Möglicherweise führt auch der geplante Anbau in Deutschland zu einer Reduzierung der Kosten für Patientinnen und Patienten.

4. Es ist bisher nicht absehbar, ob der Gesetzgeber durch die geplanten Maßnahmen den Grundsatzbeschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. April 2016, welcher den Weg für den Eigenanbau von Cannabisblüten durch Patient_innen ebnet, so beeinflussen kann, dass der Anspruch auf den Eigenanbau entfallen würde. Dies setzt allerdings voraus, dass eine regelmäßige Versorgung durch die Apotheken gewährleistet wird, was bisher aufgrund wiederholter Lieferengpässe nicht der Fall war. Zudem muss das Gesetz sicherstellen, dass die Krankenkassen die Kosten für eine notwendige Therapie mit Cannabisblüten bei den betroffenen Patient_innen auch tatsächlich übernehmen. Sonst bestünde die Möglichkeit, dass weitere Patient_innen eine Genehmigung zum Eigenanbau erstreiten könnten.

Literatur

- 3sat (2016): Fernsehbeitrag „Cannabis gegen Krebs“ (28. Januar 2016), online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=PK8sdl53GEA>; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Bedrocan Kanada (2016): Pressemitteilung (01.02.2016); online verfügbar unter: <https://www.bedrocan.ca/pages/introducing-true-compassionate-pricing>; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften (Referentenentwurf, 07.01.2016), online verfügbar unter: <http://www.bmg.bund.de/glossarbegriffe/c/cannabis/cannabis-als-medizin.html>; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (2015): Merkblatt für die Führerscheinstellen 2015; online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/nis/data/file/bundesverkehrsministerium_fuehrerschein_2015.pdf; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2014): Ausnahmegenehmigung Bundesopiumstelle (Schreiben vom 03. Dezember 2014); online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/nis/data/file/bfarm_fuehrerschein_2014.pdf; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Bundesverwaltungsgericht (2005): BVerwG 3 – Urteil (19.05.2005), online verfügbar unter: <http://www.bverwg.de/entscheidungen/entscheidung.php?lang=de¢=190505U3C>; letzter Zugriff: 28.03.2016.

- Bundesverwaltungsgericht (2016): Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken ausnahmsweise erlaubnissfähig (Pressemitteilung, 06.04.2016); online verfügbar unter: <http://www.bverwg.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.php?jahr=2016&nr=26>; letzter Zugriff: 12.04.2016
- IACM – International Association for Cannabinoid Medicines (2014): Anordnung des Bundesgesundheitsministeriums an die Bundesopiumstelle aus dem Jahr 2010 gegen den Eigenanbau von Cannabis nun öffentlich verfügbar, in: ACM-Mitteilungen (05. April 2014), online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=150; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Fischer, B./Kuganesan, S./Room, R.(2015): Medical Marijuana programs: implications for cannabis control policy—observations from Canada, in: International Journal of Drug Policy 26: 1, 15-19.
- Grotenhermen, F./Müller-Vahl, K. (2016): Medicinal Uses of Marijuana and Cannabinoids, in: Critical Reviews in Plant Sciences, im Erscheinen.
- IACM – International Association for Cannabinoid Medicines (2016a): Keine gesundheitlichen Komplikationen bei Patienten mit einer Ausnahmeerlaubnis – zur Zeit 581 Patienten mit dem Recht zum Erwerb von Cannabisblüten in Deutschland, in: ACM-Mitteilungen (12. März 2016), online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=204#4; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- IACM – International Association for Cannabinoid Medicines (2016b): Zwei Freisprüche von Erlaubnissinhabern, die wegen illegalen Anbaus erheblicher Cannabismengen angeklagt waren, in: ACM-Mitteilungen (12. März 2016); online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=204#2; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- IACM – International Association for Cannabinoid Medicines (2016c): Drei weitere erfreuliche Gerichtsurteile für Erlaubnissinhaber, in: ACM-Mitteilungen (26. März 2016), online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=205#4; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- IACM – International Association for Cannabinoid Medicines (2016d): Kanada: Nach dem Urteil eines Bundesgerichts dürfen Patienten weiterhin ihr eigenes Cannabis anbauen, in: IACM-Informationen (05.03.2016), online verfügbar unter: http://www.cannabis-med.org/german/bulletin/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=479#3; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Kanadisches Gesundheitsministerium (Health Canada) 2014: Stakeholder Statistics, online verfügbar unter: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/index-eng.php>; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Oregon Department of Human Services (2016): Oregon Medical Marijuana Program (OMMP) Statistics, online verfügbar unter: <http://public.health.oregon.gov/DiseasesConditions/ChronicDisease/MedicalMarijuanaProgram/Pages/data.aspx>; letzter Zugriff: 28.03.2016.
- Ware, M. (2015): The Canadian Experience (Vortrag bei der Cannabinoid Conference 2015 am 19. September 2015 in Sestri Levante, Italien), online verfügbar unter: <http://cannabis-med.org/members/wp-content/uploads/2015/11/Ware.pdf>; letzter Zugriff: 28.03.2016.

3.4 | Cannabiskonsum aus dem Blickwinkel von Schadensminderung / harm reduction und Public Health

Hans-Günter Meyer-Thompson, Heino Stöver

Zusammenfassung

Die zurückliegenden 20 Jahre haben eine Fülle von Erkenntnissen gebracht über das schädliche, aber auch therapeutische Potential von Cannabis. Im folgenden Beitrag werden daraus mögliche schadensmindernde Maßnahmen abgeleitet.

Jüngste Veröffentlichungen in ADDICTION (Hall 2015), New England Journal of Medicine (Volkow et al. 2014) und Deutsches Ärzteblatt (Hoch et al. 2015) sowie die aktuelle Veröffentlichung der WHO „The health and social effects of nonmedical cannabis use“ (WHO 2016) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis: „Empirisch mittlerweile sehr gut belegt ist, dass biografisch früher, hochdosierter, langjähriger und regelmäßiger Cannabisgebrauch das Risiko für unterschiedliche Störungen der psychischen und körperlichen Gesundheit und der altersgerechten Entwicklung erhöht.“ (Hoch et al. 2015)

Wie mit diesem Problem umzugehen ist, dazu stehen sich zwei Positionen gegenüber: Diejenigen, die sich für eine liberale Cannabispolitik aussprechen, konnten lange Zeit nur schwer akzeptieren, dass Hanfkonsum überhaupt schädliche Wirkungen entfalten kann; sie vertraten die Ansicht, dass der gesundheitlich-soziale Schaden, der durch das Hanfverbot entsteht, größer ist als derjenige, den der Konsum selbst bewirken kann. Die Gegenposition vertritt die Ansicht, dass Hanf generell geächtet bleiben muss, weil der Schaden für einen Teil der konsumierenden Heranwachsenden das strafbewehrte Verbot für alle anderen und auch für Erwachsene rechtfertigt.

Beiden Positionen im deutschsprachigen Raum gemeinsam ist, dass sie Überlegungen zur Schadensminderung bislang äußerst zurückhaltend angestellt haben; Ausnahmen bieten lediglich die Veröffentlichungen von kleinen Organisationen wie Alice-Project, chill-out, drug scouts oder mindzone – hingegen auf den Seiten des Deutschen Hanfverbandes, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen oder auch bei drugcom.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finden sich keine praxistauglichen Tipps zum schadensarmen Hanfkonsum.

Nicht ohne Grund, wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) 2015 feststellte: „Derzeit vermeiden Präventionsfachkräfte die Thematisierung risikoarmer Muster des Cannabiskonsums, da dies bereits als Aufforderung zum Konsum gewertet werden kann.“ (DHS 2015)

Außerhalb Deutschlands ist es längst nicht ungewöhnlich, dass Gesundheitsbehörden Tipps zum schadensarmen Hanfkonsum veröffentlichen: „Es liegt in unserer Verantwortung sicherzustellen, dass Hanfkonsumierende anschauliche Informationen über Vorsichtsmaßnahmen erhalten“¹, heißt es in einem Kommentar des Vancouver Coastal Health and the University of Victoria’s Centre for Addictions Research of BC zu einem Cannabis-Harm-Reduction-Info (Vancouver Coastal Health 2016).

Der Begriff Schadensminderung / Harm Reduction kam Anfang der 1980er Jahre auf, als sich in der Gruppe der Heroinabhängigen das AIDS-Virus rasant ausbreitete, weil die Abgabe von sterilen Nadeln und Spritzen mehr oder weniger weltweit verpönt war.

Die Internationale Harm Reduction Association hat 2010 Harm Reduction wie folgt definiert (IHRA 2010): „Harm Reduction (Schadensminderung) umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Drogen von Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, deren Gebrauch einzustellen. Die Hauptmerkmale des Harm-Reduction-Ansatzes sind auf die Vermeidung gesundheitlicher Schäden der Drogeneinnahme gerichtet - im Gegensatz zu einer Verhinderung des Drogenkonsums an sich - und der Fokus liegt auf Menschen, die weiterhin Drogen nehmen.“

Harm Reduction ist einerseits eine politische Strategie und steht in einer modernen Drogenpolitik als 4.Säule gleichberechtigt neben Prävention, Therapie und Repression. Harm Reduction ist aber auch eine Säule in der modernen Suchtbehandlung, weil nicht alle Substanzabhängigen eine Abstinenz erreichen. Das Therapieziel Abstinenz ist deshalb um kontrollierte oder zumindest weniger schädliche Konsummuster ergänzt worden – das gilt für illegale wie legale psychoaktive Substanzen. Längst hat sich die Philosophie der Schadensminderung als erfolgreich erwiesen: Spritzen- und Nadeltausch in Kombination mit Substitutionsbehandlungen für Opioidabhängige hat den Auftakt markiert - Nichtraucherchutz, E-Zigaretten und Obergrenzen für den Nikotin- und Teergehalt sind weitere Beispiele, Plastikbecher statt Flaschen in Fußballstadien, um Schnittverletzungen zu verhindern, sind zu erwähnen oder auch drug-checking für Partydrogen.

Programme und Methoden zu entwickeln, die schädliche Folgen riskanten menschlichen Verhaltens vermindern sollen, gehören zu den Kernelementen gesundheitlicher Prävention. Bereits der Hippokratische Eid verpflichtet die Ärzteschaft, Kranke „vor Schaden und willkürlichem Unrecht“ zu bewahren. Ein klassisches Beispiel stammt aus der Verkehrsmedizin: Anschnallpflicht und Motorradhelme können riskantes Fahren und Unfälle zwar nicht verhindern, aber sie tragen dazu bei, Unfallfolgen so gering wie möglich zu halten. Andererseits verführen Sicherheitsgurte nicht zur Raserei, genauso wenig, wie Spritzentauschprogramme und Heroinverschreibung zur Ausweitung des intravenösen Drogenkonsums beitragen.

Auch für den Hanfkonsum lassen sich - ausgehend von den wichtigsten Risiken - schadensmindernde Hinweise entwickeln, wobei auch diejenigen Gefahren einzubeziehen sind, bei denen umstritten ist, ob es einen ursächlichen Zusammenhang mit dem

¹ “It’s our responsibility as health care professionals to ensure that anyone who chooses to use cannabis has clear information about how they can take better care when using.“

Cannabiskonsum gibt. Allerdings sollte, wie Wendy Swift bereits 2000 im „Harm Reduction Digest“ anmerkte (Swift et al. 2000), beachtet werden, dass die Botschaft in angemessener Sprache und in den richtigen Medien entwickelt wird. Die Betonung hauptsächlich auf Abschreckung zu legen, bewirke unter Jugendlichen häufig eher Neugier: „Der Nutzen, den der Hanfkonsum in der Wahrnehmung bietet, sollte nicht unterschätzt werden, nämlich Entspannung und eine „Auszeit“, die Anreize sind für einen fortgesetzten Konsum trotz der gleichzeitigen Anerkennung der mit Cannabis verbundenen Probleme.“ Schließlich: „Manche Konsumenten sehen den Hanfkonsum als Schadensminderung an sich an, weil sie glauben, dass er weniger Probleme verursacht als andere Drogen wie bspw. Alkohol.“

Um der Stigmatisierung bei der Suche nach Hilfe und Beratung zu entgehen, sind deshalb Medien zu wählen, die einen anonymen und vertraulichen Zugang zu schadensmindernden Botschaften erlauben.

Wie also könnten schadensmindernde Botschaften für den Hanfkonsum vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Verbotspolitik aussehen?

- *Konsumformen:* In der Kombination mit Tabak werden die schädlichen Wirkungen von Hanf auf die Atemwege verstärkt. In essbarer Form lässt sich die aufgenommene Dosis schwer bestimmen, die Wirkung ist kaum zu beeinflussen. Alternativen sind die Purpfeife oder die Verdampfung mittels Vaporizern. Einen Joint von Mund zu Mund kreisen lassen, ist eine ziemlich unappetitliche Sache.
- *Altersgrenze:* Mit Anfang bis Mitte 20 gilt die Hirnreifung als abgeschlossen; davor ist zur Zurückhaltung beim Konsum zu raten.
- *Abhängigkeit:* Die Zeichen eines schädlichen Gebrauchs, sowie auch die Kriterien für ein abhängiges Konsummuster sollten auf verständliche Weise erläutert werden in Verbindung mit Selbsttests wie beispielsweise auf der Seite von drugcom.de.
- *Lernprobleme:* Wer tagsüber lernt und abends kiffte, löscht u.U. den „Arbeitsspeicher“. Daher sollte der Konsum an Schultagen und in Prüfungszeiten eingeschränkt werden.
- *Atemwege/Herz-Kreislauf:* Die Wirkstoffe sind nach wenigen Sekunden bereits aufgenommen. Es ist ein Irrglaube, man müsse den Hanfrauch möglichst lange und tief einatmen - das sorgt nur für größere Schäden an den Atemwegen und lagert zusätzliche Schadstoffe in der Lunge ab. Auch bspw. ein Auto vollzudampfen und dann solange ein- und auszuatmen, also „total zu absorbieren“, bis der Blick durch die Scheiben wieder frei ist, trägt wenig zum Rausch bei. Aber man kann mit diesem studentischen Konsummuster 30 Jahre später immerhin Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika werden.
- *Psychische Folgen:* Manchen Menschen mit depressiver Störung oder Angst kann Hanf Erleichterung bereiten, bei anderen hingegen verstärken sich diese Beschwerden. Der Hanfkonsum kann Verfolgungsgedanken und Wahnvorstellungen/-wahrnehmungen auslösen, im schlimmsten Fall eine Schizophrenie. Wenn sich solche Symptome zeigen oder bereits einmal aufgetreten sind oder es in der Familie Fälle von psychischen Erkrankungen dieser Art gibt, dann ist äußerste Vorsicht im Umgang mit Hanf zu beachten, d.h., dann ist es besser, auf den Konsum zu verzichten und ggf. fachliche Hilfe zu suchen.
- *Hanfprodukte mit hohem Wirkstoffgehalt:* Da sämtliche Wirkungen (erwünschte wie unerwünschte) abhängig sind von Stärke und Menge der Substanz, von der

stofflichen Zusammensetzung sowie von individuellen biologischen und psychosozialen Gegebenheiten, lautet der schadensmindernde Hinweis, jeweils kleinere Mengen zu konsumieren, zumal wenn es sich um einen Stoff mit unbekannter Qualität und Reinheit handelt. Einen Überblick über aktuelle Verunreinigungen bietet der Streckmittelmelder des Deutschen Hanfverbands (DHV o.J.).

- *Mischkonsum:* Wie für alle psychoaktiven Substanzen gilt auch für Hanf, dass bei zeitgleichem Konsum weiterer Drogen das Risiko für Wechsel- und Kombinationswirkungen steil ansteigt und die Wirkung unkalkulierbar werden kann, wenn nicht längere Erfahrungen vorliegen.
- *Langzeitwirkung:* „Langfristige Folgen für Gehirn und Psyche sind bei Gelegenheitskonsumenten, die den Konsum erst im Erwachsenenalter beginnen, eher selten“, meint Peter Cremer-Schaeffer, Leiter der Bundesopiumstelle. Die körperlichen Folgen sind bedingt durch die Konsumart. Moderater Konsum darf den relevanten Drogenrankings zufolge als vergleichsweise gering schädlich bezeichnet werden.
- *Konsumkultur:* In traditionellen Anbauländern gilt, dass erst geraucht wird, wenn die Arbeit getan ist.
- *Straßenverkehr:* Generell gilt es einen zeitlich ausreichenden Abstand einzuhalten zwischen Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr. Mindestens 24 Stunden das Fahrzeug stehen zu lassen, ist nicht zu viel verlangt.
- *Prohibition:* Das Hanfverbot bewirkt mehr Schaden als Nutzen. Alex Wodak, Arzt, Vordenker von internationalen Harm-Reduction-Strategien und Präsident der Australian Drug Law Reform Foundation, hat bereits 2002 im British Medical Journal darauf hingewiesen, dass „Jahr für Jahr weltweit Leben, Ausbildung und Karrieren hunderttausender Menschen durch die stigmatisierende Erfahrung einer Festnahme zerstört werden. (...) Viele Cannabiskonsumenten sind eh schon sozial benachteiligt, für sie ziehen Strafen oft zusätzliche Kosten nach sich, mit Trennungen in Beziehungen und Verlust der Wohnung und des Arbeitsplatzes.“ (Wodak 2002; Wodak 2011)

Es ist deshalb auf die möglichen rechtlichen Folgen des Hanfkonsums hinzuweisen.

Entkriminalisierung mindert den Schaden

In einem umfassend angelegten Ranking über die Schäden gebräuchlicher Drogen kommen die Autoren van Amsterdam, Nutt, Philipps und van den Brink in ihrer Veröffentlichung „European rating of drug harms“ zu dem Ergebnis: „Die EU und die nationalen drogenpolitischen Maßnahmen sollten den Schwerpunkt legen auf die Drogen – einschließlich Alkohol und Tabak - mit dem höchsten Gesamtschaden. Hingegen sollte Drogen wie Ecstasy und Cannabis ein geringerer Rang eingeräumt werden, was auch eine Herabstufung in der rechtlichen Bewertung einschließt.“ (van Amsterdam et al. 2015)

Diese Überlegungen treffen sich mit den Beobachtungen von Juristen, von denen eine Vielzahl mittlerweile erkannt hat, dass mit den Mitteln des Strafrechts der Hanfkonsum kaum zu beeinflussen ist. Lorenz Böllinger und über 120 weitere deutsche Straf-

rechtsprofessoren sprechen sich deshalb für die Überprüfung des BtMG durch eine Enquete-Kommission des Bundestages aus (Schildower Kreis 2013); der langjährige Kommentator des BtMG, der ehemalige Frankfurter Oberstaatsanwalt Harald-Hans Körner, plädiert letztlich für einen staatlich kontrollierten Markt, und sein Nachfolger als BtMG-Kommentator, Oberstaatsanwalt Jörn Patzak aus Rheinland-Pfalz, hat wiederholt vorgeschlagen, dass bei Besitz einer Menge von bis zu 6 Gramm und 3 Pflanzen das BtMG dahingehend verändert werden könnte, dass diese Verfahren eingestellt werden *sollen* (Deutscher Bundestag 2014; Körner 2014; Patzak 2014).

Die medizinische Fachwelt ist geteilter Meinung. Dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie andere Wertungen vorherrschen als in der Sucht- oder Schmerzmedizin, sollte nicht verwundern. Es sind nun einmal unterschiedliche Blickwinkel, unter denen die erwünschte, unerwünschte bzw. schädliche Wirkung einer Droge wahrgenommen werden kann. Aber allmählich setzt sich die Meinung durch, dass das Strafrecht wenig geeignet ist, Konsum und Konsumschäden zu verhindern. Selbst Rainer Thomasius, nicht gerade als Vertreter einer akzeptierenden Drogenpolitik bekannt, fordert als Vorstandsmitglied der DG Sucht, „Möglichkeiten zur Modifizierung des Betäubungsmittelgesetzes mit dem Ziel einer Entkriminalisierung von Cannabiskonsumenten zu prüfen“ (DG-Sucht 2015), und schließt sich den Vorschlägen von Patzak an (Thomasius 2016).

Wenn also kommunale oder nationale Drogenpolitik die bisherige Hanfpolitik entschärfen, und damit auch Schadensminderung betreiben kann, so kommen unmittelbar Fragen auf, die im Zusammenhang mit Pilotprojekten zu untersuchen sind, erklären Louisa Degenhardt und Wayne Hall im „Handbook of Cannabis“ (Pertwee 2014):

- Sind Konsumierende gewahr, dass Hanf auch schädliche Wirkungen haben kann; wie kann man sie ansprechen und würden sie schadensmindernde Vorschläge annehmen?
- Lassen sich Hanfkonsumierende unter akuter Wirkung durch Polizeikontrollen vom Autofahren abhalten? Stehen Aufwand und Ergebnis in einem akzeptablen Verhältnis zueinander? Gibt es bessere Wege, mit dem Thema umzugehen?
- Vermindern Vaporizer die Schäden auf die Atemwege?
- Können Konsumierende bei höher konzentrierten Sorten die Wirkung titrieren, also unbeabsichtigte Überdosierungen vermeiden?
- Könnten Regelungen zum Wirkstoffgehalt und Anteil, insbesondere die Rolle von Cannabidiol betreffend, unerwünschte Wirkungen vermeiden helfen?

Die Public Health Forschung wiederum wird sich damit beschäftigen müssen, ob bei einer Entkriminalisierung oder staatlichen Regulierung

- mehr konsumiert wird, insbesondere in gefährdeten Kreisen,
- mehr Verkehrsunfälle unter der Einwirkung von Hanf stattfinden,
- die Zahl konsumierender Jugendlicher und Erwachsener ansteigt,
- Notfallbehandlungen bei Überdosierungen oder Mischintoxikationen zunehmen,
- Gewaltkriminalität infolge von Alkoholkonsum abnimmt,
- andere illegale Drogen leichter zugänglich sind oder vermehrt konsumiert werden und

- öffentliche Mittel umgeschichtet werden können von Polizei und Justiz zu Prävention, Therapie und Schadensminderung.

Eine moderne Drogenpolitik kommt nicht umhin, schadensmindernde Maßnahmen für den Hanfkonsum zu entwickeln - auch wenn der Stoff weiterhin verboten bleibt.

Literatur

- Cremer-Schaeffer, P. (2016): Cannabis. Was man weiß, was man wissen sollte. Hirzel Verlag, 2016.
- Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit (2014): Öffentliche Anhörung am 5.11.2014, Antrag der Fraktion DIE LINKE und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Beabsichtigte und unbeabsichtigte Auswirkungen des Betäubungsmittelrechts überprüfen, online verfügbar unter: https://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse18/a14/anhoeungen/btm_inhalt/333172; https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw45_pa_gesundheit/337236; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (2015): Stellungnahme zur Legalisierungsdebatte des nicht-medizinischen Cannabiskonsums, online verfügbar unter: http://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/stellungnahmen/Stellungnahme_Legalisierung_debatte_Cannabis_DG-Sucht.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- DHS (2015): Cannabispolitik in Deutschland - Maßnahmen überprüfen, Ziele erreichen, online verfügbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/news/Cannabispolitik_in_Deutschland.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- DHV (o.J.): Streckmittelmelder des Deutschen Hanfverbands, online verfügbar unter: <http://hanfverband.de/inhalte/streckmittel>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Hall W. (2014): What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? In: *Addiction*. 2015 Jan;110(1):19-35, online verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12703/epdf>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Hoch, E./Bonnet, U./Thomasius, R./Ganzer, F./Havemann-Reinecke, U./Preuss, U.W. (2015): Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch von Cannabis / Risks associated with the non-medicinal use of cannabis, in: *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 271–8. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0271, online verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/169158/Risiken-bei-nichtmed>; <http://www.aerzteblatt.de/int/archive/article?id=169163>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- IHRA (2010): What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, London, United Kingdom, German, April 2010, online verfügbar unter: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Körner, H.-H. (2014): Stellungnahme zum Antrag verschiedener Abgeordneter sowie der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 4. Juni 2014 (BT-Drs.18/1613) für die öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 5. November 2014, online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/blob/337946/b3d9b7bb6926b1a71aa846454f1c8a8e/18_14_0067-1-dr—harald-hans-koerner-data.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Patzak, J. (2014): Stellungnahme zum Antrag verschiedener Abgeordneter sowie der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 4. Juni 2014 (BT-Drs.18/1613) für die öffentliche Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 5. November 2014, online verfügbar unter: http://www.bundestag.de/blob/338704/8b3389a0c0bca37de3106542fe5b785d/18_14_0067-4-joern-patzak-data.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Pertwee, R. (2014): Handbook of Cannabis, in: Oxford University Press 2014 Print, online verfügbar unter: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199662685.001.0001/acprof-9780199662685>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Schildower Kreis (2013): Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und -professoren an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, online verfügbar unter: <http://schildower-kreis.de/>

- resolution-deutscher-strafrechtsprofessorinnen-und-professoren-an-die-abgeordneten-des-deutschen-bundestages/; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Swift, W./Copeland, J./Lenton, S. (2000): Cannabis and harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 19:101–112, online verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/09595230096200/abstract>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Thomasius, R. (2016): Vortrag. ASKLEPIOS Hamburg, Klinik Nord Ochsenzoll, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Forum am 29.4.2016.
- Van Amsterdam J./Nutt, D./Phillips, L./van den Brink, W. (2015): European rating of drug harms, in: *J Psychopharmacol* 2015; 29(6):655-60, online verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25922421>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Vancouver Coastal Health (o.J.): Take Care With Cannabis. Vancouver Coastal Health and the University of Victoria's Centre for Addictions Research of BC published a valuable resource for individuals who use cannabis recreationally, online verfügbar unter: <http://www.vch.ca/media/Take-CarewithCannabis.pdf>; <http://www.vch.ca/about-us/news/take-care-with-cannabis>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Volkow, N.D./Compton, W.M./Weiss, S.R. (2014): Adverse health effects of marijuana use, in: *N Engl J Med*. 2014 Aug 28;371(9):879, online verfügbar unter: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1407928>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- WHO (2016): The health and social effects of nonmedical cannabis use, online verfügbar unter: http://www.who.int/substance_abuse/publications/cannabis_report/en/; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Wodak, A (2002): Cannabis control: costs outweigh the benefits, in: *British Medical Journal*. 2002;324(7329):105-108, online verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121996/>; letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Wodak, A (2011): Demand Reduction and Harm Reduction. Working Paper Prepared for the First Meeting of the Commission. Geneva, 24-25 January 2011, online verfügbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_Alex_Wodak.pdf; letzter Zugriff: 02.05.2016.

3.5 | Synthetische Cannabinoide – Cannabisersatzstoffe mit hohem Risikopotenzial

Benjamin Löhner, Drug Scouts

Zusammenfassung

Über die Verbreitung des Konsums von Räuchermischungen/Synthetischen Cannabinoiden in der bundesdeutschen Bevölkerung gibt es nur unzureichende Erkenntnisse. Jedoch scheint sich der Konsum auf bestimmte User_innengruppen sowie Regionen mit eher repressiven drogenpolitischen Ansätzen zu konzentrieren. Im Folgenden soll anhand von Erfahrungsberichten Konsumierender auf drugscouts.de sowie aus der Beratungspraxis von [mudra enterprise3.0](http://mudra-enterprise3.0.de) mit U21-Jährigen näher beleuchtet werden, um welche Gruppen von Konsumierenden es sich hierbei handelt, über welche Erfahrungen User_innen berichten und welche Herausforderungen für Konsumierende, aber auch für im Jugend- und Drogenhilfesystem tätige Menschen bestehen.

Die Erkenntnisse zur Verbreitung des Konsums von „Neuen Psychoaktiven Substanzen“ (im Folgenden als NPS bezeichnet) in der bundesdeutschen Bevölkerung sind nach wie vor ungenügend. Vor dem Hintergrund der wenigen verfügbaren Studien und der teils vorhandenen methodischen Schwächen wird die Interpretation der Datenquellen zum „epidemiologischen Lesen im Kaffeesatz“ (Pfeiffer-Gerschel 2014). Im Gesamtbild scheint der Gebrauch von NPS in Deutschland eher ein Randphänomen zu sein (The Gallup Organization 2011; Pabst et al. 2013). Es gibt Hinweise darauf, dass sich der Konsum auf bestimmte User_innengruppen (Pionetk/Hannemann 2015) sowie Regionen mit eher repressiven drogenpolitischen Ansätzen (Wiese/Morgenstern 2011: 15) konzentriert.

Trotz der geringen Konsumprävalenzen bleibt das Phänomen NPS eine Herausforderung für Hilfsanbieter_innen und das Drogenhilfesystem. Fast ein Viertel der Klient_innen im [enterprise3.0](http://enterprise3.0.de) (Beratungsstelle für junge Menschen der [mudra Drogenhilfe Nürnberg](http://mudra-drogenhilfe-nuernberg.de)) konsumierten im Jahr 2015 NPS, überwiegend synthetische Cannabinoide (im Folgenden als SCs bezeichnet). Die Homepage www.legal-high-inhaltsstoffe.de des Frankfurter Vereins BAS!S e.V. wird täglich zwischen 100 und 150 Mal aufgerufen. Auch auf der Homepage der Drug Scouts in Leipzig ist ein hohes Interesse bzgl. der NPS-Thematik zu verzeichnen. So erfolgten 2015 21.700 Zugriffe auf die Substanzinfos zu Räuchermischungen (im Folgenden als RM bezeichnet). Im Erfahrungsberichte-Forum gab es bis Ende 2015 in der Rubrik „Räuchermischungen“ 56 Erfahrungsberichte, die 185 Mal kommentiert wurden.

Erkenntnisse zum Konsum von Räuchermischungen auf Grundlage von User_innenberichten auf drugscouts.de (2011 – 2015)

Drug Scouts sind ein szenenahes, in Leipzig arbeitendes Drogen-Info-Projekt mit dem Schwerpunkt selektive und indizierte Prävention/harm reduction. Das Projekt stellt jungen Drogenkonsument_innen Informationen über Drogen und deren Gebrauch sowie zur Risikominimierung zur Verfügung, motiviert bei riskanten Konsummustern zur Verhaltensänderung und unterstützt junge Menschen mit Abstinenzwunsch.

Im Erfahrungsberichte-Forum auf drugscouts.de haben Interessierte die Möglichkeit, anonym eigene Erfahrungen im Zusammenhang mit Drogen zu schildern sowie die Berichte anderer zu lesen und zu kommentieren. Beiträge zum Thema „Räuchermischungen“ (RM) tauchten im seit 1999 betriebenen Forum erstmals 2011 auf. Ausgewertet wurden demnach 56 Berichte und 185 Kommentare von 2011 bis Ende 2015. Dabei stammen allein 29 Berichte und 131 Kommentare aus dem Jahr 2015.

Die Ergebnisse haben nicht den Anspruch repräsentativ zu sein, da die Autor_innen frei entscheiden können, worüber sie schreiben und welche persönlichen Angaben sie dabei machen wollen. Anzumerken ist, dass Ursachen geschilderter Wirkungen und Begleiterscheinungen sehr vielfältig sein können und nicht ausschließlich auf den Konsum von RM zurückzuführen sein müssen.

Bei etwa der Hälfte der Berichte gaben Autor_innen ihr Geschlecht an - 73% mit männlich, 27% mit weiblich - und in weniger als einem Drittel der Berichte ihr Alter - die Spanne reicht dabei von 14 bis 49 Jahren, wobei mehr als ein Drittel der Konsument_innen jünger als 21 Jahre alt ist und davon etwa die Hälfte unter 18. Konsumiert werden RM vor allem in gerauchter Form (93%), selten oral. In über 80% der Aussagen zu den Konsumgründen zeigt sich, dass RM vor allem als legale bzw. schlecht nachweisbare und leicht verfügbare (weil online bestellbare) Alternative zu Cannabis angesehen werden. Im Vergleich zu Schilderungen einmaligen Konsums wird über regelmäßigen Konsum deutlich weniger berichtet.

Hält sich in den Berichten und Kommentaren zwischen 2011 bis 2014 die Anzahl der Einträge, in denen positive und negative Wirkungen des Konsums beschrieben werden, die Waage, überwiegen 2015 die Beschreibungen von negativen Aspekten. Auffällig in allen Jahren ist, dass die positiven Wirkungen nicht oder nicht näher ausgeführt, die negativen hingegen sehr detailliert beschrieben werden, häufig mit dem Ziel der Warnung oder Abschreckung anderer. Zu den wenigen explizit beschriebenen positiven Effekten des Konsums zählen Euphorie, Entspannung und als angenehm empfundene Halluzinationen, wie sie auch beim Konsum von Cannabis auftreten können. Wird also die Erwartungshaltung der Konsument_innen erfüllt, wird das vermutlich als eine Art „Normalzustand“ wahrgenommen und nicht weiter darauf eingegangen.

Bezüglich starker Nebenwirkungen berichten zwei Drittel der Betroffenen von Angstzuständen (mit Todesängsten und Nahtoderfahrungen) und knapp die Hälfte von starker Übelkeit, heftigem Erbrechen, Halluzinationen und Gedankenschleifen. Weitere Aspekte umfassen Herzrasen, erhöhter Puls bzw. Zuckungen, Krampfanfälle, Orientierungslosigkeit, Kreislaufprobleme, Schmerzen und den Verlust von Gefühl in einzelnen Gliedmaßen oder im ganzen Körper. Vereinzelt wird von vorübergehenden Sehstörungen oder auch äußerst aggressivem Verhalten der Konsumierenden gegen-

über Helfer_innen berichtet. Einige Konsument_innen mussten aufgrund starker gesundheitlicher Beschwerden (not-)ärztlich behandelt werden, außerdem berichten Autor_innen in zwei Fällen von ihnen bekannten Todesfällen.

Aus den Schilderungen lässt sich nur schwer ableiten, inwiefern die beschriebenen Negativ-Wirkungen auf eine Überdosis zurückzuführen sein könnten. Laut einiger Berichte wurde sogar bewusst niedriger als bei Cannabis dosiert. Trotzdem ist es möglich, dass die tatsächliche Wirkung der synthetischen Cannabinoide unterschätzt wurde bzw. eine Überforderung mit dem anders gearteten Rauscherlebnis der synthetischen Cannabinoide auftrat. Deutlich wird auf jeden Fall, dass schon geringe Mengen RM zu ernsthaften gesundheitlichen Problemen führen können.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden (v. a. 2015) die Berichte über Erfahrungen beim Absetzen von Räuchermischungen. Zu den am häufigsten genannten Symptomen zählen Schlafstörungen, Übelkeit und heftiges Erbrechen, Schweißausbrüche, gefolgt von Appetitlosigkeit, Schüttelfrost und vorübergehendem Gefühlsverlust in einzelnen Gliedmaßen oder am ganzen Körper. Zudem verweisen Betroffene auch auf die psychische Belastung, die mit depressiven Verstimmungen, extremer Reizbarkeit, starkem Konsumwunsch und Panikattacken einhergehen kann. Eine kleine Gruppe beschreibt einen temporären Wirkungsverlust von Cannabis aufgrund des RM-Konsums. Ein mehrwöchiger Entzug war bei einigen Konsument_innen bereits nach kurzen Konsumphasen nötig. Dieser wurde entweder zu Hause oder in speziellen Kliniken durchgeführt. Einige der Neben- und Nachwirkungen hielten dabei über Wochen, zum Teil auch Monate an. Mehrere User_innen verglichen den Entzug von RM mit dem von Opiaten.

Personen, die über einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten meist große Mengen an RM konsumierten, berichteten zudem von bereits nach kurzer Zeit (wenigen Stunden) einsetzenden „Entzugserscheinungen“. Ob es sich dabei tatsächlich um Entzugserscheinungen im medizinischen Sinne handelt, bleibt zu klären. Betroffene empfinden und beschreiben die erlebten Symptome häufig als solche, wir möchten daher diese Bezeichnung hier so beibehalten. Hauptsächlich benannte Beschwerden sind Magen-Darm-Probleme sowie psychische Beeinträchtigungen, vor allem depressive Verstimmungen. Eine kleinere Gruppe stellte kognitive Einschränkungen fest, insbesondere eine verminderte Merkfähigkeit. Daneben kam es u. a. zu Atem- und Herzproblemen, Koordinationsschwierigkeiten, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Als besonders einschränkend wurden die rasch einsetzenden Entzugserscheinungen angesehen, die eine Teilnahme am sozialen Leben schwierig gestalteten und teilweise zum völligen Rückzug der Betroffenen aus ihrem bisherigen Umfeld führten.

Warum 2015 im Vergleich zu den vier Vorjahren so viele Berichte besonders auch negativer Erfahrungen verfasst wurden, erschließt sich aus den Foreneinträge selbst nicht unmittelbar. Denkbar ist, dass RM auf Grund der (vermeintlichen) Legalität und der guten Verfügbarkeit einen immer größeren Kreis von Konsument_innen erreichen, eventuell mehr Menschen negative Erfahrungen machen und/oder das Bedürfnis haben, mit anderen Konsumierenden darüber in den Austausch zu treten bzw. (potenzielle) User_innen zu warnen.

Erfahrungen aus der Beratungspraxis

Enterprise3.0 ist ein Beratungsangebot der mudra Drogenhilfe Nürnberg, das sich speziell an junge Drogenkonsument_innen (U21) richtet. Zu den Leistungen gehören gezielte Information und Aufklärung, Anleitung zum Risikomanagement sowie Unterstützung bei der Konsumveränderung. Jährlich suchen etwa 400 junge Menschen die Einrichtung auf. Neben dem gesamten Spektrum „klassischer“ Drogen spielen seit etwa 2008 Neue Psychoaktive Substanzen (v. a. synthetische Cannabinoide) eine bedeutende Rolle in der Beratungspraxis.

Im Jahr 2015 haben etwa ein Viertel unserer Klient_innen angegeben, in den letzten 12 Monaten SCs konsumiert zu haben. Viele davon nannten diese als Hauptproblem-substanzen. Die hohe Anzahl an SC-zentrierten Beratungen im enterprise3.0 ist mit Blick auf die niedrigen Konsumprävalenzen in der Gesamtbevölkerung erstaunlich. Dies könnte der Annahme Recht geben, dass in Regionen mit eher repressiven drogenpolitischen Ansätzen (wie etwa Bayern) der Konsum von synthetischen Cannabinoiden weiter verbreitet ist. Zudem scheinen User_innen von SCs tendenziell früher im Hilfesystem aufzutauchen als Gebraucher_innen anderer Drogen.

Insgesamt lassen sich drei Konsument_innengruppen identifizieren. Der deutlich größte Teil der uns bekannten SC-User_innen kann als sog. „Ausweicher_innen“ bezeichnet werden. Hierbei handelt es sich meist um erfahrene Drogenkonsument_innen, die eigentlich das illegalisierte Cannabis präferieren. Aufgrund des (angenommenen) legalen Status, der eingeschränkten Nachweisbarkeit in Drogentests sowie der höheren Verfügbarkeit und des geringeren Preises weichen sie auf synthetische Cannabinoide aus. Die zweite Gruppe besteht aus „Experimentierer_innen“, die meist aus Neugierde SCs ausprobieren. Oft bleibt es beim experimentellen Konsum und nur wenige wechseln in härtere Gebrauchsmuster. Schließlich ist ein sehr kleiner Personenkreis zu erwähnen, der die speziellen Wirkungen von synthetischen Cannabinoiden bevorzugt. Es handelt sich oftmals um Konsument_innen mit nur wenig Substanzwissen und einer geringen Risikowahrnehmung. Gleichzeitig werden SCs in teils hochfrequenten Konsummustern eingenommen, was diesen Teil unserer Klientel zu einer Hochrisikogruppe macht.

Die Erfahrungen unserer Klient_innen zu Wirkungen, Nebenwirkungen und auftretenden Entzugserscheinungen sind weitgehend deckungsgleich mit den User_innenberichten aus dem Drug-Scouts-Forum. Hinsichtlich der Konsummuster zeigt sich eine größere Heterogenität. Viele stellen den Gebrauch nach wenigen Konsumerfahrungen aufgrund negativer Effekte oder nicht eingetretener Rauscherwartungen wieder ein. Zudem gibt es eine große Zahl sporadischer Konsument_innen, die z. B. bei finanziellen Engpässen oder einer Nicht-Verfügbarkeit von Cannabis auf synthetische Cannabinoide ausweichen. Die dritte Gruppe besteht aus User_innen, die SCs in hochriskanten Konsummustern einnehmen. Vor allem unter den „Ausweicher_innen“ wird die Substanz Cannabis zwar durch synthetische Cannabinoide ersetzt, die teils hohe Konsumfrequenz jedoch oftmals beibehalten. Bei diesem Teil unserer Klient_innen mit hoher Einnahmehäufigkeit werden die negativen Begleiterscheinungen des SC-Gebrauchs besonders deutlich.

Das Phänomen „Neue Psychoaktive Substanzen“ stellt uns in der täglichen Beratungspraxis vor etliche Herausforderungen. Ein zentraler Teil unserer Arbeit ist die

Weitergabe von objektiven, wissenschaftlich fundierten und möglichst aktuellen Informationen zum Substanzgebrauch. Dieser Anspruch ist bezogen auf synthetische Cannabinoide nur eingeschränkt realisierbar. Nach wie vor ist der Forschungsstand zum Thema limitiert. Es gibt kaum Studien oder detaillierte Untersuchungen zu psychopharmakologischen Effekten und möglichen Langzeitschädigungen der einzelnen Wirkstoffe. Die hohe Dynamik auf dem SC-Markt führt dazu, dass die wenigen vorhandenen Erkenntnisse oft schon nach kurzer Zeit überholt sind. Berater_innen sind gefordert die verfügbaren Datenquellen zu recherchieren und diese mit User_innenberichten zu ergänzen. Gleiches gilt für die rechtlichen Rahmenbedingungen des SC-Gebrauchs. Vor allem die konkrete Umsetzung der übergeordneten Rechtsvorschriften, z. B. in der polizeilichen Praxis oder im Führerscheinrecht, ist nicht immer leicht durchschaubar. Auch hier gilt es mühsam zu recherchieren, um für Konsument_innen „Licht ins Dunkel“ möglicher rechtlicher Konsequenzen zu bringen. In den Wirren des Beratungsalltags kommt diese „Sisyphusarbeit“ leider häufig zu kurz.

Unsere Klient_innen zeigen meistens ein hohes Interesse, sich über Drogen und Drogenkonsum zu informieren. Substanzkommunikation ist deshalb ein integraler Bestandteil jedes Beratungsprozesses. Vor dem Hintergrund der limitierten Datenlage sowie der ständig wechselnden Marktsituation sind der informationsorientierten Beratung hinsichtlich synthetischer Cannabinoide deutliche Grenzen gesetzt. Die User_innen sollen jedoch zumindest ein allgemeines Verständnis für das NPS-Phänomen entwickeln und die daraus resultierenden Gesundheitsrisiken des SC-Gebrauchs kennenlernen. Im Klient_innengespräch müssen komplexe Zusammenhänge auf das Wesentliche reduziert und in eine möglichst verständliche Sprache gebracht werden. Es gilt, Fakten so zu kommunizieren, dass sie für junge Menschen nachvollziehbar sind und in ihrer Lebenswelt als relevant erscheinen.

Darüber hinaus möchten wir im Beratungssetting unsere Klient_innen dazu anregen, einen Blick auf ihr eigenes Konsumverhalten und die dahinterstehenden Motive zu werfen. Wir beobachten schon länger einen deutlichen Einstellungswandel gegenüber dem Konsum von synthetischen Cannabinoiden. Wenn überhaupt werden diese nur noch von sehr jungen und unerfahrenen User_innen als „natürliche“ oder „harmlose“ Drogen wahrgenommen. Tatsächlich ist der SC-Gebrauch für viele Konsument_innen eher negativ konnotiert. Oft kommt es dabei zu einer stark bagatellisierenden Überhöhung des Cannabiskonsums, was ebenfalls nicht aus dem Blick geraten sollte. Es ist erstaunlich, wie viele Nutzer_innen trotz vielfältiger Negativerfahrungen den SC-Konsum über längere Zeit beibehalten. Von den Motiven „leichte Verfügbarkeit“, „geringer Preis“ und vor allem „eingeschränkte Nachweisbarkeit“ scheint eine große Anziehungskraft auszugehen, deren Risiko-Nutzenverhältnis in der Beratung thematisiert werden muss.

Natürlich sollte es im Zusammenhang mit dem Gebrauch von synthetischen Cannabinoiden auch darum gehen, wie User_innen die Konsumrisiken zumindest ansatzweise reduzieren können. Bezüglich harm reduction sind jedoch ebenfalls die Möglichkeiten sehr begrenzt. Der Konsum von SCs wird häufig im Vergleich zum Gebrauch anderer Substanzen als weit weniger kontrollierbar beschrieben. Selbst erfahrene Konsument_innen geraten trotz angewandter Safer-Use-Strategien (z. B. vorsichtige Dosierung, Verzicht auf Wasserpfeife, Vermeidung von Mischkonsum) immer wieder in brenzlige Konsumsituationen. Dreh- und Angelpunkt ist die Unkenntnis von Wirk-

stoffen, Wirkstoffkonzentrationen und Potenz. Die Substanztests von www.legal-high-inhaltsstoffe.de waren einige Zeit sehr hilfreich, leider liegt das Angebot mittlerweile aufgrund fehlender Anschlussfinanzierung mehr oder weniger auf Eis. Momentan sind wir ausschließlich auf User_innenberichte und oft nur bedingt relevante Drug-Checking-Ergebnisse aus dem Ausland angewiesen, um ggf. Substanzwarnungen multiplizieren zu können.

Gelegentliche Konsument_innen schaffen es meist problemlos, ihren SC-Gebrauch zu reduzieren bzw. ganz einzustellen. Dieser Prozess kann im ambulanten Beratungsetting adäquat begleitet werden. Mit steigender Konsumfrequenz und bereits vorhandenen Abhängigkeitssymptomen wird dies deutlich schwerer. Konsument_innen berichten von einer schnellen Toleranzentwicklung, starken Craving-Gedanken, einer deutlichen Einengung des Alltags auf den Substanzkonsum sowie von Entzugerscheinungen. Aus der Kombination entstehen für die betroffenen User_innen große Probleme, den SC-Konsum in den Griff zu bekommen. Viele wagen selbstständige Entzugsversuche, brechen diese jedoch häufig aufgrund eintretender und oft unerwarteter Symptome wieder ab. Um die Konsumdynamik zu unterbrechen, bleibt dann nur noch eine stationäre Entgiftungsbehandlung, wobei diesbezüglich für unter 18-Jährige in Bayern eine deutliche Unterversorgung besteht. Um eine vorhandene SC-Abhängigkeit intensiv zu bearbeiten, entscheiden sich viele Betroffene für eine stationäre Drogentherapie. Gerade Abstinenzeinrichtungen sind jedoch in besonderem Maße mit den Herausforderungen des NPS-Phänomens konfrontiert. U. a. aufgrund der eingeschränkten Nachweisbarkeit haben Konsument_innen auch in drogenfreien Settings oftmals weiterhin Zugang zu SCs, was den Ausstieg zusätzlich erschwert.

Im Großraum Nürnberg hat sich in den letzten Jahren die Anzahl derjenigen SC-Konsument_innen erhöht, die sich im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch in eine medizinische Notfallbehandlung begeben mussten. Allein im Bereich des Hauptbahnhofs kam es im Jahr 2015 bei insgesamt 67 Personen zu Akutsituationen nach dem Konsum von synthetischen Cannabinoiden. Der Kontakt zur Suchthilfe entsteht dann häufig über eine akutmedizinische bzw. psychiatrische Vorbehandlung. Für unsere Beratungsstelle ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer noch engeren Vernetzung mit dem Gesundheitssystem. Letztes Jahr haben wir aus diesem Grund eine offene Sprechstunde auf der Adoleszenzstation im Klinikum Nürnberg-Nord installiert, welche als niedrigschwellige Kontaktmöglichkeit zu unserer Beratungsstelle bisher gut funktioniert.

Der Rahmen begrenzt die Möglichkeiten

Das Phänomen NPS hat in den letzten Jahren die Situation auf dem Drogenmarkt tiefgreifend verändert. Durch die Anpassung unserer Angebote versuchen wir, auf die aktuellen Trends zu reagieren, jedoch bleiben die Möglichkeiten diesbezüglich begrenzt.

Das mangelhafte Wissen zu den einzelnen Wirkstoffen verhindert adäquate Risikoeinschätzungen und durch die meist unklaren Inhaltsstoffe entstehen nur schwer kalkulierbare Gesundheitsgefahren für Konsument_innen. Die gezielte Förderung von wissenschaftlichen Untersuchungen und der Ausbau länderübergreifender Monito-

ring-Systeme könnte hier ein Ansatzpunkt sein. Darüber hinaus ist die systematische Wirkstoffanalyse anhand von Drug-Checking essenziell. Das Projekt www.legal-high-inhaltsstoffe.de war diesbezüglich in der Vergangenheit äußerst hilfreich. Entsprechend sollte das Angebot ausgebaut und langfristig finanziert werden. Sowieso findet die Verbreitung von NPS vor allem über das Internet statt, deshalb sollten Informationsmultiplikation und Prävention unbedingt auch im Netz und evtl. auch im Darknet stattfinden.

Letztendlich aber führt uns das Phänomen NPS einmal mehr die Wichtigkeit von „Risikokompetenz“ und „Drogenmündigkeit“ bei Konsument_innen vor Augen. Aus diesem Grund müssen zukünftig beide Stichworte noch viel stärker als bisher zu ernstgemeinten Zielperspektiven in der präventiven Arbeit mit jungen Menschen werden.

Literatur

- Pabst, A./Piontek, D./, Kraus, L./, Gomes De Mato, E. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012, in: SUCHT 59: 6, 321 – 331.
- Pfeiffer-Gerschel, Tim (2014): Epidemiologisches Lesen im Kaffeesatz: Was wissen wir über die Verbreitung von NPS (Präsentation), online verfügbar unter: http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Nachlese/2014/Pfeiffer-Gerschel_Epidemiologie_Kaffeesatz_BAS_UG_NPS_Tagung_RE_140730.pdf ; letzter Zugriff: 04.04.2016.
- Piontek, D./Hannemann, T. (2015): Substanzkonsum in der jungen Ausgehszene, online verfügbar unter: http://ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/2015-08-27_Bericht_Partyprojekte.pdf; letzter Zugriff: 04.04.2016.
- The Gallup Organization (2011): Flash Eurobarometer 330 – Youth attitudes on drugs, online verfügbar unter: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_330_e.pdf; letzter Zugriff: 02.03.2016.
- Werse, B./, Morgenstern, C. (2011): Abschlussbericht – Online-Befragung zum Thema „Legal Highs“, Frankfurt a.M.

3.6 | Das Spannungsfeld zwischen Akzeptanzorientierung, Kinderschutz und Jugendamt

Frank Frehse, Norman Hannappel

Zusammenfassung

Drogenkonsum von Eltern bleibt nicht ohne Wirkung auf die Erziehung. Diese Eltern und ihre Kinder brauchen Hilfe und Unterstützung, um möglichst ein gemeinsames Leben führen zu können. Drogenkonsumierende Eltern und Substituierte haben das Recht, Kinder zu bekommen und Eltern zu sein. Ihren Kindern wiederum steht das Recht zu, möglichst mit ihren leiblichen Eltern gemeinsam in einer Familie zu leben, wie es auch im SGB VIII vorgesehen ist. Wir widmen uns der Frage, wie die Balance zwischen Akzeptanzorientierung, Kinderschutz und den Anforderungen staatlicher Stellen gelingen kann und zeigen Missstände auf.

Kinder tauchen im Kinderschutz nicht auf. Es geht lediglich um Instrumentarien des Staates, die Rechte der Eltern zu umgehen und die erzieherischen Aufgaben an die professionelle Jugendhilfe zu delegieren.

Kinderschutz steht an einem Scheideweg

Nach einigen dramatischen Verläufen, in denen Kinder verstorben sind und damit verbundenen Skandalisierungen der Problematik durch die Medien, haben sich zahlreiche neue Handlungsempfehlungen und Richtlinien zum Kinderschutz entwickelt. Nahezu alle Konzepte beziehen sich auf mehr Kontrolle und zwar nicht Kontrolle der eigenen Praxis, sondern mehr Kontrolle der Betroffenen. Der Scheideweg bewegt sich zwischen der Stärkung eines ganzheitlich demokratischen Hilfesystems mit ergebnisoffener, gemeinsamer Gestaltung der Hilfeprozesse und Ausbau eines autoritären, entdemokratisierten, zwischen Förderung einerseits und Risikocontainment und Repression andererseits gespaltenem Hilfesystem. Bei Letzterem wird die Partizipation aller Akteure möglichst gering gehalten (vgl. Wolff 2014). Nun setzt aber die Arbeit mit Familien ein Vertrauensverhältnis voraus. Nur in einem vertrauensvollen Rahmen kann besprochen werden, wo Unterstützung und Hilfestellung nötig sind. In Bezug auf Kinderschutz kann vor allem nur in einem vertrauensvollen Setting auch über Konsummuster oder Rückfälle gesprochen werden. Im Sinne der Feuerwehrpädagogik wird ja oft erst gehandelt, wenn das Kind schon in den Brunnen gefallen ist. Generell ist aber sinnvoller, wenn schon vorher darüber gesprochen werden kann, damit der

Brunnen rechtzeitig einen Deckel bekommt. In einem autoritären Kontrollsetting ist dies nicht möglich.

Ein zentraler Einwand gegen eine andauernde Fremdkontrolle ist: Wer nur auf unmittelbare Kontrolle setzt, muss sie lückenlos organisieren, Lücken im Kontrollmuster führen zur Anomie. „So gilt für die Sozialpädagogische Familienhilfe auch bei Kindesvernachlässigung: Es geht nur mit Beteiligung der Familienmitglieder – also in Koproduktion. Das bleibt riskant – ist aber weniger riskant als nur bzw. überwiegend auf unmittelbare Kontrolle zu setzen und dann große zeitliche Lücken in der unmittelbaren Kontrolle in Kauf zu nehmen“ (Wolf 2003).

Ursachen

Eine Ursache für diese Entwicklungen liegt unter anderem in strukturellen Problemen bei den Jugendämtern. Bei einer Veranstaltung im Jahr 2012 haben rund 200 Mitarbeitende der Hamburger Jugendämter die längst überfällige Einrichtung von Fallobergrenzen gefordert. In Hamburg ist eine Fachkraft in manchen Stadtgebieten für 90 Familien zuständig. Sinnvoll seien wissenschaftlichen Gutachten zufolge nicht mehr als 27 bis 30 Fälle. Seit der Einführung des Computerprogrammes Jus IT¹ wird ebenfalls der bürokratische Aufwand bemängelt – so sei der Aufwand für direkte Fallarbeit nur noch 30% entgegen 70% für Dokumentation etc.

Grundsätzlich ist es natürlich sinnvoll, das Recht der Kinder auf Fürsorge und Schutz sicherzustellen, es gibt jedoch für drogenkonsumierende oder substituierte Eltern weder Standards noch gemeinsame Haltungen in den Jugendämtern, die zur Anwendung kommen. Dialogisch-Systemische Falluntersuchungen (SCR) nach dramatischen Verläufen finden in der Regel nicht statt (vgl. Wolff 2014).

Ob eine Substitutionsbehandlung als Kindeswohlgefährdung angesehen wird oder nicht, hängt an den persönlichen Einstellungen der einzelnen Mitarbeitenden der Jugendämter. Eine Inobhutnahme ist für Kinder aus Familien von Substituierten vielfach reine Glückssache. Während nach Rückfällen oder Unregelmäßigkeiten in der Substitution gemeinsam mit allen am Prozess Beteiligten überlegt wird, was momentan die hilfreichsten Schritte sein können, wird in anderen Fällen das Kind ohne Austausch oder Rücksprache in Obhut genommen. Dies oftmals in ein und demselben Jugendamt mit unterschiedlichen fallzuständigen Fachkräften:

„Nach wie vor gibt es keine verbindlichen Standards und Absprachen, wie die Hilfesysteme mit abhängigen Eltern bzw. generell bei Eltern mit zusätzlichen schweren psychiatrischen Störungsbildern zu agieren haben. So fehlt im Fall von opiat- bzw. polytoxikomanabhängigen Eltern die Absprache, welche Hilfesysteme zusammenarbeiten müssen (medizinischer Bereich, Suchthilfeeinrichtung und Jugendamt mit Jugendhilfe) und innerhalb dieses Hilfesystems die Absprache, ab wann Kindeswohlgefährdung vorliegt und falls es eine Abspra-

¹ JusIT ist ein Computerprogramm, welches 2012 in den Hamburger Jugendämtern eingeführt wurde. JusIT sollte das Eingangs- und Fallmanagement vereinfachen und somit den Kinderschutz verbessern. Trotz einer Nachbesserung des 133,5 Millionen Euro teuren Programmes, bewertet inzwischen sogar der Hamburger Senat JusIT als nicht hilfreich und völlig veraltet (!).

che über eine Grenze zur Kindeswohlgefährdung gibt, mit welchen Kontrollstandards diese überprüft wird. Für das Führen von Kraftfahrzeugen ist das geregelt, nicht jedoch für die Versorgung von Kleinkindern!“ (Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe 2012).

In Hamburg besteht seit 2012 eine Kooperationsvereinbarung, welche die Zusammenarbeit aller im Hilfesystem Beteiligten regeln soll. Jedoch ist diese Vereinbarung in der Praxis noch nicht angekommen.

Suchan und Kolleg_innen fassen das Risiko der Inobhutnahme, unabhängig von konkreten Gefährdungen, noch einmal passend zusammen:

„Für eine gute Eltern-Kind-Beziehung und eine gedeihliche Kindesentwicklung ist nicht allein eine mögliche Suchtproblematik der Eltern oder eines Elternteils entscheidend. Studien aus den USA zeigen, dass obwohl elterlicher Substanzgebrauch der häufigste Einzelvorhersagewert für Sorgerechtsentziehungen ist, soziodemografische Faktoren wie schlechte Bildung, Langzeitarbeitslosigkeit und Teenagerschwangerschaft ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Sorgerechtsentziehungen darstellen“ (Suchan et al. 2006).

Akzeptanzorientierung

Die Grundhaltung der Beratungsstellen, welche sich auf dieses Klientel spezialisiert haben, beinhaltet, dass drogenkonsumierende Eltern gute Eltern sein können. Wir helfen Kindern, Jugendlichen und ihren drogenabhängigen Eltern ein gemeinsames Leben führen zu können.

Die Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern hat also den Anspruch, das Kindeswohl im Blick und gleichzeitig einen akzeptierenden Ansatz in Bezug auf den Drogenkonsum zu haben. Akzeptierende Drogenarbeit und Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) verfolgen prinzipiell dieselben Ziele:

„Akzeptierende Drogenarbeit muss [...] das Lebensumfeld der KlientInnen in ihre Konzepte einbeziehen. Handlungsstrategien sind so anzulegen, dass [...] der individuelle Lebensstil der KlientInnen bewahrt [...] und deren Fähigkeit zur sozialen und kulturellen Teilhabe wiederhergestellt, gesichert und erweitert [werden]. Vorrangig geht es um die Bereiche Wohnen, Selbstversorgung, Beruf/Beschäftigung, Partnerschaft/Familie und soziale Kontakte“ (akzept e.V. 1999: 18).

Allerdings ist es natürlich so, dass das Kindeswohl im Arbeitsfeld der SPFH immer im Vordergrund stehen muss und im Gegensatz zur Arbeit in einem Konsumraum oder einer Drogenberatungsstelle eine gewisse „Gelassenheit gegenüber den dynamischen und auch diskontinuierlichen Entwicklungsmöglichkeiten auch bei zwanghaft und exzessiv Drogengebrauchenden“ (Schneider 2006) nicht immer möglich ist.

Drogenkonsum und Zusammenleben mit Kindern ist nur innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen möglich. So ist es unserer Meinung nach nicht entscheidend, welche

Substanz konsumiert wird, sondern in welchem Rahmen. Das heißt ganz einfach: Wo waren die Kinder zum Zeitpunkt des Konsums und wer hat sich um sie gekümmert? Hat sich die konsumierende Mutter/der konsumierende Vater genügend Freiraum und Zeit geschaffen, um nach dem Konsum wieder in der Lage zu sein, sich fürsorglich um seine Kinder zu kümmern? Ist dies der Fall, ist die oben beschriebene Gelassenheit für die Erhaltung des Familiensystems enorm wichtig.

In manchen Fällen kommt es leider vor, dass auch gut organisierte Konsumvorgänge als sogenannte „Rückfälle“ be- und überbewertet werden und durch daraus folgende Überreaktionen größerer Schaden im Sinne des Kindeswohls angerichtet wird, indem zum Beispiel Kinder in Obhut genommen werden und somit aus eigentlichen funktionierenden Familienkonstrukten gerissen werden.

Drogengebrauchende Eltern wissen in aller Regel, dass Offenheit über den eigenen Konsum zu ihrem Nachteil werden kann, wenn das Jugendamt davon erfährt. Dies hat zur Folge, dass auch die SPFH oft nichts davon erfährt. Dies verhindert natürlich eine professionell begleitete Reflexion des Konsums und eine wirkliche Abschätzung über die Gefährdungslage seitens der Fachkräfte.

Deshalb besteht auf Seiten der Jugendämter und der freien Träger der Jugendhilfe im Themenbereich Drogen (hier vor allem: Stoffkunde und Substitution) dringend Fort- und Weiterbildungsbedarf, um Gefährdungslagen sachlich und ohne Hysterie abschätzen zu können. Nur so kann in Zukunft besser gewährleistet werden, dass Entscheidungen im Sinne der Kinder und Eltern getroffen werden können und nicht der Selbstschutz der Fachkräfte aus Angst vor Fehlern im Vordergrund steht.

Dies setzt allerdings wiederum zeitliche Ressourcen voraus, was bei den oben bereits beschriebenen Fallzahlen in den Jugendämtern und dem damit verbundenen bürokratischen Aufwand schwer vorstellbar ist. Trotzdem gilt unserer Meinung nach: Wissen schützt Kinder besser als neue Verfahren für eine möglichst wasserdichte Dokumentation, welche im Endeffekt nur der Absicherung der Jugendämter dienen.

Forderungen

Zusammenfassend ergeben sich folgende Forderungen an die politischen Entscheidungsträger_innen:

- Bereitstellung von Ressourcen für Fort- und Weiterbildung im Themenbereich Drogen und eine sich daraus entwickelnde einheitliche drogenpolitische Haltung aller Mitarbeitenden der Jugendämter eines Stadtteiles bzw. einer Kommune
- Einführung der wissenschaftlich empfohlenen Fallobergrenzen in den Jugendämtern
- Einrichtung von Ombuds- und Beschwerdestellen, um Betroffenen die Möglichkeit eines außergerichtlichen Beschwerdewegs zu gewährleisten

Im Jahr 2011 stellte die Allianz für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Deutschland dazu bereits folgende Forderungen auf:

- „Die Bundesregierung muss aufgefordert werden, die rechtmäßige Anwendung des gesetzlichen Anspruchs auf Jugendhilfeleistungen durch die staatlichen Behörden kontinuierlich zu überprüfen.“

- Die Bundesregierung muss aufgefordert werden, unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen rechtlich zu verankern und die notwendigen infrastrukturellen Maßnahmen zu gewährleisten, damit Kinder, Jugendliche und Familien ihre Rechtsansprüche wahrnehmen können.
- Die Bundesregierung muss aufgefordert werden, den Betroffenen besseren Zugang zu unabhängigen Informationen über ihren Rechtsanspruch zu ermöglichen“ (Allianz für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Deutschland 2011).

Literatur

- akzept e.V. (Hrsg.) (1999): Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit, Berlin.
- Allianz für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Deutschland (Hrsg.) (2011): Parallelbericht der Allianz für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Deutschland zum fünften Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zum Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR); online verfügbar: https://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Parallelbericht_web.pdf; letzter Zugriff: 08.03.2016.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hrsg.) (2012): Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln; online verfügbar unter: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Position/GVS_Position_Im_Interesse_der_Kinder.pdf; letzter Zugriff: 03.03.2016.
- Schneider, W. (2006): Was ist niedrigschwellige Drogenhilfe?, online verfügbar unter: <http://www.indroonline.de/nda.htm>; letzter Zugriff: 07.03.2016.
- Suchan, N.E./ McMahon, T.J./ Zhang, H./ Mayes L.C./Luthar, S. (2006): Substance-abusing mothers and disruptions in child custody: An attachment perspective, in: *Journal of Substance Abuse Treatment* 30: 3, 197-204.
- Wolf, K. (2003): Soziale Arbeit als Kontrolle? Dirty work oder Kontrolle als Ressource. Zum Profil einer sozialpädagogisch legitimierten Kontrolle, online verfügbar unter: http://www.unisiegen.de/fb2/mitarbeiter/wolf/files/download/wissvortraege/soziale_arbeit_als_kontrolle.pdf?origin=publication_detail; letzter Zugriff: 01.03.2016.
- Wolff, R. (2014): Vortrag „Kinder Drogenkonsumierender Eltern“, Vortrag als Video online verfügbar: <https://www.youtube.com/watch?v=eeUAOGP3Hsg>; letzter Zugriff: 29.02.2016.

3.7 | Take-Home-Regularien für Patient_innen in Opioid-Substitutionstherapie (OST) – Problemskizzierung und Änderungsvorschläge zur aktuellen Rechtslage aus Sicht der *Internationalen Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten*

Ralf Gerlach

Zusammenfassung

Die in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) zementierten Take-Home-Regularien sind nicht lebensweltgerecht ausgestaltet. Sie schränken in ihrer konkreten Praxisumsetzung die Mobilität von OST-Patient_innen unnötig streng ein und sanktionieren erreichte Therapieziele. Eine Ausdehnung der zeitlichen Rahmen von Take-Home-Verordnungen ist deshalb dringend geboten.

Einführung

Die *Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten* besteht seit 1998. Sie hält im Auftrag und mit Fördermitteln des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen Patient_innen in OST und deren professionellen Helfer_innen sowie Angehörigen ein breitgefächertes Leistungsspektrum zur Realisierung von Urlaubs- oder beruflich bedingten Reisen ins nahe und ferne Ausland vor. Weltweit ist sie die einzige Stelle, die einen solchen umfangreichen Service auf internationaler Ebene vorhält (Gerlach 2016). Die Koordinationsstelle hat seit ihrer Inbetriebnahme wiederholt Kritik an den mobilitätsrelevanten rechtlichen Rahmenbedingungen vorgetragen (etwa: Gerlach 2004, 2005 und 2009). Ob Inlands- oder Auslandsreisen, die aktuellen Take-Home-Regularien werden dem Bedarf vieler (vor allem erwerbstätiger) Patient_innen und den Zielen der OST nicht gerecht.

Take-Home-Medikation

Eine ärztliche Take-Home-Verordnung bedeutet, dass Patient_innen die Mitnahme eines Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme außerhalb des Praxis-settings ermöglicht wird. Sie ist mit einer Ausgabe eines Rezeptes an die Patient_innen verbunden, die das Rezept bei einer Apotheke einlösen. Take-Home-Medikationen aller gemäß der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verschreibungsfähigen Substanzen zur OST (außer Diamorphin) sind im Inland maximal in einer Menge von sieben Tagesdosen gestattet, bei Auslandsaufenthalten von bis zu 30 Tagesrationen innerhalb von 12 Monaten. Als Voraussetzungen für eine Take-Home-Verordnung benennt die Bundesärztekammer (BÄK) (2010: 514) folgende Stabilitätskriterien:

- Abgeschlossene Einstellungsphase auf ein Substitutionsmittel;
- klinische Stabilisierung der Patient_innen im Therapieverlauf erzielt;
- weitestmöglicher Ausschluss von Selbstgefährdungsrisiken;
- kein Parallelkonsum gesundheitsgefährdender Substanzen;
- Kompliance gegenüber Arztpraxis und psychosozialer Betreuungsstelle (PSB);
- Fortschritte bei der psychosozialen Stabilisierung erreicht;
- keine Hinweise für eine Fremdgefährdung durch Weitergabe des Substituts.

Problemskizzierung: Erwerbstätige OST-Patient_innen – A never ending story?

Ein wesentliches Therapieziel der OST ist die Teilhabe am Erwerbsleben (Bundesärztekammer 2010). Arbeit ist ein wichtiger Faktor zur Steigerung der Lebensqualität auch von OST-Patient_innen (Schmid 2014).

Der Einstieg in die Arbeitswelt ist jedoch gerade für OST-Patient_innen schwierig: „Denn es macht einen Unterschied, ob Beschäftigte an gesellschaftlich akzeptierten oder negativ konnotierten Krankheiten leiden. Dies gilt (...) vor allem auch für Suchterkrankungen“ (Geisen/Gerber 2014: 4). Die OST wird daher meist verheimlicht, um überhaupt einen Job zu erhalten und Kündigungen von Arbeitgeber_innen oder soziale Ausgrenzung durch Kolleg_innen zu vermeiden. Arbeitgeber_innen reagieren in der Regel ablehnend, besonders auch dann, wenn ihnen von ihren Beschäftigten mitgeteilt wird, dass sie keine wohnortfernen oder Auslandsjobs antreten können.

Zum Umfang der Erwerbstätigkeit von OST-Patient_innen in Deutschland liegen Resultate als Teilergebnisse von Forschungsstudien vor. Laut der PREMOS-Studie waren 34% der OST-Patient_innen zum Abschluss der Untersuchung erwerbstätig (Wittchen et al. 2011). Die Berliner Charité-Studie (Gutwinski et al. 2013) gelangte zu einem Anteil von 18,5%. Stöver (2015) berichtet über eine Erwerbstätigenrate von 30% in Baden-Württemberg. Selbst in einer Stadt wie Bremerhaven mit einer der höchsten Arbeitslosenquoten in ganz Deutschland befinden sich 16% der über PSB betreuten OST-Patient_innen in Erwerbstätigkeit (AWO Bremerhaven 2015). Auch wenn spezifische und detaillierte Untersuchungen zur Art der Erwerbstätigkeit (z. B. 1-Euro-Job, zeitlich befristete Arbeit, Teil- und Vollzeitbeschäftigung, Selbständigkeit) und zur Dauer der Beschäftigungsverhältnisse fehlen, so belegen die o. g. Daten, dass

ein nicht unerheblicher Teil der insgesamt 77.200 im deutschen Substitutionsregister erfassten OST-Patient_innen (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2016) am Erwerbsleben teilnimmt und somit ein bedeutendes Rehabilitationsziel erreicht hat.

Je nach Tätigkeitsfeld werden OST-Patient_innen von ihren Arbeitgeber_innen wohnortfern in Deutschland oder auch im Ausland eingesetzt. Aufgrund ihres spezifischen Aufgabenprofils sammelt unsere Koordinationsstelle keine Daten zu wohnortfernen Arbeitseinsätzen im Inland. Bezogen auf alle länderspezifischen Informationsersuche aus Deutschland ist im 10-Jahres-Durchschnitt ein Anteil von 5% beruflich bedingter Auslandsreisen pro Jahr festzustellen (2015 = 4,9%). Dieser Wert ist allerdings nicht generalisierbar und spiegelt nicht das tatsächliche Ausmaß von Auslands-erwerbstätigkeiten deutscher OST-Patient_innen wider. Aus vielen Gesprächen mit Kolleg_innen aus PSB-Stellen und substituierenden Ärzt_innen wissen wir aber, dass auch diese häufig mit der Problematik „OST bei In- und Auslandsarbeit“ konfrontiert sind und – ebenso wie unsere Koordinationsstelle – oft nicht die anvisierte Tätigkeit ermöglichende Lösungen erzielen können. Gründe dafür sind:

Fast nirgendwo auf der Welt gibt es eine flächendeckende OST-Versorgungsstruktur, auch nicht in Deutschland - hier verschlechtert sich die Versorgungslage sogar kontinuierlich. Sowohl im In- als auch im Ausland ist die Fortführung der OST wegen fehlender Angebote am Aufenthaltsort oftmals nicht möglich und (falls doch) nur durch Inkaufnahme weiter Anfahrtswege zur nächstgelegenen Vergabemöglichkeit realisierbar. Selbst wenn die Möglichkeit einer Weiterbehandlung besteht, kommt es vor, dass vor Reiseantritt getroffene Absprachen mit Vergabestellen von diesen nicht eingehalten werden und/oder deren Öffnungszeiten während der Arbeitszeit liegen. Bei Auslandsaufenthalten gibt es weitere Einschränkungen: Länder ohne Zulassung von OST oder bestimmter Substitutionsmittel, Länder mit Pilotprogrammen, die keine ausländischen Patient_innen aufnehmen, sprachliche Barrieren, Verweigerung von Take-Home-Verordnungen trotz Take-Home-Berechtigung im Heimatland (kommt auch im Inland vor) und inadäquate Dosierung aufgrund falscher Berechnung von Äquivalenzdosen oder Medikamentenknappheit (Gerlach 2013). Take-Home-Versorgung ist daher fast unerlässlich.

Berufstätige OST-Patient_innen müssen meist länger als für nur 7 Tage im Inland oder 30 Tage pro Jahr im Ausland zu Arbeitseinsätzen reisen (etwa: Handwerker_innen auf Montage, IT-Spezialist_innen, Reiseleiter_innen, Musiker_innen, LKW-Fahrer_innen, Journalist_innen). Die aktuellen Take-Home-Regularien sind nicht patient_innen- und bedarfsgerecht ausgestaltet. Sie offenbaren sich vor allem deshalb als praxis- und lebensweltfern, weil die im Inland auf 7 Tage begrenzte Take-Home-Möglichkeit (denken wir nur an Montagearbeiten im tiefsten Bayrischen Wald, die Wochenendarbeit einschließen) und die auf 30 Tage pro Jahr beschränkte Mitnahmehöchstdauer von Substitutionsmitteln bei Auslandsreisen berufliche Tätigkeiten von OST-Patient_innen im In- und Ausland oftmals gefährden oder gar verhindern und dadurch Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit und somit ein Abstieg in berufliche und soziale Desintegration droht. Diese Patient_innen haben zwar das wichtige Therapieziel Teilhabe am Arbeitsleben (Voraussetzung dafür ist psychosoziale Stabilität!) erreicht und erfüllen erfahrungsgemäß fast ausnahmslos die o. g. Voraussetzungen für Take-Home-Berechtigung, werden dafür aber durch arbeitsplatz- und existenzgefähr-

dende, den wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht widerspiegelnde gesetzliche Überregulierung „bestraft“. Dies führt in der Praxis dazu, dass erwerbstätige OST-Patient_innen teils gezwungen sind, „kriminell“ zu werden, um ihren Arbeitsplatz nicht zu verlieren (z. B. Beschaffung zusätzlich benötigter Mengen ihres Substitutionsmittels über illegale Quellen und dadurch bedingte erhöhte Gesundheitsgefährdung, Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz und Zollbestimmungen). Darüber hinaus müssen Ärzt_innen gelegentlich nicht erlaubte „Kunstgriffe“ (Gerlach/Meyer-Thompson 2004) anwenden.

Lösungsvorschläge

Die *Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten* hält die Einführung realitätsangepasster, einzelfallflexibel handhabbarer gesetzlicher Take-Home-Regularien aus o. g. Gründen für dringend geboten. Dabei darf es „keine Rolle spielen, ob die Abwesenheit begründet ist durch Arbeits Einsätze an einem anderen Ort oder Urlaub, noch ob es ein Aufenthalt im Ausland oder im Inland ist“ (Backmund et al. 2015, 6). Diese Regularien sollen ausschließlich Anwendung finden bei stabilen Patient_innen, die die o. g. Take-Home-Voraussetzungen der BÄK erfüllen, d. h. psychisch und gesundheitlich stabilisiert und sozial (und idealiter auch erwerbstätig) integriert sind und keinen Parallelkonsum gesundheitsgefährdender Substanzen betreiben. Zurzeit gibt es Vorschläge zu einer Änderung des die OST primär abdeckenden § 5 der BtMVV (Meyer-Thompson 2013, 2015). Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt eine Reformierung der BtMVV (Deutscher Bundestag 2015: 36) – ein Entwurf des BMG wird im April 2016 vorgelegt werden. Wir begrüßen ausdrücklich die Forderung nach einer Ausweitung der nationalen Take-Home-Grenze von 7 auf bis zu 30 Tage, denn es erscheint uns unlogisch und nicht nachvollziehbar, warum stabile Patient_innen z. B. für einen Wanderurlaub in Irland maximal 30 Tagesrationen ihres Substitutionsmittels mitführen dürfen, aber nicht, wenn sie in den Schwarzwald zum Zelten fahren oder sich auf Montagetätigkeit im Gebiet der Mecklenburgischen Seenplatte befinden. Bedenken gegenüber großen mitgeführten Take-Home-Mengen an Substitutionsmitteln im Inland, z. B. im Falle eines 28-tägigen wohnortfernen Aufenthaltes, könnte dadurch begegnet werden, dass die Patient_innen mehrere Rezepte mit je einer 7-Tage-Verschreibung ausgehändigt bekommen, die einzeln jeweils nach 7 Tagen eingelöst werden dürfen.

Leider beziehen sich alle vorliegenden Vorschläge zu einer BtMVV-Reformierung ausschließlich auf die Ausweitung des zeitlichen Rahmens von Take-Home-Verordnungen im Inland. Dies greift auf Grund der o. g. skizzierten Problemlagen zu kurz. Eine von uns bereits seit Jahren für notwendig erachtete Änderung der Take-Home-Regularien in Richtung einer zeitlichen Ausdehnung der Verschreibungsmöglichkeiten bei Auslandsaufenthalten bleibt bisher leider allseits unberücksichtigt. Erwerbstätigen Patient_innen muss jedoch ermöglicht werden, entsprechend der Häufigkeit und Dauer ihrer Auslands-Arbeitseinsätze mit Take-Home-Medikation versorgt zu werden – etwa: 2 x 30, 4 x 15, 3 x 20 Tage, plus 30 Tage für Urlaubsreisen. Allerdings: Generell sollte allen stabilen Patient_innen die Möglichkeit gewährt werden, mit Take-Home-

Gaben in Urlaub fahren zu dürfen, egal wohin und nicht nur für 30 Tage innerhalb von 12 Monaten – mit BtM-rezeptpflichtigen Medikamenten versorgte Schmerzpatient_innen z. B. dürfen das auch, und zwar sogar ohne „Stabilitätsüberprüfung“. Im Übrigen: Über die Häufigkeit und Dauer von Take-Home-Verordnungen sollten keine Paragraphen, sondern nur die behandelnden Ärzt_innen unter Einbezug der Patient_innen und einer PSB-Stelle auf der Grundlage der BÄK-Richtlinien entscheiden dürfen. Wir vertreten die Auffassung, dass allein die Erfüllung der BÄK-Stabilitätskriterien Take-Home-Medikation bereits rechtfertigt. Die zuständigen Betäubungsmittel-Überwachungsbehörden erhalten eine formlose ärztliche Mitteilung oder codierte Daten mittels eines Standardformulars

Einfache Lösungen, vielleicht zu einfach gedacht, um Bürokratismus, Interessenkonflikte und Gedankengefängnisse zu knacken? Wir meinen: nein!

Literatur

- AWO Bremerhaven (2015): Suchtberatungszentrum, Psychosoziale Betreuung, Kontaktladen „Jump In“ – Jahresberichte 2014, Bremerhaven, online verfügbar unter: <http://www.awo-bremerhaven.de/fileadmin/webdaten/pdf/bhv/jahresberichte2014.pdf>; letzter Zugriff: 09.02.2016.
- Backmund, M. et al. (2015): BtMVV-Novellierung – Weiterentwicklungs-Vorschläge aus der Substitutionspraxis. Das Recht muss der Wissenschaft folgen, online verfügbar unter: http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-info_102/Eckppapier_BtMVV_19082015_FINAL.pdf; letzter Zugriff: 09.02.2016.
- Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV): online verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/BJNR008000998.html; letzter Zugriff: 13.03.2016.
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituti-onsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (Stand: 19. Februar 2010), in: Deutsches Ärzteblatt 107: 11, 511-516.
- Bundesopiumstelle (2016): Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2016, online verfügbar unter: http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=11; letzter Zugriff: 09.02.2016.
- Deutscher Bundestag (2015): Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 21. bis 30. Dezember 2015 eingegangenen Antworten der Bundesregierung (Drucksache 18/7181 vom 30.12.2015), Berlin.
- Geisen, T./Gerber, U. (2014): Sucht als Herausforderung für die Arbeitsintegration, in: Suchtmagazin 40: 5, 4-9.
- Gerlach, R. (2004): Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten – Skizzierung der Arbeit der ersten fünf Jahre, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hrsg.): DrogenLeben – Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik, Berlin, 67-76.
- Gerlach, R. (2005): Inlands- und Auslandsreisen unter Substitutionstherapie, in: Gerlach, R./Stöver, H. (Hrsg.): Vom Tabu zur Normalität - 20 Jahre Substitution in Deutschland, Freiburg, 313-317.
- Gerlach, R. (2009): Take-Home-Verordnungen von Substitutionsmitteln für Opiatabhängige bei Auslandsreisen – Positionsbestimmung und Änderungsvorschläge zur aktuellen Rechtslage, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hrsg.): Drogenhilfe und Drogenpolitik, Berlin, 147-153.
- Gerlach, R. (2013): „Auf der Terrasse gibt's nur Könnchen“. Oder: Heute so, morgen so. Ein kritischer Beitrag zur aktuellen Take-Home-Versorgung opioidsubstituierter Menschen in Deutschland. Präsentation beim 2. Lehrter Fachtag „Sucht: Substitution“ am 11. September 2013, online verfügbar unter: www.indro-online.de/gerlachlehrte2013.pdf; letzter Zugriff: 13.03.2016.

- Gerlach, R. (2016): Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslands-reisen von Substitutionspatienten. Jahresbericht für 2015, Münster, online verfügbar unter: www.indro-online.de/jbreise2016.pdf; letzter Zugriff: 23.02.2016.
- Gerlach, R./Meyer-Thompson, H.-G. (2004): Substitutionspatienten auf Reisen – was gilt es zu beachten? Ein Wegweiser für Patienten, Eltern, Ärzte und Beratungsstellen, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hrsg.): DrogenLeben – Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik, Berlin, 77-90.
- Gutwinski, S. et al. (2013): Substitutumitgabe bei Opiatabhängigkeit, in: Deutsches Ärzteblatt 110, 23-24.
- Meyer-Thompson, H.G. (2013): Das Substitutionsrecht auf die Füße stellen! Die BtMVV-Änderungsinitiative der DGS nimmt Fahrt auf, in: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 15, 49-50.
- Meyer-Thompson, H.G. (2015): Die Reform des Substitutionsrechts – Der Stand der Dinge (Vortrag bei der 4. Nationalen Substitutionskonferenz am 9. Dezember 2015 in Berlin), online verfügbar unter: www.alternative-drogenpolitik.de/2016/01/04/die-reform-des-substitutionsrechts-der-stand-der-dinge/; letzter Zugriff: 21.03.2015.
- Schmid, O. (2014): Einfluss einer Substitutionsbehandlung auf die Lebensqualität, München.
- Stöver, H. (2015): Substitution und berufliche Teilhabe (Vortrag beim 28. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V.), online verfügbar unter: http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veranstaltungen/28.%20Heidelberger%20Kongress/Beitraege/2015_F5_Stoeve.pdf; letzter Zugriff: 09.02.2016.
- Wittchen, H.-U. et al. (2011): Der Verlauf und Ausgang von Substitutionspatienten unter den aktuellen Bedingungen der deutschen Substitutionsversorgung nach 6 Jahren, in: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 13, 232-246.

3.8 | Rauchen für die schwarze Null – Hochglanz und Elend der Tabakkontrolle in Deutschland

Dietmar Jazbinsek

Zusammenfassung

Was gesetzliche Maßnahmen zur Tabakprävention betrifft, gehört Deutschland zu den Schlusslichtern der westlichen Welt. Daran wird auch die Einführung bildlicher Warnhinweise (ab Mai 2016) und das Verbot der Außenwerbung (ab Juli 2020) nichts ändern. Allen Aufklärungskampagnen zum Trotz rauchten 2014 immer noch 40% der jungen Erwachsenen. Die Zigarette wird daher auch in Zukunft mehr Todesopfer fordern als alle anderen Drogen. Das spricht für eine Neubewertung der E-Zigarette, die zu einer deutlichen Schadensminimierung beitragen könnte – insbesondere in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.

Wer einen Blick in den letzten Drogenbericht der Bundesregierung wirft, könnte den Eindruck bekommen, dass die Raucher_innen in Deutschland vom Aussterben bedroht sind. Und dies nicht aus naheliegenden Gründen wie Lungenkrebs oder Herzinfarkt, sondern deshalb, weil der Anteil der Rauchenden unter den Kindern und Jugendlichen beständig abnimmt. Das besagen zumindest Umfragedaten, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) erhoben wurden und von Gesundheitspolitiker_innen oft und gerne zitiert werden. Demnach ist der Anteil der rauchenden 12- bis 17-jährigen von 27,5% im Jahr 2001 auf 9,7% im Jahr 2014 gesunken (Orth/Töppich 2015). Sollte sich dieser Trend bewahrheiten und anhalten, gibt es spätestens im Jahr 2023 keine minderjährigen Zigarettenkonsument_innen mehr in Deutschland. Im Drogenbericht der Bundesregierung ist von „vielfältigen Maßnahmen“ die Rede, die zu dieser Entwicklung beigetragen haben sollen. Besonders hervorgehoben werden die „Rauchfrei“-Programme der BZgA und der Wettbewerb für rauchfreie Schulen „Be smart, don’t start“ (Drogenbeauftragte 2015: 148-153). Dabei handelt es sich um Aufklärungskampagnen, die auf Plakate, Broschüren, Online-Angebote, Telefonberatung und Gewinnspiele setzen, um Jugendliche vom Rauchen abzuhalten.

Man könnte meinen, dass die Tabakindustrie entsetzt ist über die drohende Entwurzelung ihres Kundenstamms. Doch das Gegenteil ist der Fall: Firmen wie der Marlboro-Produzent Philip Morris oder Imperial Tobacco, der Mutterkonzern von Reemtsma, sind regelrecht begeistert von dem, was sie das „deutsche Modell“ der Tabakprävention nennen. Nachzulesen ist dies unter anderem in Stellungnahmen der beiden Firmen aus den Jahren 2013 und 2014 (Pötschke-Langer 2014). Die Politiker_innen in Irland und Großbritannien sollten sich am Erfolg der deutschen Erziehungsprogram-

me orientieren, statt über Einheitsverpackungen für Zigaretten und andere Zwangsmaßnahmen nachzudenken, heißt es darin. Doch die Großkonzerne haben die Jugend-Kampagnen nicht nur propagiert, sondern auch mitfinanziert: Als die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ihr „Rauchfrei“-Programm 2003 auf den Weg brachte, stammte das Startkapital in Höhe von 11,8 Mio. Euro vom deutschen Branchenverband der Tabakindustrie. Das russische Pendant zu ‚Be smart, don’t start‘ wurde lange Zeit von British American Tobacco und anderen Zigarettenherstellern bezahlt. Die Tabakunternehmen tun dies, weil sie aus Erfahrung wissen, was die Meta-Analysen des Cochrane-Instituts statistisch belegen: dass nämlich die herkömmlichen Kampagnen zur Aufklärung von Jugendlichen über die Gefahren des Rauchens keinen großen Einfluss auf das Rauchverhalten haben (Brinn et al. 2010).

Auch die eingangs erwähnten Erfolge des „deutschen Modells“ verlieren an Glanz, wenn man die dazugehörigen Daten der BZgA einmal genauer in den Blick nimmt. Auf einen Makel weisen die Studienautoren von sich aus hin: Die Angabe von 9,7% rauchenden Jugendlichen bezieht sich ausschließlich auf diejenigen Teilnehmer, die per Festnetz an der Telefonbefragung teilgenommen haben (Orth/Töppich 2015: 13f.). 2014 wurden aber zum ersten Mal 30% der Befragten per Mobiltelefon interviewt. Bezieht man deren Daten mit ein, steigt die Rauchprävalenz an. Das ist durchaus plausibel: Jugendliche, die heimlich rauchen, werden dies am Telefon nicht unbedingt zugeben, wenn sie befürchten müssen, dass ihre Eltern oder Geschwister mithören. Darüber hinaus sind die Daten von der BZgA 2014 zum ersten Mal nach dem Bildungsstatus der Befragten gewichtet worden. Bezieht man die Bildungsgewichtung mit ein, sinkt der Anteil der Student_innen und Gymnasiast_innen innerhalb der Stichprobe, was die Rauchprävalenz noch einmal erhöht. Sie liegt tatsächlich bei 12,1% der 12- bis 17-Jährigen. Doch es kommt noch ein anderes Manko hinzu: Laut BZgA war die Rauchprävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen im Jahr 2014 mit 39,8% gut dreimal so hoch wie in der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen. Wie es zu dieser Diskrepanz des Rauchverhaltens zwischen den Gruppen der Unter-18-Jährigen und der Über-18-Jährigen kommt, darüber schweigt sich die Bundeszentrale aus. Zwei denkbare Erklärungen liegen auf der Hand: 1.) Die Jugend-Programme wirken, aber sie wirken nicht nachhaltig. Darauf deuten die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hin (KIGSS; siehe Kuntz / Lampert 2016). Vergleicht man die Daten der Basiserhebung (2003 bis 2006) mit denen der Folgerhebung (2009 bis 2012), dann fällt auf, dass die Zahl der Raucher_innen bei den 16-Jährigen sehr viel deutlicher zurückgegangen ist als bei den 17-Jährigen. 2.) Die Jugend-Programme wirken, aber sie wirken anders als gedacht: Die Programme erinnern die Minderjährigen daran, dass sie seit September 2007 offiziell gar keine Zigaretten kaufen dürfen, und es deshalb klüger ist, das eigene Rauchverhalten gegenüber Erwachsenen zu verbergen – und zwar nicht nur zu Hause, sondern auch in Umfragen.

Bei den Über-25-Jährigen fällt die Erfolgsbilanz der Tabakprävention in Deutschland noch magerer aus. Zieht man die Gesundheitssurveys vom Robert Koch-Institut zu Rate, dann hat sich der Anteil der rauchenden Frauen in den letzten zwei Jahrzehnten (1990/1992 bis 2012) von 26,7% auf 28,4% erhöht, während der Anteil der rauchenden Männer von 39,5% auf 34,9% zurückgegangen ist (Drogenbeauftragte 2015: 28). Doch die Erfolge der Tabakprävention haben noch einen weiteren Makel: Sie sind nicht nur geringer, als es die Hochglanzpublikationen der Gesundheitspolitik

suggestieren, sie sind auch sozial ungleich verteilt. Die wachsende Zahl von Nie- und Ex-Rauchern rekrutiert sich vor allem aus Bevölkerungsgruppen mit einem relativ hohen Bildungsabschluss und einem überdurchschnittlichen Einkommen. In den bildungsfernen und einkommensschwachen Gruppen der Bevölkerung dagegen wird geraucht wie eh und je. Die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung lassen sich – auch dies zeigen die Daten des Robert Koch-Instituts – unter anderem auf den Umstand zurückführen, dass die Zigarette (anders als der Alkohol) zur Droge der Unterschicht geworden ist (Lampert / Kroll 2014). Es sind die Auszubildenden und die Langzeitarbeitslosen, die gering Qualifizierten und die prekär Beschäftigten, die am meisten rauchen und am wenigsten durch Plakate zum Nikotinverzicht zu motivieren sind. Wirksamer – auch und gerade bei Jugendlichen und sozial Benachteiligten – sind dagegen die Instrumente der Verhältnisprävention, also Steuererhöhungen, Rauchverbote, Verkaufs- oder Werbebeschränkungen und andere allgemein verbindliche Regelungen zum Gesundheitsschutz.

Doch gerade auf diesem Gebiet, bei der gesetzlichen Regulierung der Zigarettenproduktion und des Zigarettenkonsums, zeichnet sich die Präventionspolitik in Deutschland durch eine Haltung aus, die man als wild entschlossene Halbherzigkeit kennzeichnen kann. Zwar ist die Tabaksteuer seit 2010 jedes Jahr erhöht worden, das aber nur in kleinen, für den Verbraucher kaum spürbaren Cent-Schritten. Zwar gibt es in Bayern, Nordrhein-Westfalen und im Saarland einen einigermaßen flächendeckenden Nichtraucherschutz, doch in allen anderen Bundesländern wird in den meisten Studentenkneipen, Festzelten, Spielhallen, Bars und Diskotheken munter weitergequalmt. Zwar mussten die Zigarettenautomaten mit einem Lesegerät zwecks Altersnachweis ausgerüstet werden – dafür sind sie auch heute noch im Stadtbild allgegenwärtig. In Deutschland gibt es derzeit rund 330.000 solcher Automaten, das ist ein einsamer Weltrekord. Und im Gegensatz zu fast allen anderen Industriestaaten ist hierzulande die Außen- und Kinowerbung für Tabakprodukte immer noch erlaubt. Zwar hat das Bundeskabinett im April 2016 ein strengeres Werbeverbot auf den Weg gebracht. Das soll aber erst im Juli 2020 in Kraft treten und auf keinen Fall die Bereiche Promotion und Eventmarketing umfassen. Damit bleiben genau diejenigen Werbe-Aktionen weiter erlaubt, in die die Tabakindustrie das meiste Geld investiert (Drogenbeauftragte 2015: 266).

Zählt man alle Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention zusammen, landet Deutschland auf dem vorletzten Platz bei der Tabakkontrolle in Europa, knapp vor dem Schlusslicht Österreich (Joossens/Raw 2013). Auf Platz 1 der sog. Tabakkontroll-Skala steht Großbritannien, das dem Schutz vor den Gefahren des Rauchens traditionell großes Gewicht beimisst und wo es einen deutlicheren Rückgang der Rauchprävalenz gegeben hat als bei uns. Doch trotz hoher Tabaksteuern, der Kostenerstattung beim Kauf von Nikotinersatzprodukten und ähnlicher Regelungen ist der Anteil der Raucher an der Gesamtbevölkerung in Großbritannien mit rund 22% immer noch hoch. Deshalb haben sich namhafte britische Gesundheitsexpert_innen und Gesundheitspolitiker_innen dafür ausgesprochen, die E-Zigarette als Gelegenheit zur Schadensminimierung („harm reduction“) zu nutzen und denjenigen Raucher_innen als Alternative zu empfehlen, die von ihrer Nikotinabhängigkeit nicht loskommen können oder wollen (vgl. Ash UK 2016).

In Deutschland dagegen erwecken die zuständigen Fachpolitiker_innen und Expert_innen den Eindruck, als seien Zigaretten und E-Zigaretten vom Gefahrenpotential her vergleichbar und müssten daher auch in gleicher Weise reguliert werden. Die Stabsstelle Krebsprävention am Deutschen Krebsforschungszentrum hat in den vergangenen Jahren eine Serie von Stellungnahmen abgegeben, die den nachweisbaren Nutzen der E-Zigarette für die Tabakentwöhnung in Zweifel ziehen und deren hypothetische Risiken zu Gewissheiten stilisieren. Eine dieser Schreckensvisionen heißt Gateway-Hypothese und besagt, dass die E-Zigarette zur „Einstiegsdroge“ werden könnte, die Kinder und Jugendliche zum Rauchen von richtigen Zigaretten verführt. Auch wenn es hierfür keine belastbare Datenbasis gibt, ist es gesundheitspolitisch sinnvoll, Minderjährigen das Dampfen zu verbieten. Der Verband des E-Zigarettenhandels hat solch ein Verbot schon vor Jahren gefordert. Als das Bundeskabinett im November 2015 endlich eine entsprechende Änderung des Jugendschutzgesetzes auf den Weg brachte, begründete Bundesfamilienministerin Manuela Schwesig diesen Schritt mit dem Hinweis, E-Zigaretten seien „genauso schädlich wie ganz normale Zigaretten.“ Man kann nur mutmaßen, wie viele Raucher_innen in Deutschland durch solche regierungsamtlichen Fehltritte davon abgehalten werden, auf die sehr viel weniger schädliche E-Zigarette umzusteigen.

Wer der Frage nachgeht, wie es zu der Mischung aus Alibi-Aktionismus und Ignoranz kommen konnte, die für die hiesige Tabakkontrolle charakteristisch ist, landet früher oder später bei der Tabaklobby. Deren Einfluss ist in Deutschland offenkundig weitaus größer als in den meisten anderen westlichen Demokratien (Jazbinsek 2015). Zwar übten sich auch deutsche Politiker_innen eine Zeit lang in Zurückhaltung, nachdem Ende der 1990er Jahre Millionen interner Industriedokumente publik wurden und offenbarten, wie dreist die Tabakbranche die Öffentlichkeit hinsichtlich der Gefahren des Aktiv- und Passivrauchens in die Irre geführt hat. Doch diese Schamfrist ist längst verstrichen. Die Parteien der großen Koalition haben heute keinerlei Hemmungen, Sponsorengelder von Japan Tobacco International, Philip Morris oder dem Deutschen Zigarettenverband anzunehmen, was zuletzt Ende 2015 auf dem CDU-Parteitag in Karlsruhe und dem SPD-Parteitag in Berlin der Fall war. Und als im letzten Jahr über die Umsetzung der neuen EU-Richtlinie für Tabakprodukte debattiert wurde, machten sich Spitzenpolitiker wie die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer (SPD) oder der langjährige Staatssekretär Hartmut Koschyk (CSU) auf den Weg in die heimischen Zigarettenfabriken, um sich die Sorgen und Nöte der Industrie angesichts der geplanten Einführung bildlicher Warnhinweise anzuhören. Zwar haben es die Konzerne diesmal nicht geschafft, die große Koalition zur juristischen Anfechtung der EU-Vorgaben zu bewegen (das hatten die schwarz-gelben und die rot-grünen Bundesregierungen bei der vorangegangenen Tabakrichtlinie getan). Sie können jedoch als Erfolg verbuchen, dass es in Deutschland auf absehbare Zeit keine Einheitsverpackungen für Zigaretten geben wird. In Frankreich, Großbritannien und Irland werden sie ab Mai 2016 eingeführt.

Für die besondere Nähe der Tabaklobby zu den Entscheidungsträgern in der deutschen Politik gibt es knapp 15 Milliarden Gründe: So viele Euros hat der Fiskus im vergangenen Jahr dank der Tabaksteuer eingenommen. In einem Land, in dem ein ausgeglichener Haushalt zu den obersten Staatszielen gehört, sind Maßnahmen zur Tabakkontrolle nur dann politisch durchsetzbar, wenn sie die Einnahmen durch die

Tabaksteuer nicht gefährden. Pointiert formuliert: In der Mathematik der Finanzpolitik zählt die „schwarze Null“ mehr als die über 100.000 Bundesbürger_innen, die jedes Jahr an den Folgen des Rauchens sterben.

Auf die Frage, wie es unter solchen Rahmenbedingungen weitergehen kann mit der Tabakprävention in Deutschland, gibt es eine optimistische und eine pessimistische Antwort. Der optimistische Ausblick setzt voraus, dass es durch irgendein Ereignis zu einer Trendwende in der Präventionspolitik kommt. Auslöser könnte beispielsweise sein, dass Deutschland auf den allerletzten Platz der europäischen Tabakkontroll-Skala abrutscht, weil in Österreich 2018 die rauchfreie Gastronomie eingeführt wird. Für den Fall einer Trendwende erscheinen mir folgende Maßnahmen vordringlich:

- der Verzicht der politischen Parteien auf sämtliche Zuwendungen von Seiten der Zigarettenkonzerne, um die Glaubwürdigkeit der Gesundheitspolitik wiederherzustellen;
- eine unabhängige und ergebnisoffene Evaluation von verhaltensorientierten Programmen wie „Rauchfrei“ oder „Be smart, don’t start“;
- die strengere Regulierung aller Tabakprodukte, z.B. durch ein Werbeverbot, das Tabakreklame auf Musikfestivals, Hochschulpartys und anderen jugendaffinen Veranstaltungen miteinschließt;
- die regulatorische Privilegierung der E-Zigarette gegenüber der herkömmlichen Zigarette, z.B. durch die Umwandlung der noch vorhandenen Raucherräume in „Dampferräume“.

Die pessimistische Antwort auf die Frage nach den Perspektiven der Tabakprävention geht davon aus, dass die Freihandelsabkommen TTIP und CETA zu einem Abschluss gebracht werden und in Kraft treten. Dann könnten ausländische Investoren die Paralleljustiz eines Schiedsgerichts oder Handelsgerichtshofs in Anspruch nehmen und gegen ihnen unliebsame Gesetze klagen. Die Tabakindustrie hat in der Vergangenheit vorgeführt, wie sich bilaterale und multilaterale Handelsabkommen nutzen lassen, um Regierungen einzuschüchtern und Gesundheitsgesetze zu Fall zu bringen (Jazbinsek 2016). Die Mitgliedsstaaten des transpazifischen Freihandelsabkommens TPP haben deshalb vereinbart, den Handel mit Tabakprodukten aus dem Schiedsgerichtsverfahren auszuschließen. Vertreter_innen der Tabaklobby bemühen sich derzeit intensiv darum, eine vergleichbare Ausschlussklausel in den Freihandelsabkommen mit EU-Beteiligung zu verhindern. Im Moment sieht es danach aus, als hätten sie damit Erfolg.

Literatur

- Ash UK – Action on smoking and health (2016): Electronic cigarettes, online verfügbar unter: http://ash.org.uk/files/documents/ASH_715.pdf; letzter Zugriff: 30.03.2016.
- Brinn, M.P./Carson, K.V./Esterman, A.J./Chang, A.B./Smith, B.J. (2010): Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015): Drogen- und Suchtbericht 2015, Berlin.
- Jazbinsek, D. (2015): Totgesagte leben länger. Über die Lobbyarbeit der Tabakindustrie, in: Speth, R./Zimmer, A. (Hrsg.): Lobby Work. Interessenvertretung als Politikgestaltung, Wiesbaden, 343-356.

- Jazbinsek, D. (2016): Freihandelsabkommen und Tabakkontrolle – eine Zwischenbilanz, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2016, Lengerich, 217-230.
- Joossens, L./Raw, M. (2013): The tobacco control scale 2013 in Europe, Brüssel.
- Kuntz, B./Lampert, T. (2016): Tabakkonsum und Passivrauchbelastung bei Jugendlichen in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt 113: 3, 23-30.
- Lampert, T./Kroll, L. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, GBE kompakt 5 (2).
- Orth, B./Töppich, J. (2015): Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativbefragung und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Pötschke-Langer, M. (2014): The ‚German Model‘ in Tobacco Prevention – Made by Imperial Tobacco and Philip Morris, in: Sucht 60: 65-68.

3.9 | Drogenphobie, Drogenfreiheit und die kulturelle Seite des Phänomens

Michael Kleim

Zusammenfassung

Der Mit-Autor der Ausstellung „Drogenkultur – Kulturdrogen“ vergleicht die gegenwärtige Prohibition mit historischen Religionsgesetzen und plädiert für einen Umgang mit dem gesellschaftlichen Phänomen „Drogengebrauch“, der die Mündigkeit von Bürger_innen achtet und die kulturelle Dimension bewusst einbezieht.

„Denn alles, was Gott geschaffen hat, ist gut, und nichts ist verwerflich, was mit Danksagung empfangen wird“ – 1.Tim. 4

Es gab eine Zeit, als die Obrigkeit im Auftrag der Kirchen meinte, sie müsse durchsetzen, was Menschen glauben dürften und was nicht. Andersgläubigkeit oder gar Nichtgläubigkeit wurde kriminalisiert und verfolgt. Es gab Sondergesetze, Sonderermittlungsbehörden und Sondergerichte. Die Gewalt des Staates in Sachen Religion nahm Formen des Terrors an. Dann weichte die Sache schrittweise auf und es galt: *„Cuius regio, eius religio“* – wobei die jeweilige Landesmacht bestimmte, welche Religion zugestanden wurde. So gab es protestantische, katholische, sunnitische und schiitische Gebiete. Dagegen entstand eine zivile Oppositionsbewegung, die sich für eine umfassende Gewissensentscheidung jedes Einzelnen und jeder Einzelnen einsetzte. Die Niederlande unter Willem von Oranje waren eines der ersten Länder, in denen sich einstige Ketzer_innen, Täufer_innen als auch jüdische Menschen ohne Angst vor Verfolgung niederlassen konnten. Die Religionsfreiheit wurde unter großen Anstrengungen den Herrschenden abgerungen und sie stellt eine bedeutende zivilisatorische Errungenschaft dar. Jeder Mensch entscheidet frei, welchen Glauben er wählen oder ob er keiner Religion angehören will. Die Religionsfreiheit wurde in den Kanon der Menschenrechte aufgenommen und ist in jeder demokratischen Verfassung verankert.

Drogenpolitisch befinden wir uns noch in dem voraufklärerischen Zustand eines *„Cuius regio, eius pharmaca“*. Der bevormundende Staat will entscheiden, welche Drogen seine Untertanen nutzen dürfen und welche nicht. Dabei regeln dies Landesregierungen je nach Lust und Laune. Sie ist in den meisten muslimischen Ländern Alkohol kriminalisiert. In Bolivien wurde Koka relegalisiert, während weltweit sogar der harmlose Mate de Coca strafbewehrt ist. Psychoaktiver Hanfgebrauch ist ohne Verfolgung unter anderem in Uruguay, Colorado und in den Niederlanden möglich, doch in Saudi-Arabien, Vietnam oder Iran können Menschen wegen Besitz größerer Mengen hingerichtet werden.

Die Drogenverbote sollen in inquisitorischer Tradition mit Sondergesetzen, Sonderermittlungsbehörden und Sondergerichten durchgesetzt werden. Die Gewalt des Staates in Sachen „Prohibition“ nimmt global Formen von Krieg und Terror an.

Um nur ein paar Beispiele dafür anzureißen:

- In Südostasien betreiben mehrere Staaten Arbeitslager, in denen drogengebrauchende Menschen zum Teil ohne Urteil unter unwürdigen Bedingungen interniert werden (Human Rights Watch (Hrsg.) 2010, 2011a, 2011b, 2013)
- In Frankreich wurde der Einsatz von Militär im Kampf gegen Drogenhandel ernsthaft diskutiert (Balmer 2012)
- In Deutschland nimmt die Telefonüberwachung – ein für ein demokratisches Land gravierender Eingriff in geschützte Grundrechte – in Zusammenhang mit der sog. Betäubungsmittelkriminalität stetig zu. (Cousto 2014)
- In unserem Land wurde für längere Zeit trotz deutlicher Kritik von Menschenrechtsverbänden an der Praxis der Brechmittelvergabe, einer grausamen Form von Folter, festgehalten und erst nach zwei Todesfällen und der Verurteilung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte aufgegeben. (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2006)

Wenn Menschen allein aus dem einen Grund, weil sie sich für eine bestimmte psychoaktive Substanz entschieden haben, ausgegrenzt und kriminalisiert werden und wenn Menschen allein aus dem einen Grund, weil Drogengebrauch zu ihrer Lebenskultur dazugehört, künstlich erzeugten Gesundheitsrisiken ausgesetzt oder gar in den Tod getrieben werden, dann haben wir es mit einer Form gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit zu tun. Prohibition stellt eine Spielart gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit dar.

Das Drogenverbot verteidigt weder Gesundheits- noch Jugendschutz, sondern vertritt eine prinzipiell abwertende Ideologie gegenüber bestimmten, willkürlich festgelegten Formen des Drogengebrauchs. Die Prohibition steht nicht in der Tradition der Aufklärung, sondern der Inquisition. Ihr liegen keine rationalen Entscheidungen, sondern vielmehr Irrationalität, Anmaßung und Angst zugrunde. Ich möchte hier, in Entsprechung anderer gesellschaftlicher Phänomene, von Drogenphobie sprechen.

Systematische Menschenrechtsverletzungen und eine Destabilisierung der Demokratie sind wesentliche Folge einer Politik der Prohibition. Aus diesem Grund stellt die Frage nach der Überwindung der Prohibition keinen Nebenaspekt der Politik dar, sondern berührt wesentliche, existentielle Aspekte unserer Gesellschaft. Auch Menschen, denen die Frage nach Drogengebrauch nebensächlich erscheint, sollten anfangen, sich mit Drogenpolitik zu beschäftigen. Deshalb ist die Forderung nach Drogenfreiheit eine existentielle Forderung unserer Zeit. Drogenfreiheit verstehe ich dabei im Bedeutungssinn analog zur Religionsfreiheit; das bedeutet, dass der Staat nicht zu entscheiden hat, ob und welche Drogen seine Bürger_innen nutzen. Die Menschen müssen als mündige Bürger_innen diese Entscheidung selbst fällen dürfen. Die Dauerrepression des Staates in Richtung selektiver Abstinenz muss durch ein System geregelter, kontrollierter Abgabe unter Maßgabe von Jugend- und Konsumentenschutz ersetzt werden.

In der Wahrnehmung von Drogengebrauch beherrschen juristische, politische, medizinische und problemfixierte Sichtweisen die öffentliche Auseinandersetzung. Eine entscheidende Möglichkeit, offener und kompetenter an die Sache heranzugehen,

besteht darin, Drogengebrauch wieder als ein kulturelles Phänomen ernst zu nehmen. Der Gebrauch psychoaktiver Drogen durchzieht die gesamte Geschichte der Menschheit. Anwendung fanden sie vor allem innerhalb der Medizin, im religiösen Kontext und als Genussmittel. Die entscheidenden Fragen lauten: Welche Stellung und Rolle haben Drogen in Alltag, Religion und Ritus? Dabei war es geschichtlich und territorial unterschiedlich, wie der Umgang mit Rausch und Rauschmitteln konkret gestaltet wurde. Es wurden sehr differenzierte Verhaltensweisen, Regeln und Rituale entwickelt, um Drogen kulturell einbinden und somit potentielle Risiken und Gefahren reduzieren zu können. Eine solche kulturelle Integration führte dann zu einer Wechselwirkung zwischen Drogengebrauch und Kultur. Diesen kulturellen Aspekt, der in der aktuellen Diskussion oft übersehen wird, wieder mehr in den Blick zu bringen und damit einen Beitrag zum besseren Verständnis für das Phänomen Drogen zu leisten, fühlt sich die Ausstellung der Heinrich-Böll-Stiftung „Drogenkultur – Kulturdrogen“ verpflichtet.

Die Wahrnehmung von Drogengebrauch als einen Faktor menschlicher Kultur hilft dabei auf vier Ebenen:

1. Wir können lernen, Drogengebrauch als Realität anzuerkennen und die Wirklichkeit so zu akzeptieren, wie sie ist. Das kann helfen, uns von der Illusion bzw. Ideologie einer rein abstinenz orientierten Gesellschaft zu verabschieden. Das wiederum macht frei, unsere Energie darauf zu konzentrieren, vernünftige Formen schadensminimierender Regulierung zu entwickeln.
2. Wir können lernen, Drogengebrauch besser zu verstehen. Weshalb nehmen Menschen Drogen? Was erwarten sie davon, was nicht? Welche Funktion nehmen Drogen ein? Welche Rolle spielen Drogen im Leben Einzelner oder Gruppen? Entscheidend wird auch sein, dass wir in der Gesellschaft nicht über, sondern vor allem mit Drogengebraucher_innen reden. Ein solcher Dialog kann nur dann gelingen, wenn die Kriminalisierung beendet wird.
3. Ein besseres Verständnis für Drogengebrauch hilft, sachgerechter und gezielter mit dieser Wirklichkeit in unserer Gesellschaft umzugehen. Dann können wir auch neue Modelle finden, bei denen Drogengebrauch und Drogengebrauchende sozial als auch kulturell integriert werden. Es können sich offen Formen des Gebrauchs entwickeln, die vorhandene Risiken minimieren. Wenn Menschen mit sich und ihrem Drogengebrauch Probleme bekommen, dann erwartet sie keine Strafe, sondern Hilfe im geschützten Rahmen.
4. Ohne Kenntnis der kulturellen Bedeutung von Drogengebrauch ist auch keine qualifizierte Prävention möglich. Wenn wir nachvollziehen können, was hinter Drogengebrauch steckt, was Menschen damit verbinden, was er ihnen bedeutet, erst dann können wir auch professionell und gezielt notwendige, sinnvolle Prävention gestalten.

In Wissenschaft und Medien gibt es eine ganze Reihe qualifizierter Darstellungen und Analysen der gesellschaftlichen Bedeutung von Drogenkultur, z.B. den Sammelband „Rausch und Realität“ (Völger (Hrsg.) 1981), die Monographie „Vom Rausch im Orient und Okzident“ (Gelpke 1995), die Dissertation „Unwerter Genuss“ (Kamphausen 2009) und aktuell die Ausstellung „Drogenkultur - Kulturdrogen“ (Heinrich Böll Stiftung (Hrsg.) 2013). Lediglich die Politik sperrt sich gegen eine sachliche und

differenzierte Sichtweise auf Drogenkultur. Wenn es kein Alkohol ist, sei es „kultur-fremd“, so die vorherrschende, wie auch falsche Meinung. Es wird Zeit, dass sich dies ändert, denn nur eine angemessene Betrachtung der kulturellen Bedeutung des Drogenkonsums kann zu zweckmäßiger Politik führen.

Literatur

- Balmer, Rudolf (2012): Bandenkrieg in Marseille, online verfügbar unter: <http://www.taz.de/!5083844/>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Cousto, Hans (2014): Abhörrekorde beim Drogenhandel, online verfügbar unter: <http://blogs.taz.de/drogerie/2014/03/07/abhoerrekorde-beim-drogenhandel/>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2006): Deutschland hat gegen das Folterverbot verstoßen, online verfügbar unter: <http://www.faz.net/aktuell/politik/europaeischer-gerichtshof-fuer-menschenrechte-deutschland-hat-gegen-das-folterverbot-verstossen-1355230.html>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Gelpke, Rudolf (1995): Vom Rausch im Orient und Okzident, Stuttgart.
- Heinrich Böll Stiftung (Hrsg.) (2013): Drogenkultur – Kulturdrogen, online verfügbar unter: <http://www.boell-thueringen.de/de/drogenkultur-die-ausstellung>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Human Rights Watch (Hrsg.) (2010): China: „Rehabilitationszentren“ für Drogenabhängige verhindern Therapie und erlauben Zwangsarbeit, online verfügbar unter: <http://www.hrw.org/de/news/2010/01/07/china-rehabilitationszentren-f-r-drogenabh-ngige-verhindern-therapie-und-erlauben-zw>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Human Rights Watch (Hrsg.) (2011a): Laos: Drogenkonsumenten und „unerwünschte“ Personen inhaftiert und misshandelt, online verfügbar unter: <http://www.hrw.org/de/news/2011/10/12/laos-drogenkonsumenten-und-unerw-nschte-personen-inhaftiert-und-misshandelt>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Human Rights Watch (Hrsg.) (2011b): Vietnam: Folter und Zwangsarbeit in Drogen-Gefängnissen, online verfügbar unter: <http://www.hrw.org/de/news/2011/09/07/vietnam-folter-und-zwangsarbeit-drogen-gef-ngnissen>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Human Rights Watch (Hrsg.) (2013): Kambodscha: „Unerwünschte Personen“ in Drogenzentren verhaftet und misshandelt, online verfügbar unter: <http://www.hrw.org/de/news/2013/12/08/kambodscha-unerwuenschte-personen-drogenzentren-verhaftet-und-misshandelt>; letzter Zugriff: 11.04.2016.
- Kamphausen, Gerrit (2009): Unwerter Genuss – Zur Dekulturation der Lebensführung von Opiumkonsumenten, Bielefeld.
- Völger, Gisela (Hrsg.) (1981): Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich (Band I und II), Köln.

3.10 | Harm Reduction durch anonyme Drogenmärkte und Diskussionsforen im Internet?

Meropi Tzanetakis, Roger von Laufenberg

Kurzzusammenfassung

Im sogenannten Darknet, einem anonymisierten Teil des Internets, bieten Plattformen Verkäufer_innen und Käufer_innen die Möglichkeit, anonym (illegale) Waren anzubieten und zu kaufen. Zeitgleich eröffnet dies Nutzer_innen von Marktplätzen und Interessierten neue Möglichkeiten der Selbstbestimmung, beispielsweise durch das Einholen von Informationen und Erfahrungsaustausch über Substanzen und Händler_innen sowie der Austausch über Wirkungsweisen der Produkte. Im Beitrag wird erörtert, inwiefern und unter welchen Voraussetzungen ein *harm reduction*-Ansatz auf Drogenmarktplätzen im Darknet vorstellbar ist.

Das Phänomen der Drogenmarktplätze in einem anonymisierten Teil des Internets stellt eine neuartige Entwicklung und gleichzeitig eine Herausforderung dar. Obwohl die erstmalige Distribution psychoaktiver Substanzen über das Internet zeitlich fast mit dessen Ursprung in den 1970er Jahren zusammenfällt (Martin 2014; Buxton/Bingham 2015), hat der virtuelle und systematische Handel mit Drogen in den letzten Jahren durch anonymisierte Netzwerke einen erheblichen Aufschwung erlebt und wurde dadurch wesentlich erleichtert. Marktplätze im Darknet wie Silk Road und deren Nachfolger bieten Käufer_innen und Verkäufer_innen eine Plattform, um anonym (illegale) Waren und Services anzubieten, anonyme Feedbacks zu den Produkten abzugeben und deren Verkauf abzuwickeln. Dabei werden mittels technologischer Lösungen Identität und Standort der Nutzer_innen verschleiert (Martin 2014). Die Bezahlung erfolgt mittels virtueller Krypto-Währung (insbesondere Bitcoin), der Warenaustausch wird über den herkömmlichen Postweg abgewickelt. Ein wichtiger Aspekt der Drogenmärkte im Darknet ist die dazu gehörende Community. Nutzer_innen von Marktplätzen (Administrator_innen, Verkäufer_innen und Käufer_innen) und Interessierte können sich auf einschlägigen Foren auf den jeweiligen Drogenmärkten und auf interaktiven Diskussionsforen (z.B. auf der Social-News-Plattform Reddit) über ihre Erfahrungen austauschen, Informationen einholen und Vorkommnisse aller Art in Bezug auf diese Marktplätze kommentieren (Tzanetakis et al. 2016).

Die skizzierte Entwicklung von Drogenmarktplätzen im Darknet stellt aufgrund der globalen Vernetzung und anonymisierten Abwicklung von Transaktionen Strafverfolgungsbehörden sowie die Judikative vor neue Herausforderungen etwa in puncto länderübergreifender Zusammenarbeit und gesetzlicher Möglichkeiten. Dies gilt sowohl für die polizeiliche Kooperation innerhalb der Europäischen Union als auch darüber

hinaus. Gleichzeitig eröffnet diese für Drogenkonsumierende neue Möglichkeiten der Selbstbestimmung, die in diesem Beitrag anhand des Potenzials für einen *harm reduction*-Ansatz erörtert werden.

Konzepte und Diskurs um den *harm reduction*-Ansatz

Der *harm reduction*-Ansatz (Schadensminimierung) umfasst Methoden, Praktiken und Programme mit dem Ziel, gesundheitliche Folgeschäden infolge von legaler sowie illegaler Drogeneinnahme zu minimieren (IHRA 2010). Im Fokus von *harm reduction*-Interventionen stehen in erster Linie nicht die Verhinderung des Konsums von psychoaktiven Substanzen an sich (Lenton & Single 1998), sondern die Reduktion von möglichen Risiken, gesundheitlichen und sozialen Problemen bei Menschen, die Drogen konsumieren. Der *harm reduction*-Ansatz dient sowohl dem konsumierenden Individuum als auch der Gemeinschaft, indem er auf die Prinzipien der öffentlichen Gesundheit und Ordnung sowie die Gesundheit der Einzelnen fokussiert (IHRA 2010). Konkrete Maßnahmen inkludieren etwa Spritzentausch-, Substitutions-, Impfprogramme oder Injektionsräume.

Der öffentliche Diskurs um den seit den späten 1980er Jahren verbreiteten Ansatz war und ist zum einen geprägt von denjenigen, die in *harm reduction* einen progressiven, praktikablen und offenkundig wirksamen Ansatz sehen und zum anderen von denjenigen, die eine kritische Haltung einnehmen und etwa den Zusammenhang von Risiko und Schaden oder die Verbindung von *harm reduction* und zugrundliegender Gesetzgebung reflektieren (Keane 2003). Keane führt sämtliche Argumentationsstränge auf die Frage zurück, wer oder was die Autorität hat, zu definieren, was *harm reduction* ausmacht. In Bezug auf die Definitionsmacht über *harm reduction* zeigen sich gerade beim Menschenrechtsdiskurs kaum auflösbare Widersprüche. Dies manifestiert sich in Spannungen zwischen der Forderung nach Schutz und Versorgung durch den Staat und der Forderung nach Freiheit von staatlicher Regulierung, die beide Bestandteil der Menschenrechte sind. Erst mit dem Eingeständnis, dass es keinen drogenfreien Kulturkreis gibt (und entsprechend geänderten rechtlichen Bedingungen), kann von gängigen Moralisierung und Stigmatisierungen von Drogenkonsument_innen Abstand genommen werden (Boothroyd 2007). Der vorliegende Beitrag argumentiert, dass durch das Einbeziehen des Wissens von drogenkonsumierenden Gruppen in den *harm reduction*-Ansatz dieser um eine Bottom-up-Perspektive erweitert werden kann. Dies betrifft im konkreten Fall die direkte, nicht hierarchische Kommunikation vorwiegend in einem anonymisierten Teil des Internets.

Das Potenzial des Internets für *harm reduction*

Bereits Anfang der 2000er Jahre haben sich zahlreiche Forschungsarbeiten mit den Zusammenhängen von Internet und Drogenkonsum beschäftigt. Insbesondere digitale Drogenlexika wie „erowid“ und „the lycaum“, welche seit 1995 bzw. 1996 unabhängige Informationen zu psychoaktiven Substanzen im Internet veröffentlichen – sowohl Erfahrungsberichte von Konsumierenden als auch Beiträge von Experten –,

wurden auch für Forscher_innen von Interesse. Bogenschutz (2000) untersuchte beispielsweise Informationen im Internet, die Drogenkonsumierende beeinflussen könnten, auf ihren Inhalt, aber auch auf die Genauigkeit der Informationen. Dabei war insbesondere von Interesse, welche Informationen abseits von Ansätzen der Drogenbekämpfung und -prävention vermittelt wurden. Bogenschutz stellte dabei fest, dass eine Vielzahl an – mitunter recht genauen – Informationen verfügbar waren, die für Konsumierende zuvor nur schwer zugänglich waren, insbesondere zu den Effekten von psychoaktiven Substanzen, aber auch deren Herstellung, sowie über zuvor eher unbekannte natürliche und synthetische Substanzen. Dem Autor zufolge können diese Informationen einerseits mit einem Anstieg der Nutzung neuer Substanzen einhergehen sowie dem damit verbundenem Risiko, andererseits könnte dieses Risiko auch durch die Genauigkeit der vorhandenen Informationen begrenzt werden.

Während andere Forschungsarbeiten insbesondere die Risiken und die toxikologischen Auswirkungen durch die Experimentierfreudigkeit von Konsumierenden in Zusammenhang mit dem Internet sehen (vgl. Brush et al. 2004; Wells et al. 2009), streichen andere Forscher_innen die Möglichkeiten eines *harm reduction*-Ansatzes heraus, der durch die Nutzung des Internets für die Konsumierenden entsteht. So betont Walsh, dass insbesondere durch den partizipativen Charakter von Online-Drogenlexika, in denen Nutzer_innen ihre eigenen Erfahrungen und Informationen anderen Nutzer_innen zur Verfügung stellen, eine kollektive Intelligenz über Drogen geschaffen werden kann (vgl. Walsh 2011). Zudem hebt sie hervor, dass den Drogenkonsumierenden durch das Internet eine eigene Identität ermöglicht wird, die die Konsumierenden abseits des Internets viel schwieriger ausleben können. Durch die „bottom-up technology“ des Internets verlieren die *top-down*-Ansätze – wie der einer verbotsorientierten Drogenpolitik – einiges an Deutungsmacht.

Neben den Online-Drogenlexika hat der systematische Onlinehandel mit Drogen über die Plattform Silk Road und ihre Nachfolger eine erhöhte Aufmerksamkeit nach sich gezogen (Buxton/Bingham 2015). Zu den ersten Studien, die das Phänomen der Drogenmarktplätze im Darknet am Beispiel von Silk Road untersucht haben, zählt die Untersuchung von Barratt et al. (2013). Während diese primär den Einfluss staatlicher Internetfilter auf die Verbreitung von Diskussionen über illegale Aktivitäten (inklusive Drogenkonsum) erforscht, stellen sie erstmals den Zusammenhang zu Marktplätzen im Darknet her. So spielen für Barratt et al. „[I]nternet forums and the interaction through online communication [...] an essential role in harm reduction practices by reaching people who seek to enhance their drug use and making safer drug use part of the overall experience which people seek. [...] [W]hile users of these forums were largely interested in greater knowledge about drug taking, their communications occurred in a setting that encouraged harm reduction“ (ebd.: 198f.). Diese Möglichkeit wurde auf Silk Road ebenfalls geboten, da die Seite ebenfalls einen Raum zum Diskutieren bot, der auch *harm reduction*-Diskussionen beinhaltete.

Ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang zwischen *harm reduction*-Möglichkeiten und dem Internet bzw. Plattformen im Darknet streichen Van Hout/Bingham (2013a, 2013b, 2014), Van Hout (2014) und Van Hout/Hearne (2015) heraus. Insbesondere Marktplätze im Darknet bieten sowohl durch ihr Feedbacksystem als auch durch die Möglichkeiten der Diskussion in diversen öffentlichen und *hidden* Foren eine Vielzahl an Chancen für Konsumierende. Einerseits können sie sich mit dem Produkt ihrer

Wahl intensiv auseinandersetzen – durch Qualitätsangaben der Händler_innen sowie User-Feedback. Andererseits bieten Foren, inklusive Foren von Darknet-Marktplätzen, die Gelegenheit, sich noch genauer über die Angebote der Händler_innen auszutauschen, zusätzliche Informationen bezüglich des Konsums und der Dosierung einzuholen, oder auch Unterstützung für Konsumierende, die ihren Konsum reduzieren oder beenden wollen. Van Hout und Hearne (2015: 39) sehen dabei Anzeichen eines Anstiegs von Informationen *erfahrener* Drogenkonsumierender im Internet: „Internet innovation in drug user communities [...] centers on user reporting of drug effects and reciprocity of knowledge exchange, with users increasingly taking the role of primary harm reduction agents and key messages grounded in unique expert knowledge based on prior experiences and “common sense“ practices“.

Einen doppelten *harm reduction*-Ansatz sehen Buxton und Bingham (2015) durch Marktplätze im Darknet gegeben. Zum einen, indem die Konsumierenden nicht mehr dem Risiko des Handels auf der Straße ausgesetzt sind, vor allem hinsichtlich möglicher Gewalterfahrungen bzw. durch die Strafverfolgung. Ein zweiter *harm reduction*-Ansatz wird durch das anonymisierte Feedbacksystem und die Diskussionsforen ermöglicht, wo sich die Konsumierenden zusätzliche Informationen einholen können, die beim Drogenerwerb auf der Straße nicht verfügbar sind. Diese Informationen bzw. das Verständnis über die Qualität der Drogen werden dabei von den Konsumierenden mit der zu erwartenden Wirkung bewertet und anderen Nutzer_innen zugänglich gemacht. Den Konsumierenden geht es bei der Bewertung von Produktqualität primär um „purity, embodied experience, and craft/chemical knowledge“ (Bancroft/Reid 2016: 6). Dieses Wissen können die Konsumierenden auf Plattformen im Darknet nicht nur einfacher verbreiten, sondern sich folglich auch einfacher durch die Erfahrungen anderer Nutzer_innen aneignen – und tragen somit zu einer *peer harm reduction* auf Darknet-Märkten bei. Insbesondere beim Konsum von „Neuen psychoaktiven Substanzen“ (NPS) sind Langzeitwirkungen oft unbekannt, sowie durch die sich oft ändernde chemische Zusammensetzung auch die Dosierungen sehr unterschiedlich, weshalb *peer harm reduction*-Botschaften auch hier von großer Bedeutung sein können (vgl. Van Buskirk et al. 2016: 9).

Ein Bottom-up-harm-reduction-Ansatz

Das Internet als Bottom-up-Technologie ermöglicht bei Marktplätzen im Darknet und bei Diskussionsforen einen erweiterten *harm reduction*-Ansatz. Dessen Potenzial liegt im Online-Zugang zu Peers und Gleichgesinnten, welcher den Austausch über Erfahrungen mit Drogenarten, zu erwartende Wirkungsweisen des jeweiligen zum Verkauf angebotenen Produktes, anonyme Feedbacks zu Produktqualitäten und Händler_innen sowie Dosierungsempfehlungen ermöglicht. Damit haben Interessierte sowohl Zugang zu Kommunikationsformen über unterschiedliche Drogenarten und Praktiken des Drogenkonsums als auch Zugang zu neuen Informationen, die für die Wahl der Verkäufer_innen und der Produkte entscheidend sein können und sich vom Erwerb auf der Straße, im Club oder bei privaten Händler_innen stark unterscheiden, indem sie die damit verbundenen Risiken minimieren. Konsument_innen bzw. Interessierte können somit auf das Wissen von Peers bzw. erfahrenen Konsument_innen zurück-

greifen und ebenfalls Erfahrungen und Wissen beisteuern. Ein Bottom-up-harm-reduction-Ansatz durch das Internet geht auf die Frage zurück, wer die Autorität hat, zu definieren, was *harm reduction* ausmacht und erweitert die dominante Perspektive um die Möglichkeit, Konsumierende und Interessierte einzubeziehen. Somit können die Nutzer_innen erstmals zu Akteur_innen werden, die selber zu einem *harm-reduction*-Ansatz beitragen und diesen mitbestimmen können.

Auch wenn der illegale Drogenhandel im Internet generell ähnliche Risiken mit sich bringt wie materielle Formen des Handels mit illegalen Substanzen, so scheint er aus präventiver Sicht durch mehr verfügbare Informationen und Peer-Kommunikation gewisse Vorteile zu bieten. Im Rahmen des Phänomens der Drogenmarktplätze im Darknet hat sich also eine Gegenöffentlichkeit gebildet, die *harm reduction*-Informationen für Menschen bereitstellt, die sich über weite Strecken für den Konsum psychoaktiver Substanzen entschieden haben. Dies sollte im zukünftigen Umgang mit dem Phänomen berücksichtigt werden, anstatt – wie in der Medienöffentlichkeit üblich – das Darknet primär als Ort zu bekämpfender Kriminalität zu betrachten.

Literatur

- Bancroft, A./Reid, P.S. (2016): Concepts of illicit drug quality among darknet market users: Purity, embodied experience, craft and chemical knowledge, *International Journal of Drug Policy*, in Press.
- Barratt, M.J./Lenton, S./Allen, M. (2013): Internet content regulation, public drug websites and the growth in hidden Internet services, in: *Drugs: education, prevention and policy*, 20:3, 195-202.
- Bogenschutz, M.P. (2000): Drug Information Libraries on the Internet, in: *Journal of Psychoactive Drugs*, Jul-Sep 2000, 32: 3, 249-258.
- Boothroyd, D. (2007) *Culture on drugs: narco-cultural studies of high modernity*. Manchester: Manchester University Press.
- Buxton, J./Bingham, T. (2015): The Rise and Challenge of Dark Net Drug Markets. Policy Brief 7.
- Brush, E.D./Bird, S.B./Boyer, E.W. (2004): Monoamine Oxidase Inhibitor Poisoning Resulting from Internet Misinformation on Illicit Substances, in: *Journal of Toxology*, 42:2, 191-195.
- International Harm Reduction Association (IHRA; 2010): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association, Briefing.
- Keane, H. (2003). Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. *International Journal of Drug Policy*, 14:2, 227-232.
- Lenton, S./Single, E. (1998). The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17:2, 213-220.
- Martin, J. (2014). *Drugs on the Dark Net. How Cryptomarkets are Transforming the Global Trade in Illicit Drugs*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tzanetakis, M./Kamphausen, G./Werse, B./von Laufenberg, R. (2016): The transparency paradox. Building trust, resolving disputes and optimising logistics on conventional and online drugs markets, *International Journal of Drug Policy*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.010>
- Van Buskirk, J./Roxburgh, A./Bruno, R./Naicker, S./Lenton, S./Sutherland, R./Whittaker, E./Sindicich, N./Matthews, A./Butler, K./Burns, L. (2016): Characterising dark net marketplace purchasers in a sample of regular psychostimulant users, in: *International Journal of Drug Policy*, in Press.
- Van Hout, M.C. (2014): Nod and wave: An internet study of the codeine intoxication phenomenon, in: *International Journal of Drug Policy*, 26:1, 67-77.

- Van Hout, M.C./Bingham, T. (2013a): 'Silk Road', the virtual drug marketplace: A single case study of user experiences, in *International Journal of Drug Policy*, 24:5, 385-391.
- Van Hout, M.C./Bingham, T. (2013b): 'Surfing the Silk Road': A study of users' experiences, in: *International Journal of Drug Policy*, 24:6, 524-529.
- Van Hout, M.C./Bingham, T. (2014): Responsible vendors, intelligent consumers: Silk Road, the online revolution in drug trading, in: *International Journal of Drug Policy*, 25:2, 183-189.
- Van Hout, M.C./Hearne, E. (2015): "Word of Mouse": Indigenous Harm Reduction and Online Consumerism of the Synthetic Compound Methoxphenidine, in: *Journal of Psychoactive Drugs*, 47:1, 30-41.
- Walsh, C. (2011): Drugs, the Internet and Change, in: *Journal of psychoactive Drugs*, 43:1, 55-63.
- Wells, B./Elliott L./Johnson B.D. (2009): Internet Marketing of Illegal Drugs: Growing Evasions of International Drug Controls, presented at the International Society for the study of drug policy, March 3, 2009, Vienna, Austria.

Weiterentwicklung der Drogenhilfe

4

4.1 | Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit

Joachim Körkel, Matthias Nanz

Zusammenfassung

Das Paradigma der Zieloffenen Suchtarbeit (ZOS) verbindet die Zieloptionen der Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung und setzt in der Behandlung an den substanzspezifischen Zielintentionen der betroffenen Person an. Die Vorteile von ZOS reichen von der Erhöhung der Erreichungsquote suchtbelasteter Menschen über die Beachtung ethischer Maximen bis zur Verbesserung des Behandlungserfolgs. Implikationen des Paradigmas ZOS für unterschiedliche Arbeitsfelder und politische Akteure werden dargelegt.

Ziel- und Behandlungsspektrum der Suchthilfe

Das Spektrum der Behandlungsziele bei Substanzkonsumstörungen ist vielfältig und umfasst – einzelfallspezifisch variierend – die Sicherung des Überlebens, körperliche und psychische Stabilisierung/Gesundung, Teilhabe am Leben der Gemeinschaft (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Neuausrichtung der sozialen Lebensbezüge), Erhöhung der Lebenszufriedenheit u.a.m. (Schwoon 2005). Dreh- und Angelpunkt des Zielespektrums bildet die nachhaltige Veränderung des Substanzkonsums, ohne die positive Entwicklungen in anderen Problembereichen unwahrscheinlich sind.

Bei der Veränderung des Substanzkonsums haben sich als zentrale Zielachsen lebenslange Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung herausgebildet.

Abstinenz als Behandlungsziel

Die Palette von Behandlungsangeboten zum Erreichen und Stabilisieren einer abstinenten Lebensweise ist breit und reicht von Selbsthilfegruppen über ärztliche Kurzinterventionen bis zu ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen der Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge (Leune 2014). Abstinenz ist, so sie erreicht wird, bei vielen Menschen nachweislich mit einer Reihe positiver Folgen verbunden (Verbesserung des körperlichen und psychischen Zustandes, Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Rückgang von Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhausaufentagen sowie familiärer Gewalt, Anstieg der Lebensqualität u.a.m.; Körkel 2014b). Abstinenzbehandlungen stellen deshalb mit Recht einen integralen Bestandteil des Suchtbehandlungssystems dar.

Problematisch ist, dass lebenslange Abstinenz im deutschen Suchthilfesystem (mit Ausnahme der niedrigschwelligen Suchthilfe, s.u.) als einzig legitimes (z.B. in der

medizinischen Rehabilitation und in Selbsthilfegruppen) oder zumindest ultimates Ziel (wie vielfach in der Substitutionsbehandlung) gilt. Denn: Die meisten Menschen mit Substanzkonsumstörungen sind für ein gänzlich alkohol-, drogen- oder tabakfreies Leben und entsprechende Behandlungen nicht zu gewinnen, weil lebenslange Abstinenz ihren Lebensvorstellungen nicht entspricht, sie damit überfordert sind oder eine Karriere des Scheiterns mit Abstinenzbehandlungen hinter ihnen liegt (Körkel 2015). Wird – wie vielfach – eine Abstinenzbehandlung auf äußeren Druck hin begonnen, ist mit zielbedingtem Widerstand („Durchziehen“ der Behandlung ohne Abstinenzbereitschaft), Therapieabbrüchen und nur mäßigen Therapieerfolgen zu rechnen (a.a.O.).

Ziel der Schadensminderung (Harm Reduction)

In der niedrigschwelligen, sich als akzeptanzorientiert und „suchtbegleitend“ verstehenden Drogenarbeit (in Form von Kontaktläden, Konsumräumen, Notschlafstellen etc.) werden Überlebenshilfen und schadensminimierende Angebote zur Verringerung gesundheitlicher Gefährdungen vorgehalten (z.B. Ausgabe von sterilem Injektionszubehör und Safer-Use-Informationen, Spritzentausch, medizinische Notfall- und Akutbehandlung u.a.m.). An einer Veränderung des Konsums in Richtung Konsumreduktion oder Abstinenz wird dabei i.d.R. nicht aktiv und systematisch gearbeitet.

Niedrigschwellige Drogenarbeit ist nachweislich wirksam – etwa in Form der Verhinderung injektionsbedingter Infektionen und überdosisbedingter Todesfälle sowie vermehrter Inanspruchnahme freiwilliger Bluttests und medizinischer wie auch sozialer Hilfen (Uchtenhagen 2005). Insbesondere für chronisch mehrfachabhängige, multipel geschädigte und sozial desintegrierte Drogen- und Alkoholkonsumierende bildet niedrigschwellige Suchtarbeit deshalb einen unverzichtbaren Bestandteil eines an ihren elementaren (Über-) Lebensbedürfnissen ansetzenden Gesundheits- und Suchthilfesystems. Angebote niedrigschwelliger Suchthilfe sind meist auf (größere) Städte beschränkt, was aus dem zuvor genannten Grund als Manko anzusehen ist.

Kritisch ist zu konstatieren, dass niedrigschwellige Suchtarbeit konzeptionell wie praktisch durch die ihr immanente Laissez-faire-Haltung und die Beschränkung auf Angebote der Schadensminderung „auf halber Strecke stecken bleibt“. Sie verkennet nämlich, dass Drogenabhängige ein eigenes Interesse an Konsumreduktion/-abstinenz haben – also bereits intrinsisch dazu motiviert sind, ihren Konsum zumindest bei einigen der von ihnen konsumierten Substanzen zu reduzieren oder ganz Abstand davon zu finden (Körkel et al. 2011; Körkel/Waldvogel 2008). Erforderlich ist deshalb, dass in der niedrigschwelligen Drogenarbeit der Konsum nicht nur mehr oder weniger („akzeptierend“) „hingenommen“, sondern systematisch erhoben und zum Gegenstand gezielter Interventionen (Richtung Reduktion oder Abstinenz) gemacht wird.

Konsumreduktion als Behandlungsziel

Bereits seit Jahrzehnten gibt es Behandlungsansätze zur Reduktion des Alkohol-, Drogen- und Tabakkonsums in Form verhaltenstherapeutischer Selbstkontrollprogramme, pharmakologischer Behandlungen und Selbsthilfegruppen (vgl. Körkel 2014b,

2015; Mann/ Körkel 2013); der Übergang zur Abstinenz wird in allen diesen Ansätzen ausdrücklich begrüßt und z.T. angebahnt. Reduktionsbehandlungen richten sich an Menschen, die änderungsbereit, aber zu einer abstinenten Lebensweise nicht in der Lage oder nicht willens sind. In verschiedenen Feldstudien, randomisierten Kontrollgruppenstudien und Metaanalysen konnte nachgewiesen werden, dass deutlich mehr Menschen zu einer Reduktion als zu Abstinenz bereit und Reduktionsbehandlungen bei Alkohol- (Körkel 2015; Walters 2000), Tabak- (Hughes 2000; Hughes/Carpenter 2005) und Drogenabhängigkeit (Körkel et al. 2011; Körkel/Verthein 2011) mindestens so effektiv wie abstinenzorienteerte Behandlungen sind. Darüber hinaus bilden Reduktionsbehandlungen für 10-30% der Teilnehmenden die Brücke für den Übergang zur Abstinenz (vgl. Körkel et al. 2011; Körkel 2015).

Ein Versorgungsmanko besteht darin, dass Reduktionsbehandlungen trotz ihres offensichtlichen Potentials bislang nicht als Regelangebot in der Suchthilfe verankert sind (Unger 2014). In Behandlungsleitlinien werden sie zunehmend berücksichtigt (European Medicine Agency 2010; Mann et al. 2015).

Fazit

Interventionen mit den Zielrichtungen Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung sind wirksam und haben allesamt ihre Berechtigung. Gegenwärtig besteht jedoch de facto ein „Abstinenzmonopolismus“ in der Versorgung, d.h. die vorhandenen Behandlungsangebote sind weitgehend auf Abstinenz ausgerichtet – was u.a. zu einer geringen Inanspruchnahme des Suchthilfesystems und weiteren abträglichen Konsequenzen führt (Verletzung ethischer Standards, geringe Compliance, hohe Abbruchquoten, mäßige Behandlungsergebnisse u.a.m.; vgl. Körkel 2015). Erforderlich ist es deshalb, Behandlungsmaßnahmen zum Erreichen von Abstinenz, Konsumreduktion und Schadensminderung im gesamten Suchthilfesystem und grundsätzlich auch *bei jeder einzelnen suchtbelasteten Person* vorzuhalten (vgl. z.B. Körkel et al. 2011). Für diese Personen gilt nämlich:

Nahezu alle Menschen mit einer Substanzkonsumstörung weisen einen problematischen Konsum *mehrerer* psychotroper Substanzen auf (z.B. Alkohol *und* Zigaretten; Heroin *und* Alkohol *und* Zigaretten *und* Benzodiazepine; etc.).

Es kann bei den meisten Menschen zumindest bei einigen der konsumierten Substanzen von einer bereits vorhandenen („intrinsischen“), von Außenstehenden oftmals unterschätzten Änderungsbereitschaft ausgegangen werden.

Die angestrebten Änderungsziele variieren substanzspezifisch und es ist nicht nur möglich, sondern wahrscheinlich, dass mindestens zwei der drei Ziel- und Behandlungsrichtungen (Abstinenz, Reduktion, Schadensminderung) bei einer Person von Relevanz sind. So kann z.B. ein Drogenkonsument bei Crack Abstinenz, bei Alkohol und Tabak Konsumreduktion (Kontrolliertes Trinken/Rauchen) und bei Heroin Schadensminderung (Injektion von ärztlich verschriebenem Diamorphin statt Straßenheroin) anstreben.

Als Folgerung ergibt sich: Bei suchtbelasteten Menschen ist erstens eine Bestandsaufnahme der konsumierten Substanzen erforderlich, zweitens eine Abklärung der substanzbezogenen Änderungsziele und drittens das Vorhalten von Behandlungsangebo-

ten, die ihren Änderungszielen entsprechen. Der Ansatz der Zieloffenen Suchtarbeit greift diese Desiderata auf.

Zieloffene Suchtarbeit

Begriffsklärung

Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) bedeutet, „mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen“ (Körkel 2014a: 167). ZOS bezieht sich grundsätzlich auf alle Arbeitsfelder, in denen sich Menschen mit Substanzkonsumstörungen befinden – neben der Suchthilfe im engeren Sinne auch auf das medizinische und psychotherapeutische Versorgungssystem, die Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe, (Sozial-) psychiatrische Einrichtungen u.a.m.

In allen diesen Arbeitsfeldern schlägt sich ZOS im praktischen Handeln wie folgt nieder (vgl. a.a.O.):

Die *Thematisierung des Suchtmittelkonsums* wird von der Fachkraft als Bestandteil des eigenen Arbeitsauftrags verstanden. Beispiel: Die Mitarbeiterin im Betreuten Wohnen und die Kollegin im Kontakcafé für Drogenabhängige verstehen es als ihre Aufgabe, auch den Tabakkonsum der Klientel (zum geeigneten Zeitpunkt) anzusprechen. Die gegenteilige Haltung wäre, den Konsum einfach hinzunehmen, etwa aus der Haltung heraus, dass man nicht für Suchtarbeit zuständig sei (Betreutes Wohnen) oder nur suchtbegleitend arbeite und niemandem „in sein Leben hineinreden wolle“ (Kontaktcafé).

Die Fachkraft sieht es – weitergehend – als ihre Aufgabe an, den Konsum nicht nur zu thematisieren, sondern mit der betroffenen Person *„am problematischen Konsum zu arbeiten“* – also Gespräche zu führen, in denen der Konsum im Mittelpunkt steht, über Interventionen (Behandlungen, Programme) zur Konsumänderung zu informieren und diese sodann durchzuführen bzw. Erfolg versprechend zu überweisen. Ex negativo stellen z.B. die klassischen Angebote niedrigschwelliger Drogenarbeit (Ausgabe von sterilem Injektionszubehör, Bereitstellung eines Konsumraums etc.) noch keine „Arbeit am Konsum“ dar.

Das Ziel der „Arbeit am Konsum“ ist eine *Veränderung des Konsums*. Die Veränderung kann in einer Aufgabe (Abstinenz) oder Reduktion des Konsums oder im Wechsel zu einem für sich selbst oder andere weniger schädlichen Konsum ohne Veränderung der Konsummenge bestehen („harm reduction“; Heather 2006).

Das *Ziel der Veränderung legt der Klient/ die Klientin fest*: Er bzw. sie bestimmt, ob bzw. bei welcher Substanz eine Veränderung gewünscht ist und auf welches Ziel hin diese erfolgen soll (Abstinenz, Reduktion, „harm reduction“).

Komponenten zieloffenen Arbeitens

Die Komponenten zieloffenen Arbeitens sind in Abbildung 1 zusammengefasst.

Zieloffene Suchtarbeit im zuvor skizzierten Sinne ist an zwei Voraussetzungen seitens der Fachkraft gebunden, *bevor* die Arbeit mit Klient_innen überhaupt beginnt (in Abbildung 1 unterhalb der gestrichelten Linie dargestellt):

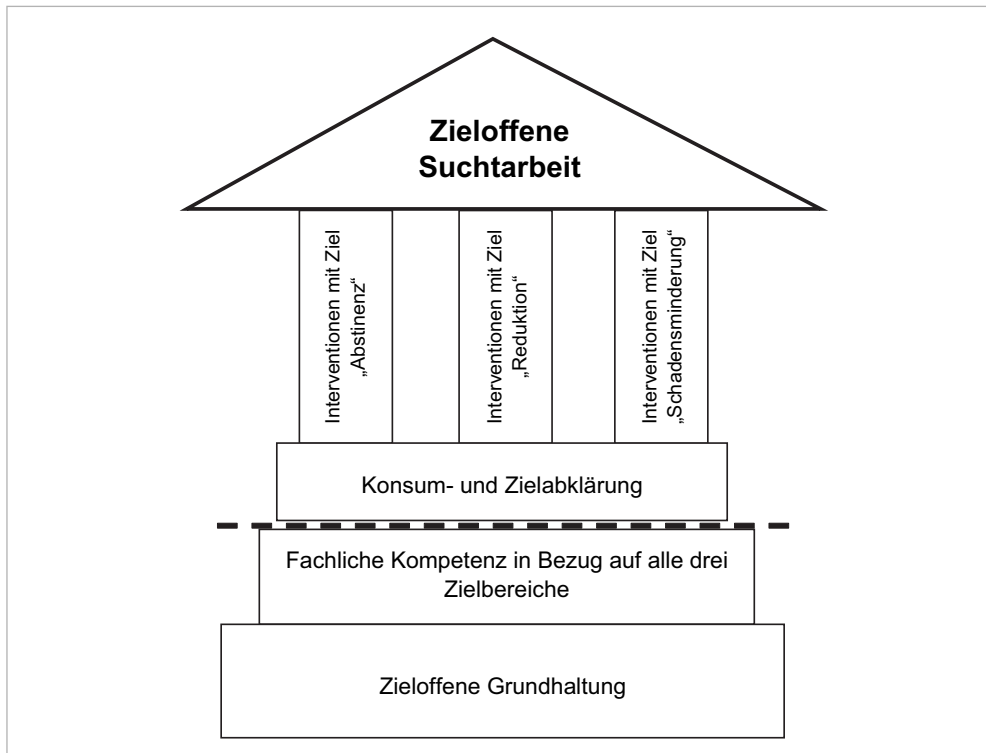


Abbildung 1: Zieloffene Suchtarbeit

Eine *zieloffene Grundhaltung*, die sich durch Offenheit für die Konsumvorstellungen und -ziele der Klient_innen und kein Vorab-Festgelegtsein auf ein bestimmtes Ziel (wie Abstinenz) auszeichnet.

Kenntnisse über die diversen evidenzbasierten Interventionen (Kurzinterventionen, Selbsthilfemanuale, Einzel- und Gruppenbehandlungen) zum Erreichen von Alkohol-, Tabak- und Drogenabstinenz resp. Konsumreduktion oder Schadensminderung – und die *Fähigkeit*, diese Interventionen *umsetzen zu können*.

In der praktischen Umsetzung erfordert Zieloffene Suchtarbeit zwei Handlungsschritte (Abbildung 1, oberhalb der gestrichelten Linie):

Gemeinsam mit dem Klienten/ der Klientin wird in einem partnerschaftlichen, „entlockenden“ und an seiner/ ihrer Sichtweise interessierten Gesprächsstil („Motivierende Gesprächsführung“, „Motivational Interviewing“; Miller/Rollnick 2013) eine *Zielabklärung* vorgenommen. Dabei wird a) zunächst ein Überblick verschafft, welche Substanzen die Person konsumiert. Anschließend wird b) erkundet, wie die Person sich den weiteren Konsum „ihrer“ Substanzen vorstellt („ganz aufhören“, „für einige Monate aufhören und dann weitersehen“, „reduzieren“, „nichts verändern“, „weiß es nicht“ usw.).

Im nächsten Schritt werden substanzweise ziel-entsprechende Behandlungen durchgeführt:

- a) Dem Klienten /der Klientin werden in Art eines Menüs alle *evidenzbasierten Interventionen unterschiedlicher Intensität* (von Kurzintervention bis zu stationärer Therapie) vorgestellt, die sich bei „seinen/ ihren“ Substanzen zum Erreichen der eigenen Ziele eignen: Abstinenzinterventionen, falls Abstinenz bei einer Substanz gewünscht ist, Reduktionsinterventionen beim Ziel einer Konsumreduktion sowie Harm-Reduction-Angebote beim Wunsch einer Schadensminderung.
- b) Anschließend werden die gewünschten Interventionen durchgeführt – z.B. eine ambulante Einzelbehandlung zum Kontrollierten Trinken (bei Wunsch nach Alkoholreduktion) und gleichzeitig ein Einzelprogramm für Tabakabstinenz (bei Wunsch nach Rauchstopp). Um „Schnittstellenverluste“ zu vermeiden, werden die Behandlungen idealerweise von einer Person bzw. zumindest in einer Einrichtung angeboten; falls das nicht möglich ist, wird eine gelingende Weitervermittlung an eine kooperierende Einrichtung angestrebt.

Implikationen einer zieloffenen Behandlungsausrichtung

Folgen für unterschiedliche Arbeitsfelder

Die Umsetzung Zieloffener Suchtarbeit stellt *alle* Arbeitsfelder vor die Herausforderung,

- ihre Haltung und ihr Menschenbild in Bezug auf ihre Klientel sowie ihr Suchtselbstverständnis zu reflektieren (z.B. die Annahme, Abhängige könnten nicht kontrolliert konsumieren) – auch im Lichte des aktuellen Forschungsstandes
- von einem Multisubstanzkonsum der Klientel auszugehen und sich für diesen als zuständig zu betrachten
- die konsumierten Substanzen und Änderungswünsche systematisch abzuklären
- Abstinenz- und Reduktionsbehandlungen wie auch schadensminimierende Angebote für die Palette der verschiedenen Problemsubstanzen vorzuhalten.

Arbeitsfeldspezifisch ergeben sich die folgenden „Hauptherausforderungen“:

Ambulante Suchthilfe (Suchtbehandlungsstellen, Fachambulanzen etc.)

Für die Einrichtungen des ambulanten Suchthilfesektors ergibt sich angesichts des Multisubstanzkonsums der Klientel die Notwendigkeit, die Konzentration auf eine einzige Substanz (z. B. Alkohol) oder Substanzklasse (z. B. illegale Drogen) aufzugeben und sich als Kompetenzzentren für alle stoff- und nicht-stoffgebundenen Suchtverhaltensweisen zu verstehen.

(Teil-)Stationäre Suchtbehandlung (in Fachkliniken, Adaptionseinrichtungen etc.)

(Teil-)Stationären Einrichtungen stellt sich die Herausforderung, ein sanktionsfreies Setting zu schaffen, um Patient_innen zu freier Bekundung ihrer Ziele für alle von ihnen konsumierten Substanzen einzuladen und mit Interesse diese Zielvorstellungen zu erkunden.

Streben Patient_innen für die Zeit nach der Entlassung keine Abstinenz, sondern Konsumreduktion (z. B. von Alkohol) an, ist Abstinenz aber während der Behandlung vorgeschrieben, ergibt sich der Bedarf, an Inhalte und Aufbau der Programme zum Kontrollierten Konsum in Form von „Trockenübungen“ (im Beispiel ohne tatsächlichen Alkoholkonsum) und eine anschließende ambulante Reduktionsbehandlung heranzuführen (Modell „Kombibehandlung“). Auf diese Weise können Patient_innen z. B. die Selbstkontrollbestandteile „Trinktagebuch“, „Standardkonsumeinheiten“, „Tages- und Wochenzielfestlegung“ und „Bilanzziehen“ erlernen und somit genauer verstehen, was (Selbst-) Kontrollierter Konsum bedeutet und wie er ambulant umgesetzt werden kann.

Für in der Einrichtung tolerierte Suchtsubstanzen (v. a. Tabak) ergibt sich der Bedarf, neben Abstinenzzielbehandlungen auch Reduktionsbehandlungen (z.B. mit dem Ziel des selbstkontrollierten Rauchens) und schadensminimierende Maßnahmen (z.B. Umstieg auf E-Zigarette) vorzuhalten.

Niedrigschwellige Suchthilfe

Für die niedrigschwellige Suchthilfe stellt die „Arbeit am Konsum“ den zentralen Neuausrichtungsbedarf dar, also das systematische In-Augenschein-Nehmen der konsumierten Substanzen, das Abklären von Änderungswünschen sowie, ergänzend zu *Harm-Reduction*-Angeboten, das Vorhalten von Abstinenz- und Reduktionsinterventionen.

Sozialpsychiatrische Hilfen, Wohnungslosenhilfe, Straffälligenhilfe u.a.

Für die nicht primär suchtbefragten Arbeitsfelder bestehen die zentralen Herausforderungen darin,

- die Arbeit am Suchtmittelkonsum als integrale Aufgabe der eigenen Arbeit zu verstehen und sich dafür die notwendigen Suchtbehandlungs Kompetenzen anzueignen
- auf Veränderung des Substanzkonsums hin zu arbeiten (Richtung Reduktion, Abstinenz oder Harm Reduction), soweit dies im einrichtungsbezogenen Rahmen möglich ist
- funktionierende Kooperationen mit spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen aufzubauen.

Folgen für die Transformation der Suchthilfe

Zur Umsetzung von ZOS ist träger- und einrichtungsbezogen eine systematische *Implementierung* von ZOS erforderlich, d.h. ein professionell begleiteter Prozess der Team- und Organisationsentwicklung, der unter Einbindung der Entscheidungsträger_innen und Mitarbeiter_innenschaft auf strukturelle Veränderungen abzielt und deutlich über Mitarbeiter_innenfortbildungen hinausgeht (vgl. Nanz 2015).

Dieser erfahrungsgemäß mehrjährige, u. a. vom Caritasverband für Stuttgart e. V. begangene Transformationsprozess (vgl. Bühler 2015) beinhaltet u. a. die folgenden Komponenten:

- Auseinandersetzung mit dem einrichtungsinternen Suchtverständnis

- Personalentwicklung (Mitarbeiter_innenschulungen) zur Aneignung von Behandlungskompetenzen in allen drei Zielarmen (Abstinenz- und Konsumreduktionsbehandlungen sowie schadensmindernde Interventionen)
- Überarbeitung von Behandlungskonzepten
- Veränderung von Arbeitsprozessen (z. B. Vorhalten einer zieloffenen Diagnostik)
- Erweiterung der Behandlungsoptionen (Vorhalten unterschiedlich intensiver Interventionen zur Erreichung von Abstinenz, Reduktion oder Schadensminderung)
- Darstellung des zieloffenen Arbeitsansatzes in der (Fach-) Öffentlichkeit

Politische Implikationen

Um einen Transformationsprozess in Richtung ZOS erfolgreich durchzuführen, bedarf es der Überwindung von Vorbehalten auf unterschiedlichen Ebenen (Politik, Verwaltung, Suchtforschung, Träger, Einrichtungen, Mitarbeiter_innenschaft, Selbsthilfverbände etc.) und einer Regelfinanzierung auch von Behandlungsangeboten zur Konsumreduktion/Schadensminderung (vgl. Körkel 2015). Im Detail bedeutet dies:

In der *Suchtforschung* sollten die Forschungsergebnisse zu alternativen Veränderungszielen als dem der Abstinenz rezipiert und frei von Ideologien aufbereitet werden.

In der *Sucht- und Drogenpolitik* sollten Konsumreduktion und Schadensminderung als zur Abstinenz gleichwertige Behandlungsziele eingestuft werden.

Die *Kosten- und Leistungsträger*, von Rentenversicherung über Krankenkassen bis zu Bezirken und Kommunen, sollten sich gegenüber Konsumreduktionsbehandlungen öffnen und diese ebenso regelfinanzieren wie Abstinenzbehandlungen.

Die *Träger und Einrichtungen der Suchthilfe* sollten sich mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu Konsumreduktions- und schadensmindernden Ansätzen auseinandersetzen und ihre oftmals abstinentenzentrierte Grundausrichtung hinterfragen und eine systematische Weiterentwicklung ihrer Hilfen in Richtung ZOS vornehmen.

Im Rahmen der *Suchtselbsthilfe* sind zukünftig Angebote auch für Menschen, die das Ziel einer Konsumreduktion anstreben bzw. die sich bei erreichter Reduktion stabilisieren möchten, wünschenswert.

Literatur

- Bühler, S. (2015): Verabschiedung von der Abstinenz als Königsweg. Eine empirische Studie über den Organisationsentwicklungsprozess zur Implementierung Zieloffener Suchtarbeit beim Caritasverband für Stuttgart e.V., Freiburg i. Br.
- European Medicine Agency (2010): Guidelines of the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence, London.
- Heather, N. (2006): Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems, in: *Addiction Research & Theory* 2006, 14: 7-18.
- Hughes, J. R. (2000): Reduced smoking: An introduction and review of the evidence, in: *Addiction* 95: (Suppl. 1), S3-S7.
- Hughes, J. R./ Carpenter, M. J. (2005): The feasibility of smoking reduction: an update, in: *Addiction* 100: 1074-1089.

- Körkel, J. (2014a): Das Paradigma Zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder, in: Suchttherapie 15: 4, 165–173.
- Körkel, J. (2014b): Alkoholtherapie: Vom starren Abstinenzparadigma zu einer patientengerechten Zielbestimmung, in: Suchtmedizin 16: 5, 211–222.
- Körkel, J. (2015): Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht, in: Sucht 61: 3, 147–174.
- Körkel, J./ Becker, G./ Happel, V. (2011): Selbstkontrollierte Reduktion des Drogenkonsums. Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie in der niedrigschwelligen Drogenhilfe. Abschlussbericht für das Drogenreferat der Stadt Frankfurt a. M., Frankfurt a. M.
- Körkel, J./ Verthein, U. (2010): Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain, in: Suchttherapie, 11: 31–34.
- Körkel, J./ Waldvogel, D. (2008): What shall we do with the drunken drug addict? Eine Studie zum Alkoholkonsum Drogenabhängiger, in: Suchttherapie, 9: 72–79.
- Leune J. (2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014, Lengerich
- Mann, K./ Hoch, E./ Batra, A. (Hrsg.) (2015): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Heidelberg.
- Mann, K./ Körkel, J. (2013): Trinkmengenreduktion: ein ergänzendes Therapieziel bei Alkoholabhängigen?, in: Psychopharmakotherapie, 20: 193–198.
- Miller, W. R./ Rollnick, S. (2013): Motivational interviewing. Helping people change, New York.
- Nanz, M. (2015): Die Umsetzung von Sozialen Innovationen in der Praxis am Beispiel der Implementierung Zieloffener Suchtarbeit, Nürnberg.
- Schwoon, D. (2005): Umgang mit alkoholabhängigen Patienten (3. Aufl.), Bonn.
- Uchtenhagen, A. (2005): Risiko- und Schadensminimierung – wie wirksam sind sie?, in: Suchttherapie, 6: 52–59.
- Unger, S. (2014): Die Implementierung Zieloffener Suchtarbeit. Eine Studie am Beispiel der Konsumreduktionsprogramme KISS und KT, Darmstadt.
- Walters, G. D. (2000): Behavioral self-control training for problem drinkers: A meta-analysis of randomized control studies, in: Behavior Therapy 31: 1, 135–149.

4.2 | Die Schwierigkeiten des Themas „Drogen und Flüchtlinge“: Zwischen wohlmeinender Tabuisierung und fremdenfeindlicher Dramatisierung

Gundula Barsch, Astrid Leicht

Anruf aus der Apotheke der Nachbarschaft: „Heute waren Leute aus eurem Haus da und wollten Opium kaufen!“

Zusammenfassung

Für die Entwicklung von Strategien und professionellen Angeboten der Drogen- und Suchthilfe für Geflüchtete sind folgende Themen von zentraler Bedeutung: die Achtsamkeit für drogenkulturelle Besonderheiten, um drogenbezogene Problemlagen von Geflüchteten und den kulturspezifischen Umgang mit dem Konzept „Abhängigkeit als Krankheit“ verstehen zu können; die Fallstricke der europäischen und deutschen Asylregeln, die den Drogengebrauch und im Einzelfall auch den Drogenhandel fördern können; die Frage nach der Passfähigkeit der akzeptierenden Drogenarbeit, der Schadensminderung, Beratung und Therapie.

Den Konsum von Drogen unter Geflüchteten zu thematisieren erweist sich als heikel – die Thematisierung droht schnell in radikale Wertungen linker und rechter Couleur zu kippen und sich gegen die Überbringer_innen der Botschaft zu richten. Dabei klärt die eigene Nabelschau bereits die Fallstricke, die sich ergeben: Schon für Deutsche, die illegalisierte Substanzen konsumieren, ergeben sich erhebliche Risiken, in eine Maschinerie von Kriminalisierung, Stigmatisierung, Pathologisierung und Ausgrenzung zu geraten. Für Geflüchtete gilt dies umso mehr und begründet, warum mit größter Vor- und Weitsicht Problemlagen aufgegriffen werden müssen, mit denen sich diese Menschen beim Konsum verschiedener psychoaktiver Substanzen konfrontiert sehen können.

Unstrittig dürfte sein, dass eine Verkopplung der Themen „Drogenkonsum“ und „Flüchtlingskrise“ die latent in unserer deutschen Kultur vorhandenen vielfältigen Abwehrmechanismen auf besondere Weise triggern und „endlich“ den Ruf nach Härte und Abschottung und Abschiebung begründen helfen kann. Das darf jedoch nicht dazu führen, Verschweigen zu fördern. Dies würde verhindern, dass Geflüchtete hier tatsächlich ankommen, ihre Chancen nutzen und eine neue Heimat finden können.

Insofern kommen sowohl die politisch Verantwortlichen als auch die Träger und Mitarbeitenden aus Suchtprävention, Drogen- und Suchtkrankenhilfe nicht umhin,

sich für und mit Geflüchteten auch zum Thema Drogenkonsum auseinanderzusetzen. Noch zu Beginn des Jahres 2015 gingen Expert_innen der Suchtkrankenhilfe davon aus, dass es noch Jahre dauern würde, bis auch Geflüchtete zu ihrer „Kundschaft“ werden würden. In Anbetracht der massiven Probleme, die ankommenden Menschen unterzubringen und zu registrieren, erschienen Aufklärung und Suchtprävention quasi als „Luxusaufgabe“ und damit nachrangig, wenn nicht sogar als verzichtbar. Dies erweist sich jedoch schon heute als eine Fehleinschätzung. Viel früher als gedacht häuften sich bereits anekdotische Berichte von Heroin konsumierenden Afghan_innen, die zum Spritzentausch und in Drogenkonsumräume kommen; von Crystal rauchenden Syrer_innen; von Gruppen junger arabisch sprechender Geflüchteter, die Alkohol trinkend in Parkanlagen sitzen und sich die Zeit vertreiben; von afghanischen Geflüchteten, die Opium in der Apotheke kaufen wollen; von Psychiater_innen, die angesichts schwerer psychischer Probleme Benzodiazepine - sogar prophylaktisch - verordnen; von arabisch sprechenden Drogenhändler_innen, die an manchen Orten aggressiv jede_n Passant_in ansprechen und unbesehen der Gruppe Geflüchteter zugeordnet werden usw.

Insofern sind die Themen und Problemlagen schon jetzt unübersehbar facettenreich und begründen einen klaren Handlungsbedarf an Suchtprävention, Drogen- und Suchtkrankenhilfe, umgehend einen Beitrag in der Flüchtlingsarbeit zu leisten. Als notwendig erweist sich schon jetzt, *erstens* die Mitarbeiter_innen in den zentralen Flüchtlingsseinrichtungen zu drogenbezogenen Themen zu sensibilisieren und zu befähigen, Handlungsbedarfe unter Geflüchteten zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren, *zweitens* über Regeln und Normen unserer Kultur sowie Gesetze des Landes aufzuklären, sodass Neuankommende überhaupt die Chance haben, sich passend zu verhalten und ihre Möglichkeiten auf eine sichere Existenz, eine Integration und Teilhabe in Deutschland nicht aus Unkenntnis zu verwirken. Und dazu gehört *drittens*, auch Flüchtlingen die Vorteile zu eröffnen, die wir durch das Krankheitskonstrukt „Sucht“ und ein darauf aufbauendes Hilfesystem für die Menschen bieten können, die Probleme beim Umgang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen haben. Zu diesen Themenbereiche hier grobe Skizzierungen:

Drogenkulturelle Besonderheiten und das Verstehen von Themen und Problemlagen bei der Arbeit mit Geflüchteten

Geflüchtete bringen aus ihrem Herkunftsland und von ihrer Flucht nicht nur massive und wiederkehrende Existenzängste und die Erfahrung von Lebensbedrohung mit. Sie finden sich zudem in ihrem Aufnahmeland in besonderen Lebensumständen wieder, die sie oft so nicht erwartet haben. Für diese belastenden und oft auch enttäuschenden Erfahrungen bietet sich der Konsum psychoaktiver Substanzen als naheliegende Copingstrategie an.

Die Liste der psychosozialen Belastungen, vor die sich Geflüchtete gestellt sehen, ist lang und oft mit posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen einschneidenden Konsequenzen für deren physische und psychische Gesundheit verbunden: eine ungewisse Zukunft, Orientierungslosigkeit, Ohnmachtsgefühle, Hilflosigkeit, Rollenverluste, Identitätskrisen, Entwurzelungs-, Trennungs- und Enttäuschungserfahrungen.

gen, problematische Wohnsituationen mit isolierenden und ethnisierenden Lebensbedingungen, innerfamiliäre Zerrissenheit, unsichere soziale Bindungen, strukturelle Überforderungen im Alltag u.v.a.m. Es kann deshalb kaum verwundern, dass nach Erkenntnissen des Drogenhilfesystems etwa ein Drittel der ankommenden Geflüchteten beginnt, problematisch Drogen (schwerpunktmäßig Alkohol und Cannabis) zu konsumieren, nachdem zumindest ihre materielle Existenz gesichert erscheint (Egartner 2016: 45). Schätzungen gehen von 30.000 Substanzabhängigen bezogen auf ca. 1 Mio. Geflüchtete aus (Czcholl 2016: 32). Wie unmittelbar diese Form des Drogenkonsums mit den zu diesem Zeitpunkt nicht bewältigten Lebensthemen zu tun hat, unterstreichen die ebenfalls schon vorliegenden Erfahrungen, wonach mit zunehmender Integration und der Aufarbeitung von Traumatisierungen auch der massive Drogenkonsum relativiert bzw. ganz bewältigt wird (Egartner 2016: 46). Auf diese Weise wiederholen sich augenscheinlich Erfahrungen mit vielen problematisch Konsumierenden mit deutscher Staatsbürgerschaft, die mit einer Bewältigung ihrer Lebensthemen auch ihren Drogenkonsum unter Kontrolle bringen. Insofern kann Drogenarbeit, auch in der Arbeit mit Geflüchteten, kaum von allgemeiner Sozialer Arbeit mit dem Ziel der Entwicklung lebenswerter Lebensbedingungen getrennt werden.

Für das Einordnen drogenbezogener Themen und Problemlagen ist zudem Verständnis dafür nötig, dass viele Flüchtlinge aus Drogenkulturen kommen, die sich zum Teil erheblich von der deutschen Drogenkultur abheben. Diese unterscheiden sich nicht allein darin, welche psychoaktiven Substanzen in den jeweiligen Kulturen akzeptiert werden, sondern auch dadurch, welche Konsumformen, Orte, Zeiten, Gelegenheiten und Personen als legitim für den Konsum von Drogen gelten. Dazu ist ein Blick in die jeweiligen Alltagskulturen nötig, der hinter die offiziellen Regelungen und Gesetzeslagen geht. Auch wenn die internationalen Abkommen in sehr vielen Ländern weltweit *ipso iure* ein totales Verbot bestimmter Substanzen (u. a. Cannabis, Heroin, Kokain) durchgesetzt haben und in diesem Zusammenhang sogar die Todesstrafe vollstreckt wird, kann daraus genauso wenig wie in Deutschland geschlossen werden, dass diese Substanzen im Alltag bestimmter Länder keine Rolle spielen. Insbesondere dort, wo Pflanzen mit psychoaktiver Wirkung ohne großen Aufwand wachsen und sich oft auch wild verbreiten, findet sich fast immer auch eine jahrhundertelange Tradition, diese relativ selbstverständlich auch zur Veränderung von Bewusstseinszuständen oder zur Selbstmedikation zu nutzen.

Das Beispiel Afghanistan

Der Gebrauch von Mohn hat in Afghanistan eine lange Tradition. Hier gilt Rohopium als altes und allgegenwärtiges Heilmittel, das bei vielen Beschwerden Linderung verschafft und zur Selbstmedikation auch schon bei Kleinkindern genutzt wird, wenn eine medizinische Behandlung nicht verfügbar ist. Opium wird aber vor allem in der ländlichen Bevölkerung auch zur Entspannung, Beruhigung und als Coping für beschwerliche Lebensbedingungen in Armut und Hunger geraucht oder gegessen. Die große Verfügbarkeit sowohl von Opium als auch von daraus hergestelltem Heroin sorgt dafür, dass die Bevölkerung kaum Beschaffungsprobleme hat und eine körperliche Abhängigkeit deshalb nur in seltenen Fällen eine praktische Bedeutung bekommt.

Ganz ähnlich kann die Alltagskultur rund um Cannabis beschrieben werden. Auch die Nutzung dieser Pflanze als Heil- und Rauschmittel hat in Afghanistan eine lange Tradition.

Neben diesem selbstverständlichen alltagspraktischen Umgang mit Opium und Cannabis nehmen seit einigen Jahren stark problembehaftete Konsummuster wie das Injizieren zu (UNODC 2014). Auch wird von landeskundigen Spezialist_innen von einem deutlichen Anstieg des Konsums von Methamphetamin/Crystal im Land berichtet. Aufgrund des kulturell sozialisierten fehlenden Problembewusstseins ist davon auszugehen, dass erst durch Versorgungsengpässe für Opium, Heroin und Cannabis in Deutschland Entzugserscheinungen und damit körperliche und psychische Abhängigkeiten erkennbar werden, die einen Hilfebedarf begründen.

Drogenkonsum unter kriegserfahrenen Flüchtlingen

In der praktischen Arbeit wird zunehmend deutlicher, dass das in Deutschland altbekannte Methamphetamin Verbreitung unter kriegserfahrenen und traumatisierten Geflüchteten gefunden hat. Seit seiner Entwicklung war Methamphetamin (im Dritten Reich verharmlosend als „Panzerschokolade“ und heutzutage als „Crystal“ bezeichnet) schon in vielen Kriegen auf der ganzen Welt ein Teil der Überlebenshilfe für Soldat_innen. Seine ohnehin starke Verbreitung auch in der Bevölkerung Asiens und an Asien grenzender Kulturen, aber auch seine Rolle bei der Meisterung der beschwerlichen kräftefordernden Flucht sorgt dafür, dass die Ankommenden über diesen Drogenkonsum im Herkunftsland berichten bzw. ihn mitbringen. Dies könnte zunächst überraschen, gehört Crystal doch in keinem der Herkunftsländer zu der traditionellen Drogenkultur. Das synthetisch hergestellte Methamphetamin ist eine Substanz, die mit Moderne verbunden wird und dessen Konsum zur modernen Kriegsführung passt. Auch Opioide und Benzodiazepine spielen bei der Bewältigung von kriegsbedingten körperlichen und psychischen Verwundungen, bei Traumatisierungen, Depressionen und weiteren psychischen Beeinträchtigungen eine wichtige Rolle. Insofern gilt auch hier, nicht nur auf kulturell tradierte Konsumgewohnheiten und -muster zu achten. In der praktischen Arbeit sollte der Blick darüber hinaus offen bleiben für Gebrauchs- und Konsummuster, die uns bis dato noch völlig unbekannt sind, um rechtzeitig Hilfe und Unterstützung für eine Bewältigung anzubieten bzw. Alternativen zu entwickeln.

Das Beispiel alkoholabstinenter muslimischer Drogenkulturen

Drogenkulturen werden auch durch religiöse Zugehörigkeiten geprägt. Quer durch sehr verschiedene Flüchtlingsgruppen prägen die unterschiedlichen Varianten des Islam und dessen mehr oder weniger streng postulierte Alkoholabstinenz die drogenkulturellen Leitgedanken der Geflüchteten. Sozialisiert mit einer Pönalisierung von Alkohol kann für diese die Konfrontation mit der permissiv-funktionsgestörten deutschen Alkoholkultur zu einem Kulturschock werden. Nicht oder nur wenig vertraut mit dem Konsum sehr verschiedener alkoholischer Getränke, für die sie aus ihren Herkunftsländern keine Rituale und Regeln mitbringen, muss es irritierend wirken, dass

in der deutschen Bevölkerung der Alkoholkonsum oft eine Vielzahl von Aktivitäten auch in der Öffentlichkeit begleitet und Trunkenheit nicht grundsätzlich verurteilt wird. Vielmehr wird z. B. der Kölner Karneval als „exuberant binge“ (zu deutsch: „überschäumendes Besäufnis“) zu einem der 38 wichtigsten essenziellen Bestandteile deutscher Kultur erklärt, die Geflüchtete über unser Land wissen sollten (Deutsche Welle 2015).

Die bereits vorliegenden praktischen Erfahrungen geben keine Hinweise darauf, dass die mentale Erschütterung, die sich aus der Konfrontation mit der deutschen Alkoholkultur ergibt, dazu führt, dass sich alle geflüchteten Muslime einer Integration in die deutsche Alkoholkultur grundsätzlich verweigern werden. Sozialisationsbedingte Schuld- und Schamgefühle sorgen jedoch dafür, dass sich Geflüchtete für ihre ersten Erfahrungen mit Alkohol in die Heimlichkeit zurückziehen, damit aber beim Lernen des Umgangs mit Alkohol alleingelassen werden und sich normative Regeln und Hintergründe des Trinkens in Deutschland kaum angemessen erschließen können.

Von den Schwierigkeiten für Prävention und akzeptierende Drogenarbeit

Schon die bereits erkennbaren drogenbezogenen Themen und Probleme sind in der Arbeit mit Geflüchteten eine enorme Herausforderung. Diese ergibt sich nicht allein daraus, dass es auch in Deutschland keine Strategien, Konzepte und Erfahrungen dazu gibt, wie jenseits von Verbotspolitik eine Drogenerziehung auszusehen hat und wie sie tatsächlich gelingen kann. Die Illegalisierung von Cannabis, Opium und Heroin verhindert grundsätzlich, dass sich eine differenzierte Drogenkultur um diese Substanzen herausbilden kann. Immerhin hat die akzeptierende Drogenarbeit Erfahrungen und Ideen mit Ansätzen der Popularisierung und des Trainings zu Safer-Use, um Konsumierende befähigen zu können, die Risiken ihres Konsums realistisch abzuschätzen und diesen mit geeigneten Konsumregeln zuvorzukommen. Die bereits vorliegenden Erfahrungen, Safer-Use-Regeln nicht nur in andere Sprachen zu übersetzen, sondern auch kultursensibel an die Zielgruppe heranzutragen, werden gegenwärtig zu einem Fundus, der auch für bisher weniger vertretende Konsumierendengruppen genutzt werden kann. Neue Herausforderungen ergeben sich jedoch daraus, dass mit einem noch unbekannten, aber recht hohen Anteil von Analphabet_innen zu rechnen ist und Geflüchtete oft Sprachen und Dialekte sprechen, die in Deutschland kaum bekannt sind, sodass eine sprachliche Verständigung schwer oder nur reduziert möglich ist. Wie unter diesen Voraussetzungen eine schriftliche Information gelingen kann, muss noch erprobt werden (z. B. über Piktogramme, Kurzvideos und Sprachnachrichten).

Anders in Bezug auf den Alkoholkonsum: Es erweist sich nunmehr als Fehler, dass sich trotz der trinkfreudigen Alkoholkultur Deutschlands noch keine stringente Drogenerziehung entwickeln konnte. Nach wie vor bleibt jede nachwachsende Generation im Prozess ihrer Sozialisation in die Alkoholkultur in weiten Teilen sich selbst überlassen. Suchtprävention beschränkt sich weitgehend auf Problematisierung, Abschreckung und Idealisierung von Nüchternheit. Insofern stellt sich die Aufgabe, zunächst überhaupt Konzepte einer Drogenerziehung zu erdenken, auszuarbeiten und zu erproben, ehe diese für die Arbeit mit Flüchtlingen kultursensibel ausgestaltet werden kön-

nen: Welche Grundregeln hat unsere Alkoholkultur für das Trinken entwickelt, wann ist dafür die richtige Zeit, wo der richtige Ort, für welche Person wird welches Getränk in welcher Menge akzeptiert/toleriert und warum, welche Botschaft wird mit einem Trinkmuster ausgesendet und wie darf darauf reagiert – diese und ähnliche Fragen machen bereits deutlich, dass die Themen einer Alkoholerziehung durchaus zu einer großen Herausforderung werden.

Für Drogenerziehung und akzeptierende Drogenarbeit stellt sich darüber hinaus aber die Frage, ob und wie diese Leitideen von Geflüchteten aufgenommen und verstanden werden können: Viele kommen aus Kulturkreisen, die weit entfernt von einer Orientierung an westlichen Werten sind, in denen das Ziel individueller Freiheit und Mündigkeit hinter eher kollektivistisch angelegte soziale Beziehungen und autoritäre Entscheidungsstrukturen (u. a. zwischen den Generationen, Geschlechtern, innerhalb der Familien, in Bezug auf Würdenträger der Religion) zurücktritt und eigenständiges und selbstverantwortliches Handeln eine weniger hohe Würdigung erfährt. Insofern muss die Frage erlaubt sein, ob akzeptierende Drogenarbeit überhaupt ein Konzept ist, das nicht als Beliebigkeit und grenzenloses Laissez-faire missverstanden werden könnte.

Das Krankheitskonzept „Abhängigkeit“: Wie passt das zum Wissen aus den Herkunftsländern?

Studien zur interkulturellen Psychiatrie und psychiatrischen Anthropologie machen darauf aufmerksam, dass viele Kulturen den westlichen Deutungsrahmen für massive Drogenprobleme als (Sucht-)Krankheit nicht kennen, für deren Bewältigung zwar auch das Strafrecht, aber in erster Linie Drogenhilfe und therapeutische Interventionen angeboten werden. Dieser Konsens in der Interpretation von Drogenproblemen kann jedoch nicht selbstverständlich auch bei den Geflüchteten vorausgesetzt werden. Insbesondere in den Ländern, in denen harte Strafen für jeden Umgang mit Drogen drohen (ob als Konsument_in, Dealer_in oder Body-Packer_in), in denen Drogenkonsumierende extrem moralisch diskreditiert werden und in denen es neben dem Strafrecht keine oder nur therapeutische Hilfen mit einem extremen Zwangskontext für eine Bewältigung einer Abhängigkeitserkrankung gibt, kann das soziale Verständnis anders aussehen.

Auch aus unserer eigenen Geschichte kennen wir bis heute Deutungen, Drogenprobleme als kriminelle und/oder moralisch verwerfliche Akte bzw. als Verweis auf willensschwache und/oder minderwertige Personen zu interpretieren. Ähnliche Lesarten für Drogenprobleme können auch von den Geflüchteten vertreten werden – zumindest sollte in der praktischen Arbeit sondiert werden, vor welchem kulturgeprägten Wissen und Verständnis Drogenprobleme wahrgenommen und definiert werden. Auf diese Weise wird erkennbar, wie ggf. über das Krankheitskonzept zu informieren ist und bisher nicht beachtete Zusammenhänge (z. B. das Auftreten von Entzugserscheinungen als Folge bestimmter Konsummuster) zu erklären sind.

Dies wird insofern wichtig, weil auf dem mitgebrachten Verständnis von Drogenproblemen auch Bewältigungsversuche basieren, zu denen einzelne drogenkonsumierende Geflüchtete, oft aber auch deren soziale Netzwerke greifen. Diese reichen von

umfassender Geheimhaltung über ignorierende Duldung, können aber auch selbsterdachte Interventionen wie extreme Isolation, den Einsatz von Gewalt und autoritärem Zwang sowie die Anwendung ritueller Heilmethoden umfassen, von denen man bei diesen Problemen eine Besserung erwartet. Konsequenz dieser unterschiedlichen Interpretationen von Abhängigkeit in den verschiedenen Kulturen kann ein lethargisches Abwarten sein, durch das sich die Problemlagen immer weiter auftürmen und verkomplizieren. Verzweifelte Heilungsversuche können aber auch dazu führen, dass besonders problematische Lebenslagen ohne tatsächlich hilfreiche Angebote bleiben und die Betroffenen durch die Anwendung rabiater Besserungsversuche weiteren schweren körperlichen und psychischen Schaden nehmen.

Wenn Drogenprobleme mit dem Vorwissen aus den Herkunftsländern nicht als krankheitswertig gedacht werden können, existieren auch keine Vorstellungen davon, dass es in Deutschland ein medizinisch-psychosoziales Hilfesystem für entsprechende Notlagen gibt. Konsequenz ist, dass dieses auch nicht nachgefragt und genutzt wird. Deshalb gehört zu den wichtigen Aufgaben in der Arbeit mit Geflüchteten und Migrant_innen, darüber zu informieren, dass Drogenprobleme in Deutschland in erster Linie als gesundheitliche Probleme gesehen und behandelt werden, und darzustellen, wie unser Drogen- und Suchtkrankenhilfesystem aussieht und schließlich Hilfestellungen zu geben, wenn tatsächlich eine Inanspruchnahme angezeigt und auch gewollt ist.

Fatalismus und über strafrechtliche Grenzen hinweg: Wenn Integration nicht möglich ist/nicht gelingt?

Ein besonders kompliziertes Thema in der Arbeit mit Geflüchteten und Migrant_innen ergibt sich daraus, dass viele der Neuankommenden nicht nur Sicherheit suchen. Oft sind sie aus ihrer Heimat aufgebrochen, um aus dem nicht nur sicheren, sondern auch wohlhabenden Deutschland eine in der Regel große Familie finanziell zu unterstützen. Erwartungen, zu einem Außenposten zu werden, der Geld in das Herkunftsland transferiert und damit die Armut der Familie verringert oder sogar einen gewissen Wohlstand möglich macht, wurden den Gehenden nicht nur als moralische Hoffnung mit auf den Weg gegeben. Oft setzen Großfamilien ihr wenig Hab und Gut ein, um ihren Besten den Weg nach Deutschland überhaupt finanzieren zu können. Dies wird nicht nur zu einer schweren Bürde für die Ankommenden, sondern legt den Grundstein für kaum verarbeitbare Enttäuschungen, wenn sich vor Ort ganz andere Wirklichkeiten auftun: Die gesetzlichen Verfahren für Asylsuchende sind langwierig und kompliziert, während dieser Zeit ist die Aufnahme einer bezahlten Arbeit, und sei sie noch so gering, nicht möglich, die finanzielle Unterstützung, die sich aus der Ferne üppig ausnahm, wird für den Lebensunterhalt tatsächlich gebraucht, ein Abzapfen von Geldern für die wartenden Daheimgebliebenen gelingt nur in einem kleinen Umfang und entspricht nicht im Mindesten den Erwartungen der Daheimgebliebenen. In dieser Situation, die schnell mit einem persönlichen Versagen in Verbindung gebracht wird, haben illegale Wege zu Geld, aber auch das Streben aus Langeweile und stumpfem Warten herauszukommen, eine besondere Chance. Der Drogen-schwarzmarkt mit seinen vielen Aufträgen für Kleindealer_innen bietet sich für einige

geflüchtete Menschen als eine mögliche Lösung dieser Kalamitäten an. Wer besonders vulnerabel dafür ist und unter welchen konkreten Bedingungen sich solche Formen einer „Ökonomie des Überlebens“ wie zum Beispiel im Görlitzer Park in Berlin-Kreuzberg (Spiegel 2014: 38ff) entwickeln, ist trotz umfänglicher Medienberichterstattung immer noch zu wenig bekannt. Auch wenn nur ein minimaler Bruchteil geflüchteter Menschen in den Drogenhandel oder andere kriminelle Aktivitäten involviert ist, sollte daran gedacht werden, dass auch die Problematik des Handels mit Drogen ein Thema in der Beratung und sozialen Unterstützung von Geflüchteten sein kann. Sollte es Hinweise dafür geben, sollten die Betroffenen zumindest frühzeitig über die Gesetzeslage und die Konsequenzen informiert werden. Grundsätzlich ist es wichtig, dass den Ankommenden relativ schnell legale Verdienstmöglichkeiten eröffnet werden. Dass derartige Angebote auch die Aneignung von Sprache, die Aufnahme sozialer Kontakte, eine Ablenkung von desolaten Lebensbedingungen in Massenquartieren fördern usw. – kurzum die Chancen auf Integration vergrößern – unterstreicht nochmals, dass Drogenthemen nicht separat und losgelöst von sozialpolitischen Entscheidungen bewältigt werden können.

Und nun?

In Anbetracht der politischen Brisanz und der emotionalen Aufmerksamkeit, die die Öffentlichkeit allen Themen rund um Flucht und Migration zuwendet, sollte jedes Agieren in diesen Bezügen auf einer sorgfältigen Beobachtung und Analyse der lokalen Situation basieren. Für ein besseres Verständnis der beobachtbaren Phänomene sollten parallel dazu auch Informationen zur Situation in den Herkunfts- und Transitländern, beispielsweise aus Veröffentlichungen der Vereinten Nationen, internationaler Hilfsorganisationen, der jeweiligen Landesregierungen und von landeskundigen Spezialist_innen eingeholt werden. Nur so kann der Komplexität der Themen entsprochen werden und eine Fehlinterpretation von Phänomenen, eine falsche Schwerpunktsetzung oder wenig hilfreicher Aktionismus verhindert werden. In die Zuständigkeit der Drogenerziehung und Suchtprävention gehört zweifellos, die Kolleg_innen der Flüchtlingshilfe für Drogenthemen zu sensibilisieren und zu einem angemessenen Handeln zu befähigen. Dort, wo Gewissheit über drogenkonsumierende und/oder bereits abhängige Geflüchtete besteht, gilt es kultur- und fluchtsensibel sowie lebensweltgerecht zum einen die großen Gesundheitsgefahren (insbesondere Sucht, HIV/Hepatitis, Überdosierungen) zu thematisieren, aber auch die Probleme anzusprechen, die mit einem Einstieg in die Drogenszene und kriminellen Handlungen einhergehen und zu Integrationshemmnissen oder gar zum Verwirken des Asylrechts aufgrund von Straffälligkeit führen können. Zum anderen sind kurze und unbürokratische Wege nötig, damit bedürftige Geflüchtete schnell und unproblematisch von Angeboten der Drogen- und Suchtkrankenhilfe profitieren können (z. B. eine Anpassung der Substitutionsregelungen).

Herauszustellen ist zudem, dass die höchst unterschiedlichen Drogenthemen quasi bundesweit in allen Institutionen, die mit Geflüchteten und Migranten arbeiten, zu Herausforderungen werden. Insofern gilt es bundesweite Informations- und Kooperationsstrukturen und Netzwerke zu entwickeln, über die Informationen und Erfahrun-

gen schnell und unkompliziert aus den agierenden Netzwerken der Drogen- und Suchtkrankenhilfe sowie aus Verbänden und Institutionen gesammelt, zusammengeführt und allen Interessierten zugänglich gemacht werden können.

Unübersehbar ist, dass ein fachübergreifendes und abgestimmtes Handlungskonzept nötig ist, das folgende Schwerpunkte beinhalten sollte:

- Entwicklung von Kurzschulungs-Modulen für Leitungen und Sozialdienste der Notunterkünfte und Flüchtlingsheime, die für die Themen „Drogen, Abhängigkeit, Flucht und Migration“ sensibilisieren und Handlungssicherheit bei entsprechenden Problemen in den Einrichtungen stärken.
- Entwicklung von Materialien (schriftlich/mündlich/akustisch/bildlich) für Geflüchtete mit Basisinformationen zu Drogen (einschließlich Aufklärung zu BtMG und Asylrecht), Abhängigkeit und Drogen- und Suchtkrankenhilfe in Deutschland.
- Grundideen und Kooperationsvereinbarungen zu einer aufsuchenden Drogenhilfe in Not- und Gemeinschaftsunterkünften und zu Zugängen zur Drogen- und Suchtkrankenhilfe (insbesondere Harm Reduction und ärztliche Substitutionsbehandlung) auch für Asylbewerber_innen bzw. im gegebenen Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes.
- Regelungen für eine Öffnung der Beratungs-, Betreuungs- und Therapie-Angebote der Suchtkrankenhilfe für Geflüchtete.

Mit Offenheit, Voraussicht und vernetzter Herangehensweise auf der Basis von Fakten und Erkenntnissen muss es sowohl der Drogenrezeption und Suchtprävention als auch der Drogen- und Suchtkrankenhilfe gelingen, ihren dringlich zu erbringenden Beitrag zur Aufnahme und Integration geflüchteter Menschen zu leisten.

Literatur

- Czcholl, D (2016): Flucht und Migration. Erfahrungen aus der Suchthilfe. In: Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) (Hrsg.): 25. Paritätisches Fachgespräch „Suchthilfe“ des FDR 2016, 23-40.
- Deutsche Welle (2015): Germany from A to Z. Important topics in a nutshell. Thirty-eight tips for understanding Germany and the Germans, online verfügbar unter: <http://www.dw.com/en/germany-from-a-to-z/a-18812923>; letzter Zugriff: 25.03.2016.
- Egartner, E. (2016): Flucht und Migration. Erfahrungen aus der Suchthilfe, in: Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR) (Hrsg.): 25. Paritätisches Fachgespräch „Suchthilfe“ des FDR 2016, 41-52.
- Spiegel (2014): Endstation Görli, in: Spiegel 13, 38-41.
- UNODC (2014): Impacts of Drug Use on Users and Their Families in Afghanistan, Vienna.

Anregungen für die Arbeit mit Geflüchteten in der Suchthilfe und -prävention:

- Modellprojekt Transver: <http://www.transver-sucht.de/>
- EU-Projekt SEARCH, LWL-Koordinierungsstelle Sucht, Münster
https://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Praxis-Projekte/Projekt-Archiv/international/Search

4.3 | Zusammenhänge zwischen Sexualität und Substanzkonsum bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben: Die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Angeboten der Drogenhilfe auf die Lebenswelt und Sexualität von MSM

Ralf Köhnlein, Marcus Pfliegensdörfer

Zusammenfassung

1983 wurden in Deutschland die ersten Aidshilfen von Betroffenen gegründet. Dabei handelte es sich um Männer, die Sex mit Männern hatten, und um Drogengebraucher_innen. Der Arbeitsschwerpunkt liegt auch heute noch in der Förderung und in der Aufrechterhaltung der (sexuellen) Gesundheit. Aidshilfen können auf einen Erfahrungsschatz von über 30 Jahren zurückgreifen, wenn es um die Themen Sexualität und sexuelle Identität geht. Dies ermöglicht Trägern des Drogenhilfesystems Kooperationsmöglichkeiten bei der bedarfsgerechten und lebensweltnahen (Weiter-)Entwicklung ihrer Angebote für MSM, die im Rahmen ihrer ausgelebten Sexualität Substanzen konsumieren.

Ausgangssituation

Psychoaktive Substanzen werden von schwulen und bisexuellen Männern im sexuellen Kontext verwendet, um Hemmschwellen zu senken, die sexuelle Kontaktaufnahme zu erleichtern und sexuelle Aktivität intensiver, länger und aufregender zu erleben. Dieses Phänomen wird unter dem Begriff „Chemsex“ zusammengefasst.

Kokain, Amphetamine, MDMA und Methamphetamin (Crystal) sind Stimulanzien, die den Herzschlag beschleunigen, den Blutdruck erhöhen und euphorische Gefühle auslösen. GHB/GBL, Alkohol, Poppers und (das zum Teil dissoziativ wirkende) Ketamin zählen zu den Sedativa, die Ängste lösen und das Schmerzempfinden herabsetzen können.

Doch psychoaktive Substanzen wirken nicht bei jeder Person identisch. Bei einigen Männern bewirkt der Konsum genau das Gegenteil, z. B. Erektionsstörungen oder einen plötzlichen Verlust der Libido, weshalb zusätzlich beispielsweise Levitra, Viagra oder Cialis eingenommen werden.

Die Gebrauchter, in der Regel Männer zwischen 30 und 50 Jahren, berichten von einem regelmäßigen Konsum überwiegend am Wochenende auf privaten Sexpartys

und in der Cruising-Szene. Ein Großteil steht im Berufsleben, pflegt einen mittelständigen Lebensstil, ist gut sozial und gesellschaftlich integriert (Schmidt et al. 2014). Einige Substanzen, darunter Crystal, werden injiziert. In der MSM-Szene hat sich hierfür die Verwendung des Begriffs „slamming“ etabliert, was wörtlich übersetzt „knallen“ oder „schlagen“ heißt. Dies ist nicht nur eine Anspielung auf die „knallende“ Wirkung der Substanzen, sondern dient gleichzeitig der Abgrenzung zur herkömmlichen Drogenszene, die für den intravenösen (Heroin-)Gebrauch den Begriff des „Drückens“ oder „Ballerns“ verwendet.

Niedrigschwellige und suchtpreventive Angebote der Harm Reduction

Zurzeit sind Harm-Reduction-Aufklärung für MSM und sterile Konsumutensilien unzureichend verfügbar. Es besteht die Herausforderung, bewährte Methoden von Harm Reduction, Suchtprevention und Beratung zielgruppen- und szenespezifisch anzupassen. Die Vernetzung mit Projekten und Hilfsangeboten, die sich speziell an Schwule und MSM richten, sollte pragmatisch und ergebnisorientiert sein. Hierzu ein Beispiel:

In Berlin und in anderen deutschen Städten nähern sich unterschiedliche Akteure aus der Aids-, Drogen- und Suchthilfe einander thematisch an, öffnen und entwickeln ihre Angebote gemeinsam/in Abstimmung. Auch der Berliner Träger Fixpunkt e.V. trägt dazu bei. Seit einigen Jahren besteht eine Zusammenarbeit mit dem schwulen Präventionsprojekt manCheck sowie dem Träger Schwulenberatung Berlin. Gemeinsam wurden substanzspezifische Infolyer bezogen auf den Kontext von Sex zwischen MSM und Materialien zur Harm Reduction für diese Zielgruppe entwickelt. Im Jahr 2015 intensivierte sich die Kooperation, um die Zielgruppe der Chemsex-Praktizierenden mit Botschaften zur Risikoreduktion zu erreichen. Nachdem die Vorbereitungen weitgehend abgeschlossen sind, erfolgt nun eine Vergabe von adaptierten Fixpunkt-Safer-Use-Materialien in den jeweiligen Szenen in Form von Slampacks, GBL-Dossierhilfen und Sniffpacks für Veranstaltungen und Partys. Infomaterial zum Safer Slamming, zu Safer Use und Safer Sex liegt an relevanten Orten der Community aus. Slampacks werden außerdem in Fixpunkt-Spritzenverkaufs-automaten im Schöneberger Kiez und am Ostbahnhof verkauft. Weitere Bausteine sind die Öffnung von niedrigschwelligen Harm-Reduction-Angeboten und die Erweiterung der Angebote der Schwulenberatung für Sex-Drogengebrauchende als „win-win“. So bietet das Fixpunkt-Projekt Mobilix Kurzinterventionen zum Safer Slamming, zu Konsumalternativen, eine Injektions- und Venenberatung sowie die kostenlose und anonyme Behandlung von Abszessen und Injektionswunden an. Einen wichtigen Bezugsrahmen bietet hierbei auch ein Harm-Reduction-Plan zu Amphetaminen (Pinkham 2011). Präventions- und Testangebote von Fixpunkt und der Schwulenberatung flankieren und ergänzen diese Angebote. Bekannt gemacht werden die Angebote durch eine Webseite (www.mancheck-berlin.de/slam), im Rahmen von Gremienarbeit und Social Media (Blu 2015).

Im Bereich niedrigschwelliger und präventiver Angebote zur Gesundheitsförderung im Kontext von Chemsex und dem zielgruppenübergreifenden Infektionsschutz ergänzen sich die Angebote idealerweise mehrstufig und werden durch Beratungs- und Behandlungsangebote komplementiert. Dabei spielen zielgruppenspezifische Informa-

tionen und Safer-Use-Materialien, die in eine entsprechende Präventionsstrategie eingebettet sind, eine wichtige Rolle. Beispiele sind die Förderung von Safer Use und risikoreduzierenden Konsumformen durch aufsuchende Angebotsformen in Settings, die „chemsex friendly“ sind. Eine bedarfsorientierte, auf die Zielgruppe ausgerichtete Konsumutensilienvergabe in entsprechender Qualität und in Kombination mit Kurzinterventionen und Beratungsangeboten verspricht die höchste Wirksamkeit (Leicht 2014). Im Bereich Harm Reduction gibt es seit Jahrzehnten Erfahrungen mit Strategien zur Prävention von Infektionskrankheiten und Gesundheitsförderung beim injizierenden, aber auch nicht-injizierenden Substanzkonsum. Bisher waren diese Angebote vorwiegend auf die Zielgruppe der Opiatkonsumierenden ausgerichtet.

Weiterentwicklung von Beratungs- und Behandlungsangeboten

An die niedrigschwelligen Angebote anknüpfend, muss sich (Sucht-) Beratung gleichermaßen am Alltag und der Lebenswelt der Gebrauchenden orientieren. Die Ergebnisse der EMIS-Studie (European MSM Internet Survey) zeigen, dass rund 38,6% aller befragten MSM unzufrieden mit ihrem Sexualleben sind. Die Gründe sind vielseitig und an dieser Stelle seien nur einige benannt (Bochow et al. 2011):

- Ich bin in sexueller Hinsicht nicht so selbstsicher, wie ich gerne wäre (37,1%)
- Ich hätte gerne mehr Sex mit dem Mann/den Männern, mit dem/denen ich Sex habe (34,4%)
- Ich hätte gerne mehr Sexpartner (32,8%)
- Ich habe Probleme, einen Ständer (eine Erektion) zu bekommen oder zu behalten (13,7%)
- Mein Sextrieb ist zu schwach (10,2%)

Offensichtlich scheinen körperliche und psychische Faktoren (Erektionsprobleme, Selbstzweifel) MSM daran zu hindern ihre Sexualität befriedigend zu erleben. Hinzu kommt der Wunsch, den Sex unter Einbezug von mehr Sexualpartnern exzessiver auszuleben.

Der Substanzkonsum kann in diesen Zusammenhängen Abhilfe verschaffen und eine Lösungsmöglichkeit bieten, die eigene Sexualität kurzfristig zufriedenstellender zu erleben. In der Chemsex-Studie wurden Betroffene befragt, mit welchen Zielen der Drogengebrauch verbunden ist (Bourne et al. 2014):

- Selbstzweifel zu reduzieren und das sexuelle Selbstvertrauen zu steigern
- die sexuelle Lust und Libido zu erhöhen
- den sexuellen Kontakt und die intime Verbindung zu vereinfachen
- die sexuelle Ausdauer zu steigern und die Anzahl von Sexualpartnern zu erhöhen
- die sexuelle Abenteuerlust und Experimentierfreude zu steigern
- die sexuelle Unzufriedenheit zu verändern und sich den Wunsch nach besserem Sex zu erfüllen

Der Sex ist für MSM Auslöser, Substanzen zu konsumieren. Der sexuelle Kontext muss in der Beratung und Behandlung besprechbar sein. Eine Unterstützung im Umgang mit dem Suchtmittelkonsum kann nur erfolgreich und nachhaltig sein, wenn

eine Auseinandersetzung mit dem zugrundeliegenden Thema stattfindet. Hierzu ein Beispiel:

Seit Februar 2013 stellt die Aidshilfe Köln ein Beratungsangebot für Betroffene zur Verfügung, die ihr Konsumverhalten aufgrund der auftretenden Auswirkungen als problematisch erleben. Klienten leiden unter Folgeerkrankungen (HCV-Infektionen, Schlaganfall durch Überdosierung, psychotische Episoden), an Problemen bei sozialrechtlichen Angelegenheiten (anhaltende Arbeitsunfähigkeit, Jobverlust, Schulden), unter körperlichen Folgeerscheinungen (Schlafstörungen, Gewichtsabnahme, Abszesse), an Wesensänderungen (Aggressionen, erhöhte Reizbarkeit) und partnerschaftlichen bzw. sozialen Konflikten. Um die Lebenssituation der Betroffenen ganzheitlich zu erfassen, wird im Rahmen der Beratung neben einer Sozial- und Suchtanamnese auch eine psychosexuelle Anamnese durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass der anhaltende Substanzkonsum zu einer Veränderung der ausgelebten Sexualität führt. Klienten berichten von exzessiven und brachialen Sexpraktiken, bei denen teilweise körperliche und persönliche Grenzen überschritten werden. Ein bekanntes Phänomen ist das oben beschriebene Slammen, unter Nutzung geteilter Spritzutensilien, als sexuelles Ritual, das Verschmelzung symbolisiert (Kirby/Thomber-Dunwell 2013). Fixpunkt und man-Check haben auf dieses Sexualverhalten mit niedrigschwelligen Angeboten wie bereits erläutert reagiert, um HIV- und HCV-Infektionen bei MSM zu verhindern.

Klienten berichten des Weiteren von Ohnmachtsgefühlen, Kontrollverlust und Übergriffserlebnissen während des Chemsex. Behandlungsangebote müssen Betroffenen einen Rahmen bieten, sich mit diesen schambesetzten Erfahrungen auseinandersetzen zu können, um Selbstwertgefühle aufbauen und (sexuelle) Grenzen ziehen zu können. Enttabuisierung setzt Selbstheilungskräfte frei und dient als erster Schritt zur Stabilisierung und Veränderung. In der Beratung ist es wichtig, auch als Berater_in die eigenen Grenzen wahrzunehmen und diese zu benennen, um als gutes Beispiel voranzugehen.

Die Aidshilfe Köln arbeitet seit 2013 daran, Versorgungsstrukturen in Köln und den anliegenden Regionen auf den Hilfebedarf von drogengebrauchenden MSM abzustimmen und Angebote miteinander zu verknüpfen. Für niedergelassene HIV- Schwerpunktärzt_innen, Fachkrankenhäuser und Entwöhnungskliniken wurden Fortbildungen zum Thema „Schwule Lebenswelt und Konsumzusammenhänge“ entwickelt und durchgeführt. Ziel war es, Ärzt_innen und (Sucht-)Therapeut_innen zu ermutigen, mit ihren Patienten über ihre Sexualität zu sprechen, und Hintergrundwissen zu vermitteln.

In zwei niedergelassenen HIV-Schwerpunktpraxen wird durch die Aidshilfe Köln eine psychosoziale Sprechstunde als niedrigschwelliges Beratungsangebot zur Verfügung gestellt. Die Ärzt_innen haben die Möglichkeit, Patienten, die durch den Konsum von Crystal Meth und/oder anderen Substanzen medizinisch (somatisch, psychisch) auffällig wurden, auf kurzem Weg in die Beratung zu vermitteln.

Im Rahmen der Vernetzungsarbeit wurde zwischen allen beteiligten Akteuren ein überregionaler Arbeitskreis initiiert, zum regelmäßigen Erfahrungsaustausch und zur Prozessbegleitung im Umgang mit betroffenen MSM. Dabei entstanden Kooperationsvereinbarungen, die Verweisungs- und Handlungskompetenzen auf allen Seiten stärken.

Auch das bundesweite Projekt QUADROS (Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern) setzt sich mit dem Themenkomplex Drogengebrauch und Sexualität bei MSM auseinander. Es vernetzt Präventions- und Beratungsangebote in ganz Deutschland und führt Erfahrungen zusammen, um Angebote weiterzuentwickeln (Deutsche AIDS-Hilfe 2015, Dichtl et al. 2016).

Empfehlungen für die Politik und Praxis der Sozialarbeit und Medizin

Vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderung und Unterstützung von Chemsex-Praktizierenden wird eine ausgewogene Strategie empfohlen, die Synergien und eine engere Kooperation zwischen Harm-Reduction- und zielgruppenspezifischen Hilfsangeboten wie Schwulenberatungen und AIDS-Hilfen berücksichtigt (Deimel/Stöver 2015).

Dem gegenseitigen Wissenstransfer zu schwulen Lebenswelten und der Strategieentwicklung im Kontext von Substanzkonsum kommt dabei eine tragende Rolle zu. Gemeinsame Projekte, Aktionen und Einsätze, beispielsweise im Partysetting, sind empfehlenswert. Dies setzt aber auch das Vorhandensein dieser Strukturen wie Projekte und nicht zuletzt deren Finanzierung voraus.

Das bestehende Hilfesystem (Drogen- und AIDS-Hilfen) sollte hierbei einen weitreichend integrativen Ansatz verfolgen, um sich den neuen Trends anzupassen und zu öffnen sowie den Herausforderungen zu stellen. Ein Aufbau von Parallelstrukturen scheint nur bedingt sinnvoll, sofern Lücken in der Hilfelandschaft vorhanden sind, die nicht von bestehenden Institutionen abgedeckt werden können. Lebenswelt- und Konsum-akzeptierende Angebote sollten (wie bei anderen Zielgruppen auch) mit Beratungs- und Behandlungsangeboten verzahnt werden.

Da immer wieder der Bedarf signalisiert wird, wird empfohlen, für Ärzt_innen Kurzinterventionen zu entwickeln und Beratungsangebote dort zu implementieren, wenn sie mit Patienten konfrontiert sind, die riskanten Sex unter Drogeneinfluss praktizieren.

Eine adäquate Zielgruppenansprache, die den Gesamtkontext von Drogen und Sex berücksichtigt, bietet die Chance für eine erfolgreiche Intervention. Eine akzeptierende und zieloffene Beratung/Intervention, welche die individuelle Situation im Blick hat, Risikokompetenzen fördert und weiterführende Hilfsangebote aktiv anbietet, bildet grundlegende Handlungsmaxime.

Landes- und Bundespolitik ist gefordert, sich neuen Trends und Zielgruppen anzunehmen und die Gestaltung adäquater Rahmenbedingungen auf sämtlichen Interventionsebenen zu stärken und aktiv zu unterstützen.

Literatur

- Blu (2015): Interview – willst du (mit mir Drogen nehmen)?, online verfügbar unter: <http://www.blu.fm/subsites/detail.php?id=9643#.VtU3l-Jcg2F>; letzter Zugriff: 25.03.2016.
- Bochow, M./Lenuweit, S./Sekuler, T./Schmidt, A. J. (2011): Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex-, Schutz- und Risikoverhalten, online verfügbar unter: http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis_nationalreport_germany.pdf; letzter Zugriff: 24.03.2016.
- Bourne, A./Reid, D./Hickson, F./Torres Rueda, S./Weatherburn, P. (2014): The Chemsex Study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham, online verfügbar unter: <https://www.lambeth.gov.uk/sites/default/files/ssh-chemsex-study-final-main-report.pdf>, letzter Zugriff: 24.03.2016.
- Deimel, D./Stöver, H. (2015): Drogenkonsum und Gesundheit in der homo- und bisexuellen Community, in: 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, 66-70, online verfügbar unter: <http://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2015/05/Alternativer-Drogen-und-Suchtbericht-2015.pdf>, letzter Zugriff: 24.03.2016.
- Deutsche AIDS Hilfe (2015): HIV-Beratung Aktuell 4/2015, 10-12, online verfügbar unter: http://www.aidshilfe.de/download_file/10195, letzter Zugriff: 24.03.2016.
- Dichtl, A./Graf, N./Sander, D. (2016): Modellprojekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern „QUADROS“, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin (im Erscheinen).
- Kirby, T./Thomber-Dunwell, M. (2013): High-risk drug practices tighten grip on London gay scene, in: Lancet 381, 101-102.
- Leicht, A. (2014): Improving the quality of needle and syringe programmes: an overlooked strategy for preventing hepatitis C among people who inject drugs, in: BMC Infectious Diseases, online verfügbar unter: <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-14-S6-S8>; letzter Zugriff: 22.03.2016.
- Pinkham, S. (2011): Speeding up the response: A global review of the harm reduction response to amphetamines, in: Harm Reduction International: The Global State of Harm Reduction 2011, 97-104, online verfügbar unter: http://www.ihra.net/files/2010/06/15/Chapter_3.4Web_.pdf; letzter Zugriff: 22.03.2016.
- Schmidt, M./ Wurm, M./ Zimmermann, N. (2014): Die “Lust und Rausch”- Studie, in: HIV Report 2014: 4, 14-16.

4.4 | Patientenbedarfe, Patientenrechte und Patientenbeteiligung in der Substitutionsbehandlung

Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Die moderne Medizin misst der partnerschaftlichen Einbeziehung von Patient_innen in Diagnoseerstellung und Behandlungsentscheidungen zunehmende Bedeutung bei. Zahlreiche internationale Studien zeigen zudem, dass Patient_innen, die sich in ihre Behandlung einbezogen fühlen, zufriedener sind und bessere Ergebnisse erzielen, als jene, die lediglich passiv die Anweisungen des medizinischen Personals befolgen.

Nach jahrzehntelanger Geheimhaltung ihres Konsums aus Angst vor Ausgrenzung und Sanktionen, Kriminalisierung und Inhaftierung kommt einer empathischen und vorurteilsfreien Haltung des Arztes gegenüber opiatabhängigen Frauen und Männern, die sich in eine Substitutionsbehandlung begeben haben, eine besondere Bedeutung zu.

Der Beitrag geht der Frage nach, was sich substituierte Patient_innen wünschen und warum gerade diese Behandlung vielfach von Misstrauen und Sanktionen geprägt ist.

Gemäß der WHO ist Gesundheit mehr als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der bestmögliche Gesundheitszustand bildet ein Grundrecht jedes Menschen ohne Unterschiede in Bezug auf Rasse, Religion, politischer Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (Resolution der Generalversammlung 1948).

Neben dem Grundsatz, Gutes zu tun und nicht zu schaden, fokussiert die Medizin auf den Respekt vor der Autonomie der Patient_innen. In der modernen Medizinethik haben auch Menschen mit Suchterkrankungen ein Recht auf Respekt und Autonomie. Grundlage zur Durchführung einer Behandlung ist das „informierte Einverständnis“. Voraussetzung hierfür ist die Fähigkeit zu verstehen und entscheiden zu können, sowie die Freiwilligkeit der Entscheidung. Somit können die Patient_innen auch als Auftraggeber_innen einer Behandlung gesehen werden.

Trotz internationaler Konventionen, zeigen Rückmeldungen von Patient_innen mit Abhängigkeitserkrankungen, dass diese Grundrechte nicht immer respektiert und angewandt werden. Stattdessen spüren viele Heroinkonsument_innen, dass ihnen die Fähigkeit einer eigenständigen Entscheidung abgesprochen wird und ein Einbezug in Entscheidungen nicht stattfindet.

Dabei zeigen vielfältige Praxiserfahrungen, dass Frauen und Männer, die aufgrund einer langjährigen Heroinabhängigkeit soziale und/oder medizinische Unterstützung in Anspruch nehmen, bis auf wenige Ausnahmen die Kompetenz haben, sich sehr

bewusst für oder gegen etwas zu entscheiden sowie Verantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen.

Grundlage für das sogenannte „*user involvement*“ oder hier „*patient involvement*“ ist eine Haltung, die anerkennt, dass Patient_innen als Gegenüber des Behandlers bzw. der Behandlerin über vielfältige Kompetenzen und Ressourcen verfügen, die eventuell erweckt bzw. wiederentdeckt werden müssen. Darüber hinaus zeigt sich, dass eine empathische und respektvolle Ansprache, Geduld sowie eine ernstgemeinte Einbeziehung in Entscheidungen und Zielsetzungen die Motivation der Patient_innen stärken können.

Erfolgsfaktoren der Substitutionsbehandlung

Faktoren, die zum Erfolg einer Substitutionsbehandlung führen können, sind vielfältig und könnten wie folgt definiert werden:

- die von Respekt geprägte Haltung der Ärztin bzw. des Arztes sowie des Praxisteams gegenüber Opiatkonsument_innen
- die Erfahrung der Ärztin bzw. des Arztes in der Suchtmedizin
- die Einbeziehung der Patient_innen bei der Festlegung von Behandlungsinhalten und den Zielen der Behandlung
- die Wahl des Substitutionsmedikaments und dessen Dosierung
- die Qualität und Quantität ärztlicher Konsultationen
- die Vermeidung von Maßnahmen und Bedingungen die die Substitution in negativer Hinsicht als „besonders“ kennzeichnen
- der Schutz persönlicher Daten
- Mitwirkung der Patient_innen

Auch in der psychosozialen Begleitung (PSB) gilt es erreichbare und realistische Ziele gemeinsam mit den Klient_innen zu definieren. So ist bei einer Zielerreichung gemeinsam mit den Klient_innen auch ein mögliches Betreuungsende zu diskutieren und zu definieren. Die heute vielfach zu beobachtenden endlosen Betreuungsprozesse erscheinen wenig sinnvoll und erfolgreich, insbesondere wenn sie von der Betreuerin bzw. dem Betreuer oder von den Patient_innen als Zwang erlebt werden. Von besonderer Bedeutung ist allerdings, dass auch bei einer Unterbrechung oder der Beendigung der psychosozialen Begleitung, die medikamentengestützte Behandlung, als Teil der Substitutionsbehandlung fortgesetzt werden kann. Um dies bundesweit praktizieren zu können, ist die zwangsweise Kopplung dieser beiden Bereiche der Substitution dringend aufzuheben.

Substitution, der Beginn eines neuen Lebensabschnitts

Für Opiatkonsument_innen sind Wertschätzung und Respekt von anderen teilweise über Jahrzehnte nicht wahrnehmbar gewesen. Viele Opiatkonsument_innen haben lange und mehrfache Inhaftierungen hinter sich. Ein zeitweiliges Leben ohne Obdach

ist eher Regel denn Ausnahme, ebenso wie ein Leben ohne feste Partner und ohne Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben.

Die Substitutionsbehandlung stellt für alle Opiatkonsument_innen den Beginn eines neuen Lebensabschnitts und eine Art Abenteuer dar. Dennoch gelingt es ihnen trotz der jahrzehntelangen Geheimhaltung ihres Konsums aus Angst vor Ausgrenzung und Sanktionen, Kriminalisierung und Inhaftierung, sich zur individuellen Verbesserung der Lebenssituation wiederholt auf eine für sie neue, unbekannte und anspruchsvolle Behandlung einzulassen.

Es darf niemanden wundern, dass sich Opiatkonsument_innen insbesondere zum Beginn der Substitutionsbehandlung misstrauisch und ablehnend verhalten oder Beziehungen jeglicher Art sehr zurückhaltend gegenüberstehen. Diese Verhaltensweisen, die bisher als Schutz vor erneuten Verletzungen dienten, können nur sehr langsam und stückweise verändert werden. Hierzu ist insbesondere von der Ärzteschaft und dem Praxispersonal sowie von Betreuer_innen Empathie erforderlich. Dies gilt insbesondere bei zu erwartenden Rückschlägen, die Teil der Behandlung und Betreuung sind.

Das Verhältnis von Ärzt_innen, Betreuer_innen und Patient_innen

Ärzt_innen, Sozialarbeiter_innen und all jenen, die Drogenkonsument_innen behandeln, betreuen und begleiten, gelingt dieser Aufbau einer Beziehung nur mit einer wertschätzenden, unvoreingenommenen Haltung, sowie dem Blick auf die jeweils vorhandenen Ressourcen. Die Praxis zeigt, dass bedingt durch die teilweise jahrzehntelange Abschottung einhergehend mit der Vermeidung von sichtbaren Gefühlen, der Aufbau von tragfähigen Beziehungen nicht sofort und bei allen Patient_innen gelingt. Jede Ärztin, jeder Arzt und jede_r Betreuer_in kennt allerdings Beispiele, wo durch Zuwendung, Respekt und Geduld sowie die Achtung des Selbstbestimmungsrechtes gemeinsam mit Opiatkonsument_innen nicht für erreichbar gehaltene Ziele realisiert wurden.

Bestrafung und Abwendung aufgrund nicht erreichter Ziele oder aufgrund von Rückfällen bestätigen hingegen alle Vorbehalte und Ängste von Drogenkonsument_innen. Eintausend mal erlebte Gefühle der Einsamkeit, des nicht-verstanden-werdens und der Ablehnung sind sofort wieder präsent und eine Rückkehr zu altbekannten Verhaltensmustern, die in der Vergangenheit für den Moment als hilfreich empfunden wurden, wie z.B. Drogenkonsum, Rückkehr zur Isolation und der Beziehungsabbruch, sind mehr als wahrscheinlich.

Genau darum ist das traditionelle, sanktionsgeprägte Drogenhilfesystem, das von falsch verstandener Moral geprägt war und in dem Ziele diktiert wurden, gescheitert und hat bei Menschen, die Drogen gebrauchen viel Schaden angerichtet. Die Ursache für das noch heute spürbare mangelnde Vertrauen vieler Drogenkonsument_innen gegenüber Ärzt_innen, Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe oder gegenüber Behörden, liegt in diesem jahrzehntelang praktizierten und gescheiterten Hilfeansatz. Im Umkehrschluss erlangten akzeptierende Ansätze mit den Eckpfeilern des Respekts, der Selbstverantwortung, und Wertschätzung erstaunliche Erfolge in der Arbeit mit Drogengebraucher_innen.

Insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung der Patient_innen sowie der Förderung von Selbstverantwortung gibt es deutlichen Verbesserungsbedarf. Folgende Beispiele mögen dies unterstreichen:

Die große Bedeutung des Medikaments

Zum Beginn der Substitutionsbehandlung kommt der Wahl des Medikaments eine immense Bedeutung zu. Die Auswahl des Medikaments hat Einfluss auf den Behandlungserfolg und substituierte Patient_innen müssen ihrem Medikament, das ihren Opiathunger stillen soll und täglich eingenommen wird, umfänglich vertrauen.

In einer 2013 durchgeführten Befragung des JES Bundesverbands und der Deutschen AIDS-Hilfe an der 702 Substituierte teilnahmen, gab jede_r vierte Patient_in an, nicht das Medikament der Wahl zu erhalten (Schäffer et al. 2013).

Viele der Befragten gaben an, dass ihre behandelnde Ärztin bzw. ihr behandelnder Arzt Medikament A favorisiert und andere Medikamente ganz abgelehnt. Manchmal gab es die Wahl zwischen Medikament A und B.

Man darf hier die Frage stellen, warum nicht alle in der Substitution tätigen Ärzt_innen bereit sind, die heute zur Verfügung stehende Palette der zur Substitution zugelassenen Medikamente zu nutzen. Dies würde eine Einbeziehung der Patient_innen bei einer ersten und wichtigen Entscheidung fördern. Einbeziehung meint hier, die Vorstellung der Vor- und Nachteile der Medikamente, das Aufgreifen von Mythen und eine Entscheidungsfindung gemeinsam mit den Patient_innen. Das Medikament muss zur Patientin bzw. zum Patienten passen, nicht zur behandelnden Ärztin bzw. behandelnden Arzt.

Die Patientenzufriedenheit

Auch die Zufriedenheit der Patient_innen ist ein wesentlicher Faktor für den erfolgreichen Verlauf der Substitutionsbehandlung. Aber wie ist es um die Zufriedenheit der Patient_innen bestellt?

Folgende Punkte haben wichtigen Einfluss auf die Patient_innenzufriedenheit:

- Der regelmäßige Kontakt zur Ärztin / zum Arzt.
- Interesse der Ärztin / des Arztes für andere Erkrankungen, hierzu gehören regelmäßige HIV- und Hepatitis-Testangebote sowie regelmäßige Gesundheitschecks mit Blutabnahme.
- Abläufe der Substitution zu normalisieren.
- Die Vermeidung von Sanktionen.
- Die Wahrung des Datenschutzes.

Die bereits erwähnte Befragung durch JES und DAH, sowie Rückmeldungen aus der Praxis zeigen, dass auch dieser Bereich Raum für Verbesserungen bietet.

So wurden die Zufriedenheit hinsichtlich der Arztkontakte und die Zufriedenheit von Begleitbehandlungen (HIV- und Hepatitistests, Impfungen, körperliche Untersuchungen etc.) nur durchschnittlich bewertet. Der Aufbau einer vertrauensvollen Bezie-

hung zwischen Patient_innen und Ärzt_innen wird unter anderem durch hohe Patient_innenzahlen, die in vielen Praxen zu verzeichnen sind, erschwert. Die Zeit der Ärztin bzw. des Arztes ist begrenzt und 100-200 oder mehr Substituierte erfordern Zeit. Tägliche „Vergabezeiten“ von lediglich 30, 60 oder 90 Minuten verschärfen viele Probleme des Praxisalltags. Rückmeldungen von Patient_innen deuten darauf hin, dass gerade jene Patient_innen, die zurückhaltend sind und denen es an Selbstbewusstsein fehlt, hierunter leiden und ihre Bedürfnisse nicht artikulieren können.

Die Substitution sollte wann immer möglich im Arztzimmer stattfinden. Die „Vergabe“ am sogenannten „Substitutionstresen“ manifestiert hingegen den Status der Substitution als „Sonderbehandlung“ in negativer Hinsicht. Wenn dann noch Ergebnisse von Urinkontrollen und andere persönliche Dinge in Hör- und Sichtweite anderer Patient_innen mitgeteilt oder diskutiert werden, kann dies nur als Signal der Abwertung verstanden werden. Darüber hinaus wird hierdurch der Datenschutz geradezu ad absurdum geführt.

Sanktionen bleiben ein untaugliches Mittel

Wenn man Patient_innen ohne Abhängigkeitserkrankung fragt, wie bei ihnen die nichtkontinuierliche Medikamenteneinnahme oder nichtwahrgenommene Termine sanktioniert werden, wird dies Verwunderung oder Kopfschütteln hervorrufen. Sanktionen sind im Verhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen kontraproduktiv und überflüssig – und dies ist gut so.

Nicht so bei der Behandlung von Opiatkonsument_innen. Eine Reduktion der Dosis des Substitutionsmedikaments oder die Rückkehr zur täglichen Einnahme des Medikaments in der ärztlichen Praxis unter Aufsicht sind hingegen als Reaktionen auf vermeidliches oder tatsächliches Fehlverhalten substituierter Patient_innen durchaus üblich.

Bestrafungen waren schon immer ein völlig untaugliches Mittel zur Disziplinierung. Dies gilt auch oder insbesondere für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Wobei insbesondere die Maßregelung und Sanktionierung mit dem Hinweis auf eine Dosisreduzierung medizinisch und ethisch strikt abzulehnen ist.

Auch Substituierte werden älter

Bis vor wenigen Jahren waren die Wiedererlangung von Teilhabe und die Stärkung des Selbstwerts durch Arbeit eines der wichtigsten Ziele einer Substitutionsbehandlung. Die Altersentwicklung bei substituierten Patient_innen zeigt aber immer deutlicher, dass Substituierte immer älter werden. Diese Entwicklung darf nicht als Problem gesehen werden. Das Heroin-konsument_innen heute das Rentenalter erreichen, ist unter anderem ein Erfolg der Substitution, sowie der psychosozialen Begleitung. Die Tatsache, dass der Grad der Morbidität auch im Laufe einer jahrelangen Behandlung sehr hoch bleibt und nicht signifikant reduziert wird, lässt Zweifel aufkommen, dass es uns gelingt viele der Substituierten die 40 Jahre oder älter sind, in solche Arbeitsverhältnisse zu bringen, die staatliche Transferleistungen überflüssig machen, die Lebenszu-

friedenheit erhöhen und die gesellschaftliche Teilhabe positiv beeinflussen (Wittchen et al. 2011).

Substitution als lebensbegleitende Hilfe

Stattdessen sollten wir uns immer mehr mit geeigneten Behandlungskonzepten im Alter auseinandersetzen und die Substitution als lebensbegleitende Hilfe anerkennen. Hierbei sind Alternativen zu heute vielfach diskutierten Heimunterbringungen dringend erforderlich. Viele Patient_innen haben dutzende Entgiftungen hinter sich, haben mehrere Rehabilitationsbehandlungen absolviert oder vorzeitig beendet und haben 5 Jahre und mehr Hafterfahrung. Ihr Bedarf an Gemeinschaft, Gruppentreffen und Rücksichtnahme auf andere ist mehr als gedeckt. Sie wollen in der Mehrzahl so lange wie möglich eigenständig leben, in ihrer eigenen Wohnung, die ihnen über viele Jahre nicht zur Verfügung stand.

Die medikamentengestützte Behandlung von Opiatkonsument_innen ist trotz vieler kritisch zu betrachtender Punkte eine weltweite Erfolgsgeschichte. Eine hohe Haltequote ist die Basis für die dramatische Abnahme von kriminellem Verhalten, der Reduktion des Konsums von illegal erworbenen Opiaten und anderen Substanzen. Auch der deutliche Rückgang von HIV-Infektionen und Todesfällen infolge von Überdosierungen ist ein Indiz für den Erfolg der Substitutionsbehandlung. Und dies obwohl ein Ziel nicht erreicht wurde. Die große Mehrheit der Patient_innen verfolgt nicht mehr das Ziel der Abstinenz vom Substitutionsmedikament. Es gilt diese Tatsache anzuerkennen und Patient_innen bei der Erreichung ihrer jeweiligen Ziele zu unterstützen und persönliche Sichtweisen und Ziele als professionelle Helferin bzw. als professioneller Helfer zurückzustellen.

Abschließend gilt die Empfehlung, substituierte Patient_innen und Klient_innen so zu behandeln, wie man sich ärztliche oder soziale Hilfen auch für sich selbst wünschen würde. Eigentlich ganz einfach - oder?

Literatur

- Schäffer, D./Lenz, J./Schieren, C./Heinze, K./Jesse, M./Häde, M. (2013): Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der Opioid-Substitutionsbehandlung, in: Akzeptanzorientierte Drogenarbeit, online verfügbar unter: <http://www.indro-online.de/schaeffer2013.pdf>; letzter Zugriff: 19.04.2016.
- UN-Generalversammlung (1948): Resolution der Generalversammlung, online verfügbar unter: <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>; letzter Zugriff: 19.04.2016.
- Wittchen, H.-U./Bühringer, G./Rehm, J. (2011): Ergebnisse und Schlussfolgerungen der PREMOS-Studie, in: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 5, online verfügbar unter: <http://www.premos-studie.de/11462.pdf>; letzter Zugriff: 19.04.2016.

4.5 | Substitution und was kommt dann? Der Stellenwert von Arbeit für Menschen in einer substitutions- gestützten Behandlung

Claudia Schieren

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt die Schwierigkeiten, welche Drogengebraucher_innen auf dem Arbeitsmarkt haben anhand von zwei Fallbeispielen. Dabei wird unter anderem deutlich, dass für Mitarbeiter_innen von Jobcentern eine Schulung bezüglich des Umgangs mit Drogenkonsument_innen nötig wäre.

Ohne Zweifel gibt es hinsichtlich Vielfalt und Qualität der Unterstützungsangebote für drogengebrauchende Menschen viele positive Entwicklungen. Primär ist hier die Stärkung der niedrigschwelligen Angebote mit akzeptierender Haltung zu nennen. Parallel trägt der Ausbau der substitutionsgestützten Behandlung dazu bei, dass Heroinkonsument_innen älter werden und kriminelles Verhalten sowie der Konsum von illegalen Substanzen drastisch sinken.

Aber hat sich der gesellschaftliche Blick auf jene Menschen ebenfalls verändert? Fragt man Drogenkonsument_innen und substituierte Menschen, so ist das Ausmaß von Stigmatisierung, Ausgrenzung und Ablehnung weiterhin sichtbar und spürbar.

Dass diese Wahrnehmung nicht falsch ist, zeigen Leser_innenbriefe und Kommentare zu Zeitungsberichten über Drogen und deren Nutzer_innen. Auch Reaktionen von Bürger_innen beim Gedenktag für verstorbene Drogengebraucher_innen sowie öffentliche Proteste gegen die Einrichtung von Angeboten für Drogenkonsument_innen in Stadtteilen mit überwiegend liberal linken oder grünen Bürger_innen.

Die Realität zeigt aber, dass insbesondere substituierte Drogengebraucher_innen in der Lage sind, für sich und für andere Verantwortung zu übernehmen. Sie haben Voll – oder Teilzeitstellen auf dem ersten Arbeitsmarkt und leben ohne finanzielle Unterstützung des Staates. Die Tatsache, dass sie ein integriertes Leben führen trägt allerdings dazu bei, dass sie kaum wahrgenommen werden und der Fokus zu meist auf die „typischen“ Drogengebraucher_innen gerichtet bleibt.

Um zu erreichen, dass mehr substituierte Drogenkonsument_innen integriert leben können, bedarf es etwas mehr als nur Konsument_innen, die arbeiten möchten. Ein wichtiger Punkt ist sicherlich ein Arbeitgeber, der bereit ist uns Konsument_innen eine Chance einzuräumen. Diese Chancen lassen sich im Voraus nur sehr schwer einschätzen, deshalb stellt sich vor jedem Vorstellungsgespräch die Frage „Spielt man mit offe-

nen Karten und outet sich als Konsument_in?“ Das Risiko ist groß und der Erfolg meist gering. Kein Wunder also, dass deshalb die meisten Substituierten ihre Vergangenheit und die aktuelle Konsumsituation verschweigen.

In diesem Beitrag werden Beispiele von drogengebrauchenden Menschen im Kontext Arbeit und Beschäftigung vorgestellt.

Beispiel 1: weiblich, 52 Jahre. Gutbürgerliches Elternhaus, zwei Geschwister, aufgewachsen in ländlicher Umgebung.

Erste Erfahrungen mit Alkohol und Cannabis im Alter von 14 Jahren.

Mit 17 Jahren Beginn des Opiatkonsums, Schulabschluss nicht erreicht, trotzdem Beginn einer beruflichen Ausbildung zur zahnmedizinischen Fachangestellten.

Beendigung der Ausbildung nach 2 Jahren, weil der Konsum auffällig wurde und der Arbeitgeber einer Drogenkonsumentin ein Ausbildungsverhältnis im medizinischen Bereich nicht weiter zutraute. Eine Meldung an die Ärztekammer erfolgte, eine stationäre Therapieauflage schloss sich an und bei erfolgreichem Abschluss könne über die Fortsetzung der Ausbildung gesprochen werden.

In den nächsten 10 Jahren folgten verschiedene Entgiftungen und stationäre Therapien. Zwischendurch immer wieder Konsum- aber auch Cleanphasen, während derer unterschiedliche Beschäftigungen begonnen, aber auch zeitnah wieder beendet wurden. Ein Outing des Drogenkonsums fand bei keinem Arbeitsverhältnis statt. Letztendlich endeten die Arbeitsverhältnisse, weil nicht mit offenen Karten gespielt werden konnte. Wer hätte Verständnis dafür gehabt, dass erst für das körperliche Wohlbefinden gesorgt werden muss, bevor an Arbeit überhaupt zu denken war? So konnten die Ausfallzeiten irgendwann nicht mehr erklärt werden und den Abmahnungen folgten schlussendlich die Kündigungen.

Eigentlich eine Erleichterung, denn nichts vergiftet das Verhältnis zu Vorgesetzten, Kollegen und Kolleginnen mehr als Lügen. Das Verstecken der Einstichstellen aufgrund des ehemaligen intravenösen Konsums. Ausreden erfinden, weshalb man heute mal wieder zu spät gekommen ist oder keine Zeit hat, um mit den Kolleg_innen etwas gemeinsam zu machen.

Im Jahr 1994 folgte der Beginn einer neuen Beschäftigung im niedrigschwelligen akzeptanzorientierten Drogenselbsthilfe-Kontaktladen. Zeitgleich wurde eine Substitutionsbehandlung begonnen.

Gerade zu Beginn einer Substitutionsbehandlung ist die Gefahr groß, in das berühmte „schwarze Loch“ zu fallen. Die Zeit, die bisher in die Beschaffung von Drogen investiert wurde, bleibt in der Regel ungefüllt. Daher kommt der Arbeit und Beschäftigung ein sehr hoher Stellenwert zu.

So auch in dem beschriebenen Fall. Die Substitution brachte viel Zeit und Raum, der gefüllt werden wollte. Täglich sechs Stunden Beschäftigung im Kontaktladen mit „normalen“ Tätigkeiten brachten einen geregelten, strukturierten Tagesablauf. Kaffee kochen, Essen zubereiten, Wäsche waschen, Spritzen tauschen, Gespräche mit Besucher_innen des Kontaktladencafés führen - all dies bereite Spaß und füllte den Tag aus. Die Aufgabenbereiche wurden schnell ausgeweitet. Verwaltungsarbeiten, Präventionsveranstaltungen in Schulen mitgestalten, Verantwortung für den Cafékassenbereich. Jede Stunde, jeder Tag brachte mehr Selbstsicherheit und von der Geschäftsfüh-

rung wurden der Einsatz und die Zuverlässigkeit belohnt, indem nach der Ableistung der Sozialstunden (Arbeit statt Strafe) eine über das Arbeitsamt geförderte Maßnahme mit zweijähriger Dauer folgte. Insgesamt belief sich die Beschäftigung im Drogenkontaktladen über öffentlich geförderte Maßnahmen über einen Zeitraum von fünf Jahren. In dieser Zeit stärkte sich ihr Selbstwertgefühl enorm. Das Gefühl, akzeptiert zu werden, etwas Sinnvolles zu leisten und anderen Unterstützung teilwerden zu lassen, trugen stark dazu bei, allein mit dem Substitut klar zu kommen und auf die zuvor konsumierte Substanz fast ganz zu verzichten. Die fehlende Berufsausbildung und die lückenhafte Biografie, die zuvor immer eine wichtige Rolle bei Arbeitgebern gespielt hatten, waren zum ersten Mal ohne Bedeutung.

Die Situation für Drogengebraucher_innen und Substituierte auf dem Arbeitsmarkt ist alles andere als gut. Vorstellungsgespräche, in denen man die Lücken im Lebenslauf erklären soll, erschweren den Zugang zu Arbeit zusätzlich. Hinzu kommt die fehlende Flexibilität auf Seiten der Arbeitgeber - Arbeitszeiten und Vergabezeiten der Substitutionspraxis kollidieren meist miteinander. Dass aber die Beschäftigung für Konsument_innen und Substituierte ein enorm wichtiger Faktor ist, wieder am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, ist unumstritten. Jeder Mensch, auch Konsument_innen illegaler Substanzen, wollen am Leben teilhaben. Jeder Mensch braucht das Gefühl, gebraucht zu werden und wichtig zu sein. Über die Beschäftigung und Arbeit schafft man die Motivation hierzu und es regulieren sich zusätzlich noch andere Punkte: die Schuldensituation kann angegangen werden, die soziale Lage verbessert sich, der Aufbau von zwischenmenschlichen Beziehungen gelingt wieder. All dies wird in der akuten Zeit des Konsums vernachlässigt.

1999 übernahm sie für drei Jahre die Geschäftsführung in einem anderen Drogen-selbsthilfeprojekt. Dies bedeutete eine Ausweitung und Veränderung der Aufgabenbereiche wie z.B. Gespräche in Arbeitskreisen, Finanzverwaltungsarbeiten, Förderanträge stellen, Konfliktlösungsstrategien erarbeiten sowie die Verantwortung für drei Mitarbeiter_innen.

2003 bestand nach einem Wohnortwechsel der Wunsch, weiterhin im Drogenbereich zu arbeiten. Aber ihre Bewerbungen an fast alle Einrichtungen der neuen Heimatstadt wurden ausnahmslos ablehnend beantwortet. Es fehlte an der formellen fachlichen Qualifikation. Man kann es mit dem folgenden Satz zusammenfassen: „Kein Studium der sozialen Arbeit, kein Arbeitsvertrag - egal wie lange und erfolgreich man bereits in diesem Bereich gearbeitet hat“.

Niedrigschwellige Einrichtungen arbeiten zwar mit Substituierten, aber nicht wirklich auf Augenhöhe. Als gleichwertige Kolleg_innen werden sie in der Regel nicht eingestellt, sondern als Integrationsjobber, MAE-Kräfte, 1€-Jobber o.ä. Für Drogengebraucher_innen ist die Ablehnung auf dem Arbeitsmarkt nochmal eine besonders prekäre Situation und Herausforderung. Wenn sich die Absagen häufen, kommen Selbstzweifel auf und der Druck baut sich auf, so dass es schneller zu „Rückfällen“ oder zu Konsumeinheiten kommen kann. Die PREMOS Studie zeigte in der Kontrollstudie nach fünf bis sechs Jahren einen Anstieg in den Bereichen berufliche Rehabilitation von nur 11,9%.¹

¹ <http://www.premos-studie.de/11462.pdf>

Der Frust und die Enttäuschung mehrten sich, je mehr Vorstellungsgespräche negativ verliefen. Unterstützung und Rückendeckung fand sie in dieser Zeit durch Partner und Familie.

Ihre eigene Drogenerfahrung behielt sie beim entscheidenden Vorstellungsgespräch bei einem Bildungsträger - ihrem zukünftigen Arbeitgeber - für sich. Obwohl aus ihrem Lebenslauf hervorging, dass sie über Jahre beruflich in der Drogenselbsthilfe tätig und ehrenamtlich immer noch aktiv war, bekam sie die Arbeitsstelle. Ab diesem Zeitpunkt lag ihr Beschäftigungsfeld in der Erwachsenenbildung - als Dozentin, Referentin, Ausbilderin und Sozialbetreuerin. Sie erarbeitete sich ein fundiertes Wissen, belegte Fortbildungen. Seit Beginn ihrer Substitution im Jahr 1994 hatte sie das Glück, immer bei Ärzt_innen behandelt zu werden, die zur Unterstützung bereit waren und ihr mit den Vergabezeiten entgegen kamen. Sehr schnell erhielt sie die Take-Home-Regelung, so dass sie nur wöchentlich an der Vergabe in der Praxis teilnehmen musste. Diese wöchentlichen Besuche konnten außerhalb der Arbeitszeit geregelt werden und fielen auf der Arbeit nicht weiter auf.

Die Arbeit mit den Arbeitslosen, die zum Teil auch Drogenkonsument_innen oder Substituierte waren, stellten sie vor eine besondere Herausforderung. Drogengebraucher_innen haben ein gutes Gespür oder Gefühl für Gleichgesinnte. Sie hat ihren eigenen Bezug zum Thema Sucht und Drogen nie offengelegt und ist während ihrer zwölfjährigen Anstellung im Bildungsbereich nie auffällig geworden. Gerade in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Teilnehmer_innen brachte sie viel Empathie, Respekt und Vertrauen mit. Eigenschaften, die ihre Kolleg_innen nicht zwingend für diese Zielgruppe an den Tag legten. Ein weiterer Abschnitt in ihrem Berufsleben eignete sich mit der Möglichkeit, wieder in der Drogenarbeit Fuß zu fassen. Ihre eigenen Erfahrungen und ihre Lebensgeschichte an andere Drogengebraucher_innen weiterzugeben und sie ggf. davon auch profitieren zulassen, Unterstützung zu bieten, all das ließ die Entfernung dieses Arbeitsplatzes zweitrangig werden. Es liegen nun 600 km zwischen ihrem Arbeitsplatz und Wohnsitz. Dies zeigt sicherlich, wie viel ihr diese Arbeit bedeutet. Sie entschied sich gemeinsam mit ihrem Partner dazu und pendelt nun wöchentlich zwischen Arbeit und Wohnung. Die Tatsache, dass sie gerade aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen und ihrer Einstellung zum Drogengebrauch diese Arbeitsstelle besetzen konnte, war für sie eine große Entlastung und Befreiung und machte sie stolz.

Ihr jetziger Arbeitsplatz ist übrigens eine anerkannte Drogenberatungsstelle, die aus der Selbsthilfe gewachsen ist und Anerkennung weit über die Grenzen der eigenen Stadt erlangt hat. Der eigene Hintergrund spielt für die Arbeit mit Drogengebraucher_innen eine enorm wichtige Rolle, dies ist immer wieder festzustellen. Während diese Arbeit für uns eine Herzensangelegenheit ist, ist sie aus unserer Sicht für nicht wenige studierte Sozialarbeiter_innen oder Pädagog_innen einfach ein Job.

Während ihres gesamten Berufsweges hat sie auch gelegentlich Opiate konsumiert. Aber - gerade die strukturierten Tagesabläufe trugen dazu bei, dass der Konsum keine negativen Auswirkungen hatte. Eine wichtige Funktion hat hierbei sicherlich das Substitut. Natürlich ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen, während der Substitution weiterhin Heroin zu konsumieren. Aber – that’s Life.

Beispiel 2: männlicher Drogengebraucher, 36 Jahre, Integrationsjobber im Drogenkontaktladen. Seine Vergangenheit beinhaltet die klassische Karriere eines Drogenkonsumenten, wenn man dies so nennen will.

Mit 12 Jahren Alkohol, Haschisch, später Amphetamine und Opiate. Bei dem täglichen Opiatkonsum ist es geblieben.

Die Schule hat er nach der 9. Klasse mit einem Hauptschulabschluss verlassen, eine Ausbildung folgte nicht. In der Zeit wo andere Jugendliche eine Ausbildung absolvieren, hat er exzessiv Drogen konsumiert und hat sein Geld durch Beschaffungskriminalität erworben.

Mit 19 Jahren der erste Knastaufenthalt und im Laufe der Jahre weitere Inhaftierungen wegen Beschaffungskriminalität. In Haft hat er sich, wie viele andere User auch, mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert. Eine Behandlung seiner Hepatitis fand weder während seiner Haftzeit noch in Freiheit statt.

Leider wird die Behandlung einer Hepatitis C von vielen Ärzten abgelehnt, wenn Erkrankte aktuell Drogen oder Alkohol konsumieren.

Nach 26 Monaten Haftzeit hat er einige Versuche unternommen, sich wieder zu integrieren. Jedoch gestaltete sich meist alles anders, als er hoffte.

Eine Arbeitsstelle zu finden setzt in Deutschland schon fast einen festen Wohnsitz voraus. Das Bild, welches Bewerber_innen ohne festen Wohnsitz beim Arbeitgeber hinterlässt, bringt fast ausschließlich Absagen mit sich.

Mit all seinem Hab und Gut von Wohnheimen zu Hotels zu ziehen, sicherte ihm zumindest ein Bett in der Nacht. Eine Wohnung wurde ihm vom Amt nicht zugewiesen, so dass der Kreislauf nicht enden will. Die Unterstützung der Behörden empfand er als eher gering. Eine Vermittlung in Arbeit war auch vom Arbeitsamt nicht zu erwarten. Die Haltung der Arbeitsvermittler gegenüber drogenkonsumierenden Menschen hat ihn bei so manchen Terminen ein hohes Maß an Selbstdisziplin gekostet. Mit viel Einsatz und Ausdauer hat er letztendlich eine Zuweisung in eine Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung erhalten.

Die Auswahl bei der Besetzung von 1€-Jobs ist sehr übersichtlich. Zwar bewilligt das Jobcenter nach wie vor diese Maßnahmen, aber speziell auf Drogengebraucher_innen zugeschnittene Stellen sind rar. Arbeit passt nur bedingt in die Lebenswelt dieser Menschen, da bereits die Beschaffung der Substanz und der Finanzmittel eine Vollzeitbeschäftigung ist. Die Wiederherstellung der eigenen Gesundheit ist existenzieller als ein pünktlicher Arbeitsbeginn. Könnten wir Rauschmittel frei käuflich erwerben, würde die Beschaffung nicht ein solches Maß an Zeit verursachen und eine Arbeit ließe sich im Konsumalltag verwirklichen. Im Kontext der Substitution passt eine Arbeit zumeist hervorragend. Tagesstruktur und Anerkennung sind ganz wichtige Elemente zur Stärkung und füllen das plötzlich frei gewordene Zeitpotential.

Jahrelanger Drogenkonsum fordert einen körperlichen Tribut. Es gibt viele Beschwerden und Krankheiten, die einschränken und das Leistungsspektrum beeinflussen. Da ist eine Vollzeitbeschäftigung oft nicht mehr realisierbar bzw. nicht mehr jede körperlich schwere Arbeit ist zu bewerkstelligen. Bisher ist es traurige Realität in den Jobcentern, dass die Mitarbeiter_innen keinen Bezug zu den Lebenswelten drogengebrauchender Menschen haben. Entweder werden sie als voll leistungsfähig eingestuft oder als nicht arbeitsfähig. Aber selbst voll leistungsfähige Drogengebraucher

cher_innen erhalten von dort keine für sie passenden Stellenangebote. Eine Stellungnahme zu dem unpassenden Angebot wird schon mal mit Sanktionen beantwortet. Oftmals ist die letzte Lösung einem Job zu entgehen, dem man nicht gewachsen ist, eine Krankschreibung – die wiederum das Klischee unterstützt, Drogengebraucher_innen seien nicht willens zu arbeiten. Ein Kreislauf, der nur unterbrochen werden kann, wenn den Mitarbeiter_innen in den Jobcentern im Kontext einer Schulung die Lebenskontexte von Drogengebraucher_innen näher gebracht werden.

Die Beschäftigung mit Mehraufwandsentschädigung hat er im Drogenkontaktladen beginnen können, wo er 24 Monate in allen Arbeitsbereichen mitgearbeitet hat. Das ist das Maximum, welches das Jobcenter bewilligt. Eine Chance auf eine Anschlussbeschäftigung besteht nicht. Die Bewerbungsbemühungen, die mit Unterstützung seiner Kolleg_innen stattfanden, verliefen alle durchweg negativ oder unbeantwortet. Eine Chance auf dem ersten Arbeitsmarkt bleibt ihm auch nach einer erfolgreichen Maßnahme, an der er regelmäßig, pünktlich und sehr engagiert teilnahm, verwehrt.

Fazit

Wenn Angestellte in den Jobcentern gründlicher auf die Lebenswelten drogengebrauchender Menschen vorbereitet würden, ergäben sich sicherlich mehr Möglichkeiten, Konsumenten oder Substituierte passgenau zu vermitteln.

Ebenso richtet sich dies an viele Arbeitgeber, die beim Verdacht auf Konsum von illegalen Substanzen das Arbeitsverhältnis aufheben. Vielleicht richtet ein Gespräch und eine erneute Chance mehr aus und ließe den Arbeitsplatz erhalten. Empathie und Unterstützung können einiges bewirken, wenn dem/der Konsumierenden der Arbeitsplatz etwas wert ist.

Die Defizite in der Substitution müssen dringend abgebaut werden, so dass Substitution tatsächlich das tut, was vorgesehen war. Nämlich die Re -Integration in das Berufsleben unterstützen.

Zuletzt muss aber auch in der Politik ein Umdenken Einzug halten. Solange weiterhin drogengebrauchende Menschen für den Besitz der Substanzen strafrechtlich verfolgt werden, lässt sich ein „normales“ Leben für Konsument_innen nicht bewerkstelligen. Alle strafrechtlichen Folgen sind in der Regel wie in Stein gemeißelt und verfolgen dich im Führungszeugnis, welches heutzutage vielfach dem Arbeitgeber vorgelegt werden muss.

4.6 | Probleme im ländlichen Raum – Meine Behandlung, meine Wahl oder Selbsthilfe als Coming Out

Stefan Ritschel

Zusammenfassung

Dieser Artikel befasst sich mit den Problemen, welche Substituierte im ländlichen Raum haben. Dazu gehört, dass der Ärzt_innenmangel auf dem Land auch zu Versorgungslücken bei der Substitution führt, die freie Ärzt_innenwahl einschränkt und die Patient_innen hilflos gegenüber zu strengen Regeln bei der Substitutionsvergabe macht. Dies kann auch zu Behandlungsabbrüchen und Rückfällen führen.

Seit 2007 versucht die Bundesregierung, den Ärzt_innenmangel in ländlichen Regionen zu beheben. Es gibt einfach zu viele Ärzt_innen in den Städten und zu wenige auf dem Land. Dadurch sind ganze Dörfer von der medizinischen Versorgung abgeschnitten und die Bewohner_innen müssen kilometerweit fahren, um ärztlich behandelt zu werden. Dies ist besonders auch für Personen schwierig, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden. In der Regel müssen die Patient_innen täglich zu ihrer Behandlung fahren und sind mehrere Stunden unterwegs, um ihre Medikation zu erhalten. Dieser strapaziöse Aufwand für die Substituierten wird immer problematischer, da es durch den demografischen Wandel auch immer mehr Alt-Substituierte gibt, die versorgt werden müssen. Gerade in der Substitutionsbehandlung herrscht ein Ärzt_innenmangel. Immer weniger Ärzt_innen entscheiden sich zu substituieren, da sie durch die gesetzlichen Bestimmungen immer mit einem Bein im Knast stehen.

Des Weiteren werden substituierte Menschen kaum ernst- und wahrgenommen. Sie haben wenig Raum, ihre Wünsche in der Behandlung zu äußern und dürfen selten mitentscheiden. Das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf Privatheit werden kaum respektiert. Im folgenden Text wird sich mit diesen Schwierigkeiten kritisch auseinandergesetzt, denn auch ein substituierter Mensch hat das Recht auf eine respektvolle Behandlung.

Eine freie Ärzt_innenwahl ist ohne Ärzt_in nicht möglich

Durch die immer größere Abwanderung der ländlichen Bevölkerung in die Städte, zwecks Arbeitsaufnahme, schlechter regionaler Infrastruktur oder mangelndem Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, werden immer mehr „alteingesessene Landarztpraxen“ aus wirtschaftlichen Gründen oder fehlenden Nachfolger_innen

geschlossen. Viele überfüllte Praxen im ländlichen Gebiet sind nicht in der Lage, zusätzlich auch noch substituierte Patient_innen angemessen zu betreuen. Die Organisation der Praxis nach den Regelungen der BtmVV fordert von Landärzt_innen einen hohen Aufwand, der sich wegen der kleinen Fallzahlen nicht rentiert. Substituierte Patient_innen werden in ein Pendler_innen-Dasein genötigt, vom Wohnort zur Substitution, Beratungsstelle, ggf. Hausarzt und Unterhaltsbehörde und zurück. Dies ist mit einem hohen finanziellen und zeitintensiven Aufwand verbunden. Durch die starke Abhängigkeit der Patient_innen von ihren Behandlern können eventuelle persönliche Probleme gegenüber der Ärztin / dem Arzt selbst, seinen Mitarbeitern oder anderen Substituierten nicht umgangen werden. Das kann zu Vertrauensverlust und Ablehnung führen. In kleineren Städten oder Landkreisen entstehen oftmals Versorgungs- und Wissenslücken durch zu geringe Möglichkeiten der Information. Oder vielerorts fehlt einfach geschultes Fachpersonal, welches durch zielgruppenspezifisches Wissen helfen oder beraten könnte. Durch fehlende oder sehr beschränkte Substitutionsmittelwahl, bei eventuellen Unverträglichkeiten, Nebenwirkungen oder anderen persönlichen Bedenken gegenüber des Substitutes, werden Patient_innen oftmals dazu genötigt, familiäre Bindungen aufzulösen. Oder andere persönliche Wünsche, Bedenken oder erfolgreiche Hilfsstrukturen aufzugeben, nur um die Möglichkeit des Substitutionsmittelwechsels wahrnehmen zu können. Dies kann möglicherweise dazu führen, dass Patient_innen wiederholt in eine ungewollte instabile Lebenssituation zurückfallen, ohne Sicherheit durch eventuell jahrelanges, schwerverdientes Vertrauen in sich selbst oder die erarbeiteten und vertrauten Hilfsstrukturen. Durch die Zerstörung des sicheren privaten Umfeldes können der Kosten- und Zeitaufwand in der Behandlung exponentiell steigen. Auch eine Verschärfung der Gefahren des Rückfalls durch unerwünschte Kontakte zur Szene in Ballungsgebieten oder Schwerpunktpraxen ist eine Folge, die durch fehlende „Modelle“ zur Behandlung am Wohnort der Patient_innen noch bedeutsamer wird.

Behandlungsvertrag oder Sanktionskatalog

Oftmals werden von Substituierten Verhaltensweisen und die Einhaltung von Regelungen zur Behandlung gefordert, zusätzlich zu den eigentlichen Vereinbarungen des Behandlungsvertrages. Damit sollen alle möglichen Störungen des allgemeinen Betriebes der Praxis vor, während und nach der Ausgabe von Substitutionsmitteln von vornherein gänzlich ausgeschlossen und / oder sanktioniert werden können. Dazu gehört auch die obligatorische, speziell angefertigte Hausordnung, welche die Substituierten selbstverständlich, auch ohne je unangenehm aufgefallen zu sein, zu akzeptieren, gegebenenfalls auch noch separat zu unterschreiben haben. In Behandlungsverträgen sind hauptsächlich Regeln und Auflagen zur Behandlung der Patient_innen geregelt, aber nur selten Rechte, Wünsche und Ziele der Patient_innen mit einbezogen. Es fehlen oftmals differenzierte und klar abgesprochene Faktoren. Wie lange genau beispielsweise eine Beikonsumfreiheit bestehen muss, um eventuell in den Genuss einer Wochenendregelung, Take-Home für mehrere Tage oder Wochen zu kommen. Dagegen müssen Klient_innen ihren „Familien-Urlaubsanspruch“ oder ähnliche Wünsche teilweise Wochen oder Monate vorher ankündigen und Buchungs- und / oder gegebenenfalls

andere Unterlagen zum Beweis vorlegen. So kann es unter Umständen dazu kommen, dass bei eventuell kurzfristig eintretenden Änderungen seitens der Patient_innen nicht mehr darauf reagiert werden kann oder wird. Andererseits wird von den Patient_innen aber maximale Flexibilität gefordert, was Ausfälle, Verspätungen oder andere Änderungen betrifft. Viele Patient_innen haben ein umfassendes Wissen über schriftlich oder mündlich geforderte Pflichten, aber werden fast nie über Rechte und Möglichkeiten als Patient_in aufgeklärt. Welches „positive und angepasste Verhalten“ hat welchen Einfluss auf Verlauf und / oder zeitlich begrenzte Sanktionen? Welche Rechte oder Möglichkeiten haben Patient_innen in der Mitsprache, zum Beispiel bei der Substitutionsmittelwahl, bei „Unzufriedenheit“ oder häufig auftretenden Nebenwirkungen? Auch werden Gebühren, die für benötigte Schriftstücke anfallen, willkürlich und nicht von vornherein erkennbar festgesetzt. Wer eine Rechnung benötigt, für den wird es meist noch teurer, da in solchen Fällen dann gern privatärztlich abgerechnet wird.

Datenschutz und Entmündigung liegen nahe beieinander

Um eine schnelle und effektive Abgabe von Substitutionsmitteln zu ermöglichen, werden Patient_innen in der Regel oftmals gleich am Empfang „behandelt“ (Substitutsabgabe), gegebenenfalls auch untersucht (Alkoholkontrolle). Auch eventuelle Gespräche, welche privates oder medizinisches betreffen, oder verhängte Sanktionen, werden häufig gleich hier kommuniziert. Egal ob noch andere Substituierte oder sogar andere nichtsubstituierte Patient_innen der Praxis anwesend sind.

Darüber hinaus kommt es gegenüber der Unterhaltsbehörde oft zu ungewollten Aussagen in Hinsicht auf die eigene Person. Substituierte können häufig, auf Grund der Öffnungszeiten der Ausgabe, geforderten Maßnahmen nur verspätet oder gar nicht nachkommen, was zu weiteren finanziellen Sanktionen seitens der Behörden führen kann.

Gerne werden nach Kenntnis von Unberechtigten frei zugänglich für alle weiteren Sachbearbeiter_innen persönliche Daten dafür benutzt, um auch hier noch vermeintlich hilfreich eingreifen zu können oder zu müssen. Lebensmittelgutscheine sind gern genutzte Möglichkeiten, dem unkontrollierbaren Umgang mit Bargeld Herr zu werden. Damit soll jeder mögliche Erwerb von Drogen gleich von vornherein verhindert werden. Der Einzug des Führerscheines durch die Verkehrsbehörden ist eine weitere mögliche Konsequenz. Die Dauer solcher Sanktionen hängt davon ab, wie schnell die Unterhaltsberechtigten eine abgeschlossene Entzugstherapie bzw. Substitutionsbehandlung und / oder eine durch Amtsärzt_innen bzw. Fachärzt_innen bestätigte Drogenkonsumfreiheit nachweisen können bzw. andere Nachweise vorliegen, dass keine aktuellen oder zukünftigen Gefahren zum erneuten Drogenkonsum bestehen.

Fehlendes Vertrauen

Substitute werden mit unverhältnismäßig großem Aufwand gegenüber anderen Medikamenten in der Darreichungsform vergeben. Sie werden gemörsert und auf Löffeln dargereicht oder im vorbereiteten Becher mit Wasser, mit Orangensaft oder Zucker-

couleur vermischt. So soll ein möglichst hoher Grad an Kontrolle erreicht werden, um jegliche Mitnahmen oder andere Formen der Aufnahme verhindern zu können. Mangelndes Vertrauen der Patient_innen gegenüber den Ärzt_innen führt oftmals dazu, dass persönliche Probleme nicht angesprochen werden.

Durch eine reine Wirtschaftlichkeitsrechnung von Angeboten, basierend auf Fallzahlen, ist eine Behandlung nur in größeren Städten oder Facharztpraxen auch immer wieder damit verbunden, dass Patient_innen ungewollten, aber erzwungenen Kontakt zur aktiven und konsumierenden Szene haben. Gleichzeitig wird aber von ihnen verlangt, diese großräumig zu meiden.

Auch eventuelles morgendliches Erbrechen, durch einmaliges volles „Abschlucken“ der Tagesdosis, wird oft als möglicher Manipulationsversuch gewertet und nicht als Nebenwirkung anerkannt. Gerade im ländlichen Raum haben Patient_innen kaum oder gar keine Möglichkeiten, einem sinnvollen Splitting der Dosis nachzugehen oder dies erproben zu können, vorwiegend aus organisatorischen und dem zusätzlichen Aufwand geschuldeten Gründen seitens der behandelnden Ärzt_innen.

Häufig ist zu beobachten, dass Erkrankungen, Beschwerden, Veränderungen des allgemeinen Wohlbefindens durch die dauernde Zurückhaltung des Morgenurins für mögliche unregelmäßig angesetzte Kontrollen auf Beigebrauch runter gespielt oder gar als Einbildung abgetan werden.

Fehlende Vernetzung und flächendeckendes Unwissen

Vielen Landärzt_innen fehlt oftmals aktuelles und fachliches Wissen über neue Substitute. Fehlende flächendeckende Vernetzung, bei zu weit voneinander getrennten Einrichtungen von substituierenden Ärzt_innen oder begleitenden Einrichtungen, erschwert oder verhindert sogar eventuelle Informationen oder Hilfsangebote. Substitute sind keine „Ersatzdrogen“, wie landläufig immer noch verstanden, sondern sind gezielt eingesetzte Medikamente, die eine positive Entwicklung der eigenen Persönlichkeit und Lebenssituation stabilisieren, stärken und fördern sollen. Sie dürfen nicht dazu benutzt werden, eigene oder gesellschaftlich anerkannte Ansichten und Verhaltensweisen auf andere zu übertragen oder sie zur Grundlage zu machen (absoluter Abstinenzwunsch). Auch werden Patient_innen überfordert, in dem sie selbständig Rücksprachen halten müssen bei anstehenden Operationen. Ob eventuell eingesetzte Medikamente (Diazepam im Narkosemittel) oder andere Substanzen eingesetzt werden oder vorgesehen sind, welche gegen die Auflagen der BTMVV/Substitutionsrichtlinien oder der substituierenden Ärzt_innen verstoßen. Damit kann auch eine erworbene Position der Vertrautheit gegenüber den behandelnden Ärzt_innen außer Kraft gesetzt werden. Auch fehlen oftmals klare Richtlinien, die eindeutige Schlüsse zulassen, zum Beispiel bei unterschiedlichen Beschränkungen der Vergabe von Antidepressiva.

Hilfe zum Lebensunterhalt oder Hartz IV gegen Krankenkasse, Kommune und Co

Patient_innen haben oft Schwierigkeiten bei den Fahrkosten, wenn sie andere Ärzt_innen aufsuchen möchten oder müssen. Damit verstoßen sie eventuell gegen Verhaltens-Auflagen zur Behandlung. So wird eine Behandlung, im Sinne „Meine Wahl...“ unmöglich gemacht. Es besteht nicht wirklich eine Möglichkeit zur freien Wahl der Ärztin bzw. des Arztes. Vielmehr scheint die Philosophie zu gelten: Reicht schon, komm klar oder lass es.

Weitere negative Folgen sind immer wieder die Zerstörung des sicheren privaten Umfeldes oder von Hilfsstrukturen sowie ein höherer Kosten- und Zeitaufwand. Durch ungewollten Kontakt in Ballungsgebieten oder Schwerpunktpraxen und durch fehlende „Modelle“ zur Behandlung der Patient_innen am Wohnort, wie zum Beispiel die Diamorphinbehandlung, steigt die Gefahr eines Rückfalls. Oftmals überschneiden oder behindern sich mehrere Behandlungs- oder zeitlich begrenzte Hilfsangebote verschiedener kooperierender Hilfseinrichtungen gegenseitig, einfach dadurch, dass örtliche Strukturen fehlen. Zu kurze und / oder in der Uhrzeit genau festgelegte, unflexible Ausgabezeiten oder Gesprächsmöglichkeiten, gerade in kleineren Landkreisen, sind größtenteils mit dafür verantwortlich, dass ein gesellschaftlich unangepasstes Verhalten zur Gewohnheit wird. Daher fehlt auch die Zeit für die Aufnahme von Tätigkeiten wie Beruf, Ausbildung, Freizeitaktivitäten oder Ehrenämtern.

Selbsthilfe als Coming Out

Zurzeit aktive Drogenkonsument_innen oder Substituierte sind häufig nicht in der Lage, sich aktiv in der Selbsthilfe zu engagieren. Aus Gründen der persönlichen Überforderung oder aus reinem Zeitmangel, resultierend aus dem Pendeln zwischen Wohnort, Substitutionsmittelvergabe, Facharztpraxen, PSB oder Arbeit. Aber auch finanzielle Gründe behindern größtenteils eventuell mögliche Aktivitäten der Selbsthilfe. Auch durch die häufig erfolgende örtliche Ansiedlung der Selbsthilfe an Drogenberatungsstellen oder ähnlichen Einrichtungen werden ungewollt zusätzliche Hindernisse geschaffen. Das betrifft die Öffnungszeiten, die Schlüsselgewalten oder Anwesenheitspflicht(en) von Mitarbeiter_innen der Einrichtung. So können Treffen außerhalb regulärer Öffnungszeiten oder an Wochenenden in den seltensten Fällen selbständig organisiert werden.

Kleine Gruppen in großem Stil

Auch die stetige Mitgliederzahl der Selbsthilfegruppe kann stark variieren, oder sich auf nur einige wenige beschränken. Dies kann dazu führen, dass die Selbsthilfegruppe gar nicht wahrgenommen und verstanden wird. Auch ein Überangebot an Hilfsangeboten verschiedenster Einrichtungen gerade in größeren Städten, kann ein Grund dafür sein, dass sich keine eigenständigen Selbsthilfegruppen etablieren, weil sich Interessierte in unzähligen Angeboten der Lebenshilfe quasi „verlaufen“. Währenddessen

bestehen gerade in ländlichen Gebieten existenzielle Versorgungslücken, was die generelle Verfügbarkeit von Beratungsmöglichkeiten oder Fachambulanzen für HIV & AIDS, Hepatitis oder Sucht im Allgemeinen angeht. Immer seltener kommen so Gruppen, im Sinne des Gesetzgebers bzw. der Krankenkasse zustande, wegen zu geringer Mitgliederzahlen (mindestens sechs Personen sind erforderlich). Vereine benötigen hingegen „nur“ eine ständige Mitgliederzahl von drei Personen.

Mein Konto und wechselnde Mitglieder

Ein weiteres Problem von Selbsthilfegruppen ist nicht selten das benötigte eigene Konto. Das bedeutet, dass mindestens ein Mitglied sein eigenes Konto zur Verfügung stellt, um eventuell beantragte Fördermittel für die Gruppenarbeit bzw. für Projekte in Empfang zu nehmen. Für die treuhänderische Verwaltung und Verwendung zweckgebundener Mittel müssen dann schon zwei Mitglieder der Gruppen schriftlich garantieren. Manchmal wechseln organisatorische Aufgaben unter den Mitgliedern, z.B. wegen persönlicher Veränderungen. Dies kann problematisch sein, weil dann alle Nachweise neu erbracht werden müssen.

Auch muss man als Leistungsempfänger gegenüber der Unterhaltbehörde, bei der regelmäßigen Überprüfung einer weiteren Bedürftigkeit, Rechenschaft über mögliche finanzielle Ressourcen ablegen. Selbstverständlich fällt dem Sachbearbeiter dabei der auf dem Konto eingegangene Betrag für die Selbsthilfe auf. In dem Fall wird man um eine ausführliche Stellungnahme gebeten, in der erklärt werden muss woher und warum die Gelder auf das eigene Konto eingegangen sind und wofür es im Einzelnen verwendet werden soll. Auch der Nachweis, dass es sich hierbei um kein Einkommen für erbrachte Leistungen, oder um sonstige regelmäßige Vergünstigung jeglicher Art handelt, muss erbracht werden. Spätestens jetzt wissen die Sachbearbeiter_innen, dass sie es mit einem Drogenkonsumenten es zu tun haben bzw. wo die privaten Interessen seines gegenüber liegen. Auch das ist mit ein Grund, der die Gründung von Selbsthilfegruppen so schwer macht, gerade in Bezug auf Datenschutz, nicht nur in kleineren Kommunen oder Landkreisen.

Der ungezügelte Zwang zur Hilfe

In Einzelfällen kann es bedeuten, dass erstmal alle weiteren Zahlungen der Leistungsbehörde mit sofortiger Wirkung eingestellt werden. Auch können Drogentests folgen, da es ja nicht auszuschließen sei, dass wieder illegale Drogen konsumiert werden, wenn man in einer Selbsthilfegruppe tätig ist. Manchmal werden reguläre Bezüge eingestellt oder zurückgefordert bis alle vermeintlich benötigten Unterlagen zur Mittelverwendung und Nachverfolgbarkeit vorlegt werden können. Sollte man dieser Anforderung nicht nachkommen, könne nicht mehr davon ausgegangen werden, dass man seiner Mitwirkungspflicht als Leistungsempfänger nachkommt, und so mit selbstverschuldeten Sanktionen rechnen müsse.

Als Selbsthilfegruppen besitzt man auch nicht die gleichen Voraussetzungen und Rechte wie eingetragene Vereine. Da solche Gruppen nur als loser Zusammenschluss

Gleichinteressierter gelten, die auch durch die hohe Fluktuation von nicht ständigen Mitgliederzahlen definiert werden, und somit keine Person im rechtlichen Sinne darstellen.

Abschließende Forderungen aus der Sicht der Selbsthilfe

- Drogengebraucher_innen besitzen ebenso wie alle anderen Menschen ein Recht auf Menschenwürde. Sie brauchen es sich nicht erst durch ein abstinentes und angepasstes Verhalten zu erwerben.
- Die Grundlage jedweder Drogenpolitik oder Drogenarbeit sollte die Achtung vor dem Menschen sein.
- Substituierte haben ein Recht darauf, als gleichwertige und gleichberechtigte Patient_innen wahrgenommen und behandelt zu werden.
- Ärzt_innen muss es erleichtert werden, bürokratische Hürden zu nehmen, auch um Kleinst-Modellprojekte zu etablieren.
- Strafrechtliche Folgen einer Substitutionsbehandlung müssen minimiert oder gänzlich abgeschafft werden (Paragraph 5 BtMVV).
- Mehr Mitspracherecht in den Richtlinien und Vergabeverordnungen, in der medizinischen Behandlung als mündige Patient_innen.
- Schaffung von Möglichkeiten, und Reduktion von Ausschluss-Kriterien, zur individuell angepassten Behandlung.
- Chancengleichheit für Drogengebraucher_innen bei Arbeit und Beschäftigung.
- Die Abschaffung des bestehenden Betäubungsmittelgesetzes.
- Die Stärkung und Anerkennung von Selbsthilfe.
- Die Integration von Selbsthilfe in Gremien, Ausschüssen und Hilfesystemen.

4.7 | 11 Jahre SGB II/ Hartz IV – Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation suchtmittelabhängiger Menschen

Olaf Schmitz

Zusammenfassung

Elf Jahre nach Inkrafttreten des SGB II (besser bekannt als „Hartz IV“) ist die ambulante Suchthilfe weit davon entfernt, flächendeckend Beschäftigungsangebote für abhängigkeitskranke Menschen vorzuweisen. Im Gegenteil haben seit 2010 fortschreitende Einschnitte in der aktiven Arbeitsmarktpolitik sowie restringierende Gesetzesänderungen zu einem erheblichen Abbau entsprechender Angebote geführt. Eine im Februar/ März 2016 durchgeführte Kurzbefragung von ca. 1000 bundesdeutschen Trägern von Suchtberatungsstellen belegt diese Entwicklung und beleuchtet die diesbezügliche aktuelle Situation.

Das Jahr 2004 neigt sich dem Ende zu, 2005 beginnt für viele mit bangen Fragen. Wir schlagen die Zeitungen auf. Wir lesen: „Hartz IV: Demonstrationen in 140 Städten“ (Spiegel 23.08.2004); „Altersvorsorge - Was ist noch sicher vor Hartz IV?“ (Manager Magazin 27.08.2004); „Sprache: ‘Hartz IV‘ zum Wort des Jahres gewählt“ (Spiegel 10.12.2004); „Slums auch bald in Deutschland?“ (Die Zeit 16.12.2004); „Das Reform-Monster“ (Spiegel 03.01.2005); „Hartz IV: Nonnen auf Jobsuche“ (stern 30.03.2005).

Anfang 2005: Mitarbeiter_innen der Krisenhilfe Bochum sprechen bei der Geschäftsführerin der sich gerade konstituierenden ARGE Bochum vor: „Wir möchten gerne Beschäftigungsmöglichkeiten für Drogenabhängige schaffen – können Sie uns helfen?“. Die Antwort fällt freundlich, aber bestimmt aus: „Wir müssen erstmal dafür sorgen, dass alle Leistungsberechtigten ihr Geld kriegen. Kommen Sie bitte später wieder!“

Wir kommen wieder. Im späten Frühjahr 2005, mit einem Antrag auf ein ESF-gefördertes Beschäftigungsprojekt für Drogenabhängige und dem Anliegen, eine 50-prozentige Co-Finanzierung für 2 Jahre zu benötigen. Diesmal treffen wir auf offene Ohren - und finden unbürokratische Soforthilfe. Nach einer Stunde verlassen wir das Gebäude der ARGE mit einer Zusicherung der gewünschten Finanzierung. Wir können unser Glück kaum fassen!

Wir überspringen administrative Hürden im Land wie Gazellen, bis kurz vor der Zermürbung. Wir tun uns um, finden andere Träger in der Republik, in Nürnberg, Frankfurt am Main, Berlin, die schon geschafft hatten, was wir erst noch wahr

machen wollen; die uns beraten, unterstützen. Wir legen uns ins Zeug, planen, organisieren, akquirieren – und können im Februar 2006 endlich in den Räumen eines kooperierenden Beschäftigungsträgers den Startschuss geben: Mit 21 drogenabhängigen Frauen und Männern, 3 Arbeitsbereichen, um sie zu beschäftigen, Anleiter_innen, Betreuungskräften.

Wir kommen in Fahrt, können uns vor Anfragen kaum retten. Die ARGE fragt schon bald, was denn mit Alkoholabhängigen ist, ob die auch zu uns kommen können. Wir beraten uns, lassen uns beraten, sagen ja. Schon bald stocken wir auf 25 Plätze auf. Die ARGE möchte, dass wir noch weiter zulegen. Wir suchen und finden größere Räumlichkeiten, bieten bald 30, schon kurze Zeit später 35 und schließlich 40 Plätze an. Wir schaffen dank neuer Fördermöglichkeiten erste sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze für einige unserer Teilnehmenden. Zwischendurch immer wieder Anfragen von anderen Trägern, aus anderen Kommunen: Wir möchten auch Beschäftigung für unsere Klient_innen anbieten – könnt ihr uns beraten? Wir werden als Fachreferent_innen zu Tagungen eingeladen, lernen auch immer mehr andere Träger kennen, die Ähnliches wie wir tun. Wir schließen uns auf Landesebene mit Unterstützung der Landeskoordinierungsstelle Integration NRW in einem Arbeitskreis Arbeitsprojekte zusammen, tauschen uns aus, stimmen fachliche Standards ab, veröffentlichen eine Broschüre über Beschäftigungsmöglichkeiten für Abhängigkeitskranke - blühende Landschaften.

Dann die Nachrichten aus dem Bundesministerium für Arbeit (zwischenzeitlich sind 4 Jahre vergangen): Es ist gut, es wird immer besser, es kommt Vollbeschäftigung - es ist an der Zeit, die Eingliederungsleistungen für Arbeitslose zurückzufahren, und zwar erheblich zurückzufahren! Circa eine Milliarde Jahr für Jahr, die die Arbeitsagenturen und die mittlerweile nach höchststrichterlicher Entscheidung zu Jobcentern umstrukturierten ARGEn bis 2013 weniger erhalten sollen, erhalten werden. Die Blütezeit ist vorbei, der Herbst kommt ohne Sommer. Das örtliche Jobcenter lädt die lokalen Träger zur Krisensitzung und muss Hiobsbotschaften verteilen: massive Einschnitte bei den Instrumenten der aktiven Arbeitsmarktpolitik. Man versucht zu bewahren, was noch zu retten ist. Vieles muss gekappt werden, vor allem die sog. AGH (Arbeitsgelegenheiten gem. § 16dSGB II, „1-Euro-Jobs“). Wir kommen mit einem blauen Auge davon, entlassen gefördert Beschäftigte, reduzieren auf 35 Teilnehmer_innenplätze, im Jahr darauf auf 33, die Pro-Kopf-Finanzierung wird auf Jahre gedeckelt.

Den Arbeitskreis Arbeitsprojekte gibt es zwischenzeitlich nicht mehr, da die Kolleg_innen arbeitsverdichtet mit dem Krisenmanagement vor Ort beschäftigt sind oder ganz aufgeben müssen. Und zwar nicht nur aufgrund der finanziellen Einschnitte, die viele hinzunehmen haben, sondern auch wegen der nächsten großen Initiative aus dem Bundesministerium, dem „Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt“, das am 01.04.2012 in Kraft tritt. Kurz vor der Abstimmung im Bundestag kann gerade noch verhindert werden, dass die Pauschale für Träger von AGH gesetzlich auf höchstens 150,- Euro pro Monat begrenzt wird. Dafür wird aber festgeschrieben, dass SGB II-Kunden maximal noch 2 Jahre innerhalb eines 5-Jahres-Zeitraums an AGH teilnehmen dürfen. Zudem darf im Rahmen dieser Beschäftigungsform, die die Basis für die meisten der Maßnahmenplätze - nicht nur, aber auch – für Abhängigkeitskranke darstellt, fürderhin nur noch beschäftigt, nicht aber mehr qualifiziert oder pädagogisch betreut werden.

Gott sei Dank gibt es Alternativen: Man kann auf die sog. Freie Förderung ausweichen, allerdings bekommen die Teilnehmenden dann kein Geld mehr für ihre Arbeit – nicht gut! Außerdem kann man die AGH zukünftig mit Aktivierungsmaßnahmen nach dem SGB III kombinieren. Da gibt es aber einen Haken: Die zukünftigen Anbieter dieser Kombination müssen sich als Arbeitsmarktdienstleister nach den Vorgaben der „Anerkennungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung (AZAV)“ der Bundesagentur für Arbeit, deren Anforderungen nicht weit hinter denjenigen der DIN EN ISO 9001 zurückstehen, zertifizieren lassen und die Aktivierungsmaßnahme noch dazu – und zwar bis Jahresende.

Viele schaffen das nicht, können das auch nicht finanzieren, setzen sich kleiner oder geben auf. Auf der DHS-Fachkonferenz im November 2013 zum Thema „Sucht und Arbeit“ berichte ich nach einer vorherigen Abfrage bei 15 Trägern von Beschäftigungsangeboten für Suchtkranke in NRW, dass 4 von ihnen ihr Angebot eingestellt haben, 7 mussten mehr oder weniger massiv kürzen, nur 5 blieben ungeschoren.

Wir bauen im Schweinsgalopp das geforderte Qualitätsmanagementsystem auf, lassen uns zertifizieren, wir investieren, können uns mit Mühe über Wasser halten.

Mit dem Regierungswechsel hin zur Großen Koalition dann ab 2013 Lichtblicke: Der Eingliederungstitel soll wieder – wenn auch nur moderat – aufgestockt werden, es werden Initiativen für neue Arbeitsmarktinstrumente ins Auge gefasst. Dass das Licht sich jedoch als Irrlicht entpuppt, belegen die folgenden Zahlen, Daten, Fakten:

Die Entwicklung aktiver Arbeitsmarktpolitik im Rechtskreis SGB II seit 2010

Die Zahl arbeitsloser erwerbsfähiger Menschen im Rechtskreis des SGB II (Grundsicherung für Arbeitslose) hat sich in den letzten 4 Jahren kaum mehr verändert und bewegt sich fortlaufend um 2 Millionen. Beinahe die Hälfte von ihnen ist bereits mehr als 4 Jahre im Bezug von Arbeitslosengeld 2 (Alg II), sogar 59 % verfügen über keine abgeschlossene Berufsausbildung (vgl. Agentur für Arbeit 2016:14ff.). Der sprichwörtliche Bodensatz unserer Leistungs- und Arbeitsgesellschaft, der von der Mehrheit von Politik und Bevölkerung mehr oder weniger klaglos so hingenommen wird. Denn stieg das Bruttoinlandsprodukt und damit der Wohlstand in Deutschland alleine seit 2010 um 17,3 % (vgl. Statista 2016), nahmen die Ausgaben für aktive Arbeitsmarktpolitik im Rechtskreis SGB II zunächst eklatant ab, um nun seit 3 Jahren auf niedrigem Niveau zu stagnieren (2010: 6,352 Mrd. EUR, 2015: 3,365 Mrd. EUR; Daten: BIAJ).

Zieht man zudem in Betracht, dass die Jobcenter bundesweit seit 2010 mit schwunghaftem Anstieg Mittel aus dem Eingliederungstitel zur Deckung von Verwaltungskosten umschichten (522 Mio. EUR in 2014, das entspricht dem 40-fachen des Umschichtungsbetrages aus 2010; vgl. Sell 2014, Zeit Online 2015), so ist unter dem Strich eine weiter fortschreitende Verminderung derjenigen Mittel, die real in die Eingliederung und Beschäftigung Langzeitarbeitsloser fließen, zu bilanzieren.

Die Zahl der Plätze in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen reduzierte sich analog in den zurückliegenden sechs Jahren, und zwar für die Bereiche beruflicher Eingliederung, Qualifizierung und Beschäftigung schaffender Maßnahmen um mehr als die Hälfte:

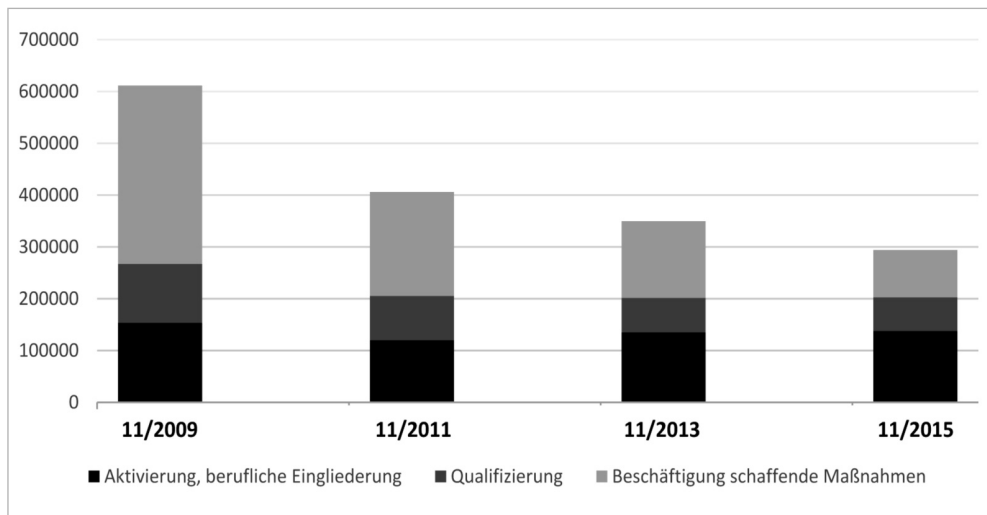


Abbildung 1: Bestand an Teilnehmern in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen im Rechtskreis SGB II.
Daten: Bundesagentur für Arbeit

Die Arbeitsgelegenheiten, die ehemals das – wenn auch umstrittene, so doch gerade für besonders arbeitsmarktferne Personen oft einzig zugängliche – Instrument mit den höchsten Bestandszahlen seit Einführung des SGB II darstellten, brachen regelrecht erdrutschartig weg: Von 327.628 Plätzen im Jahr 2009 sind Anfang 2016 lediglich noch 65.889 übrig geblieben – gerade einmal 20%!

Beschäftigungsfähigkeit von und Beschäftigungsangebote für Abhängigkeitskranke

Wie aber wirkten sich diese Entwicklungen auf die Beschäftigungssituation suchtmittelabhängiger Menschen aus?

Die Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007 bis 2012 weist für 10,2 % der Versicherten im Alg II-Bezug eine Suchtdiagnose gem. der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) nach (vgl. Henkel, Schröder 2015:129). Laut Deutscher Suchthilfestatistik (2014) verfügten 33,3 % der in der ambulanten Suchthilfe betreuten Personen mit einer Suchtdiagnose über keinen Ausbildungsabschluss, 62,5 % waren nicht erwerbstätig und 35,8 % waren arbeitslos nach SGB II. Insgesamt kann eine deutliche Varianz je nach Suchtmittel festgestellt werden, wobei die Werte Opiatabhängiger hervorstechen (s. Abb. 2).

Aufgrund häufiger zusätzlicher Vermittlungshemmnisse arbeitsloser Abhängigkeitskranker wie gesundheitliche Einschränkungen, Verschuldung, justizielle Probleme, entzogener Führerschein etc. sind die Chancen zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt marginal. Teilnahmen an zeitlich befristeten AGH mit meist nur gerin-

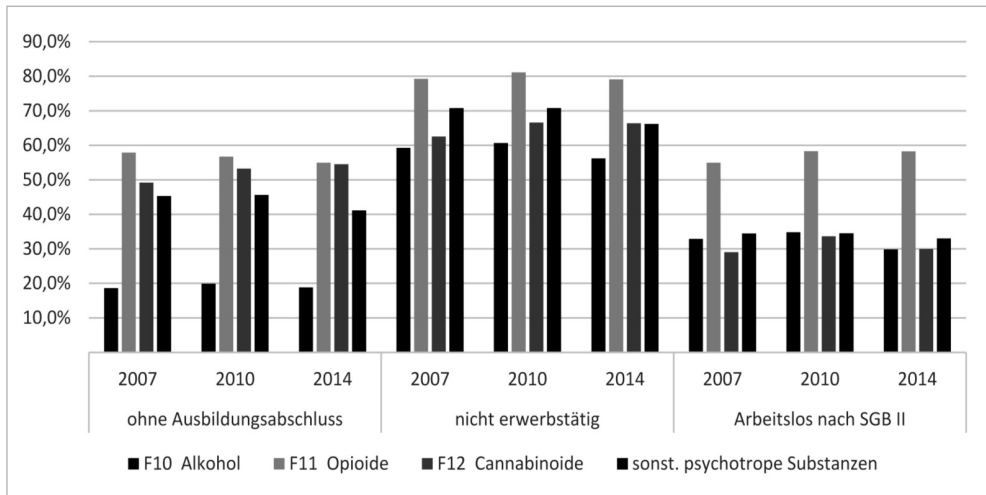


Abbildung 2: Ausbildungs- und Erwerbsstatus Abhängigkeitskranker im Vergleich der Jahre 2007, 2010 und 2014 (sonstige psychotrope Substanzen = F13 – F16, F18, F19 ICD 10)

Daten: Deutsche Suchthilfestatistik (Jahresauswertungen ambulante Einrichtungen ohne Einmalkontakte).

gen beruflichen Qualifizierungsanteilen stellen somit zwar bei weitem keine Optima Ratio, für arbeitsmarktfremde Klient_innen aber oftmals die Ultima Ratio zur Teilhabe am Arbeitsleben dar (vgl. Henkel/Zemlin 2013:283). Suchtkranken, die nicht selten als dauerhaft erwerbsunfähig eingestuft und in die Sozialhilfe ausgemustert werden (Anstieg der Leistungsbezieher_innen im Alter von 18 bis 64 Jahren aus dem Rechtskreis SGB XII von 2005 bis 2014 um 45% auf 618.141), steht dann nicht einmal mehr diese Beschäftigungsmöglichkeit offen.

Flächendeckende Kurzbefragung von bundesdeutschen Trägern der Suchtberatung zu Beschäftigungsangeboten für Abhängigkeitskranke

Im Februar/ März 2016 führte der Verfasser per E-Mail eine Kurzbefragung zu Entwicklungen seit Einführung des SGB II hinsichtlich Beschäftigungsangeboten für suchtmittelabhängige Menschen bei Trägern der Suchthilfe im Bundesgebiet durch. Von insgesamt 1540 auf der Internetplattform der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gelisteten Suchtberatungsstellen konnten insgesamt 1010 Einrichtungen erreicht werden. Hiervon beteiligten sich 219 Träger dieser Beratungsstellen aus insgesamt 15 der 16 Bundesländer (außer Saarland) an der Befragung (Rücklaufquote 21,7 %).

11 Träger teilten mit, dass der Befragungsgegenstand aus unterschiedlichen Gründen nicht auf sie zutrifft. Von den übrigen 208 Trägern gaben 133 (63,9 %) an, im Zeitraum seit 2005 keine Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung angeboten zu haben, 75 Träger (36,1 %) hielten im fraglichen Zeitraum Beschäftigungsangebote vor. Dabei unterschied sich die Zahl der gleichzeitig

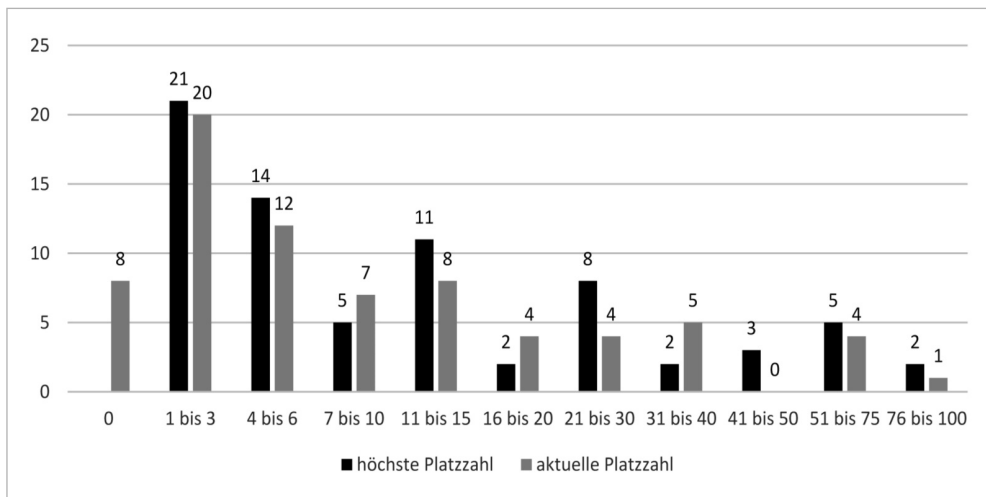


Abbildung 3: Anzahl der Anbieter nach vorgehaltenen Beschäftigungsplätzen (höchste seit 2005 und aktuelle)

Daten: eigene Erhebung

vorgehaltenen Beschäftigungsplätze für Abhängigkeitskranke erheblich: 40 Träger (54,8 %) hielten seit 2005 höchstens 10 Plätze vor, wogegen 33 Organisationen (45,2 %) über ein höheres Platzangebot verfügten. Gegenwärtig stellt sich die Situation deutlich schlechter dar: 33 Einrichtungen (45,2 %) büßten Plätze ein, weitere 8 Träger (11 %) mussten ihre Beschäftigungsangebote vollständig einstellen (s. Abb. 3).

In der Summe bezifferten insgesamt 73 Anbieter ein Maximum von 1216 Beschäftigungsmöglichkeiten, aktuell halten noch 65 von ihnen insgesamt 922 Plätze vor; dies entspricht einer Reduzierung um 24,2 %. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen führt eine Gesamtzahl von ca. 250 Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten in der Suchthilfe mit mehr als 4800 Plätzen (DHS 2014) an, die Werte aus den zugrundeliegenden Datensätzen deuten jedoch auf einen (zwischenzeitlich) deutlich niedrigeren Bestand hin. Während kein eindeutiges Nord-Süd- oder West-Ost-Gefälle festgestellt werden konnte, weist der Umstand, dass sich 60 % der aktuell bezifferten Plätze auf die 20 größten Städte der Republik konzentrieren, in denen jedoch lediglich 19,2 % der Gesamtbevölkerung leben, auf ein massives Stadt-Land-Gefälle hin.

Auf die Frage nach dem bzw. den Hauptfördergeber/n benannten 37 von 73 Trägern ausschließlich die Jobcenter (bzw. deren Rechtsvorgänger), weitere 15 gaben an, dass sich diese zumindest an der Finanzierung beteiligten. Somit werden bzw. wurden 71,2 % der Beschäftigungsmöglichkeiten ganz oder zumindest teilweise über die SGB II-Träger finanziert. Kommunen wurden mit insgesamt 26 % als Finanzierungsbeteiligte (13 Angebote) bzw. als einzige Fördergeber (6 Angebote) benannt. Als weitere Finanzquellen wurden Rentenversicherungsträger (2,7 %), Europäischer Sozialfonds (ESF, 5,5 %), andere öffentliche Träger (überwiegend Landesmittel, 15,1 %) sowie Eigenmittel bzw. Erlöse (13,7 %) angegeben.

Während lediglich 3 Träger (4,2 %) für die aktuelle Finanzierung ihrer Beschäftigungsangebote für Suchtkranke eine deutliche und weitere 11 Träger (15,5 %) eine leichte Verbesserung gegenüber 2010 vermelden konnten und zumindest 18 Einrichtungen (25,4 %) über eine unveränderte finanzielle Ausstattung verfügen, mussten (neben den 8 komplett eingestellten Angeboten) 31 Träger (43,7 %) eine Reduzierung der Fördergelder hinnehmen.

Setzt man die vorliegenden Ergebnisse ins Verhältnis zu der beschriebenen allgemeinen Entwicklung aktiver Arbeitsmarktpolitik im Rechtskreis SGB II, fallen die Einschnitte für sich zwar massiv, vergleichsweise aber trotzdem moderat aus. Neben solchen Trägern, die bei der Umfrage die schwierige Situation beklagen, gibt es erfreulicherweise auch solche, die auf neu entstandene oder in Planung befindliche Beschäftigungsmaßnahmen bzw. auf nutzbare Angebote im Rahmen von Kooperationen (z.B. mit lokalen Maßnahmen- und Bildungsträgern) verweisen. Hieraus lässt sich ablesen, dass – bei allen regionalen bzw. kommunalen Unterschieden – sowohl bei Trägern der Suchthilfe als auch bei Fördergebern das Thema Beschäftigung und Qualifizierung abhängigkeitskranker Menschen zunehmend angemessene Beachtung findet.

Auswirkungen von Erwerbslosigkeit vs. Wirkungen von Beschäftigung für Betroffene

Die mit Erwerbslosigkeit einhergehende Unterprivilegierung in sozialer, partizipativer und monetärer Hinsicht bewirkt mit zunehmender Dauer eine progressive Verschlechterung psychischer und somatischer Gesundheit, die aber wiederum eine elementare Voraussetzung für eine (Re-) Integration ins Erwerbsleben ist. Erwiesenermaßen zeitigt die Teilnahme an (wenn auch nur zeitlich befristeten) Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes positive gesundheitliche, soziale, arbeitsbezogene und psychohygienische Wirkungen (vgl. Bosch 2010:239ff.).

Suchthilfeträger mit entsprechenden Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten bestätigen diese positiven Effekte - trotz eher seltener kurz- oder mittelfristiger Erfolge bei der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt - einhellig: Konsumhäufigkeit und -intensität nehmen ab, die psychische und häufig auch die körperliche Gesundheit verbessern sich, psychosoziale Problemlagen werden aktiv bearbeitet, Straffälligkeit vermindert sich, Selbstwirksamkeit nimmt zu.

Oder, wie es ein Teilnehmer der Maßnahme „INSAT – Individuelle Schritte in Arbeit“ der Krisenhilfe Bochum formuliert: „Regelmäßige Beschäftigung bedeutet mir viel, weil ich Verantwortung übernehmen kann, wieder in die Gänge komme und Tagesstruktur habe, statt nur zu Hause rumzusitzen, wo ich auf dumme Gedanken komme. Ich lerne was dazu, bleibe auf dem Laufenden, bin unter Gleichgesinnten und nehme am Leben teil. Durch das zusätzliche Geld hab ich auch ein besseres Gefühl, dass ich was getan habe und dafür dann auch was bekomme.“

Herzlichen Dank an die Praktikant_innen Lisa Pankalla und Benjamin Möllenbeck für ihre tatkräftige Unterstützung bei Recherche und Auswertung!

Literatur

- Bosch, A. (2010): Konsum und Exklusion - eine Kulturosoziologie der Dinge. Bielefeld.
- Bremer Institut für Arbeitsmarktforschung und Jugendberufshilfe e.V. (BIAJ): online verfügbar unter: <http://biaj.de/archiv-materialien/>; letzter Zugriff: 07.03.2016.
- Bundesagentur für Arbeit (2016): Grundsicherung für Arbeitsuchende in Zahlen Januar 2016, online verfügbar unter: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201601/iiiia7/grusi-in-zahlen/grusi-in-zahlen-d-0-201601-pdf.pdf>; letzter Zugriff: 07.03.2016.
- DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (2015): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland, online verfügbar unter: <http://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen/versorgungsstrukturen.html>; letzter Zugriff: 09.03.2016.
- Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes (2016): Empfänger_innen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII - Sozialhilfe - am Jahresende (Anzahl), online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=81915014&nummer=124&p_sprache=D&p_i ndsp=-&p_aid=82202361; letzter Zugriff: 09.03.2016.
- Henkel, D./Schröder, H. (2015): Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Arbeitslosen und Erwerbstätigen: eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007–2012. In: Suchttherapie 2015; 16(03): 129-135.
- Henkel, D./Zemlin, U. (2013): Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. In: Sucht - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis 2013; 59(5), S. 279-286.
- Sell, S. (2014): Die Jobcenter und ihre Kosten. Von Umschichtungen und der eigentlichen Frage: Was machen und erreichen die (nicht) mit fast 4,5 Mrd. Euro? Online verfügbar unter: <http://aktuelle-sozialpolitik.blogspot.de/2014/03/4-jobcenter.html>; letzter Zugriff: 08.03.2016.
- Statista – Das Statistik-Portal: Bruttoinlandsprodukt (BIP) in Deutschland von 1991 bis 2015, online verfügbar unter: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/1251/umfrage/entwicklung-des-bruttoinlandsprodukts-seit-dem-jahr-1991/>; letzter Zugriff: 07.03.2016.
- Zeit Online (2015): Jobcenter verwenden Fördermittel zur Deckung von Verwaltungskosten, online verfügbar unter: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-03/bundesagentur-fuer-arbeit-verwaltung-kosten-budget-langzeitarbeitslose>; letzter Zugriff: 08.03.2016.

4.8 | Frühintervention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit glücksspielbezogenen Problemen

Veit Wennhak

Zusammenfassung

Abhängigkeit vom Glücksspiel hat für Betroffene massive Folgen psychischer, sozialer und finanzieller Art. Folgen, die in erster Linie die Angehörigen zu tragen haben, im weiteren Verlauf letztendlich die Gesellschaft. Wenn Jugendschutz und Spieler_innenschutz beim Glücksspiel offenkundig an ihre Grenzen stoßen, muss zumindest das Suchthilfesystem auf die Herausforderungen reagieren. Hier hat sich in Frankfurt am Main das Konzept einer koordinierten Frühintervention bewährt, die Beratung von Betroffenen und Angehörigen, Schulung von Fachkräften und Eltern zur Früherkennung von glücksspielbezogenen Problemen, Informationseinheiten in Schulklassen und Jugendeinrichtungen beinhaltet. Der Fokus liegt hierbei auf Früherkennung, niedrigschwelliger Beratung und der Koordination aller für Jugendliche und ihre Angehörigen verfügbaren Hilfsangebote.

Der Traum vom Jackpot, vom schnellen Geld, für das nicht gearbeitet werden muss, ist in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Ob mit Lotto, Eurojackpot, Rubbellosen, oder in der Spielbank: In Glücksspielangeboten sehen viele Menschen die Chance auf Reichtum. Ob James Bond, der in fast jedem Film zockt, ob Cristiano Ronaldo, der vom Fußball- zum Pokerstar wird, oder Oliver Kahn, der in der Wettannahmestelle „nur Siegertypen“ sehen will, Glücksspiel hat längst Einzug in unsere Alltagskultur gefunden. Dies wirkt sich auch auf die Akzeptanz von Glücksspiel bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus.

Seit der Novellierung des Glücksspielstaatsvertrags im Jahr 2012 ist nach wie vor eine steigende Verfügbarkeit von Glücksspielangeboten zu verzeichnen. Dies gilt sowohl für die Glücksspielgeräte in Spielhallen und gastronomischen Betrieben, als auch für Wettangebote in Wettbüros und Glücksspiele in der „erlaubnisfreien Gastronomie“ (Spielcafés, Teestuben, Sportbistros, Shisha-Bars etc.) (Trümper/Heimann 2014).

Analog zur Bewerbung von alkoholischen Getränken wird das Glücksspiel, insbesondere die Sportwetten, aggressiv beworben und dies im Rahmen z.B. von Fußballübertragungen, zu Zeiten, in denen Jugendliche verstärkt erreicht werden.

Eine „Legalisierung“ der Sportwettangebote, wie sie unter der Federführung des Landes Hessen bundesweit geplant ist und die es ermöglichen soll, Spieler- und Jugendschutz in diesem, sich bis heute in einer rechtlichen Grauzone bewegenden

Glücksspielbereich¹ zu implementieren, ist bis jetzt gescheitert und außerdem in Anbetracht der Umsetzungsschwierigkeiten im Bereich der Geldspielautomaten zumindest kritisch zu betrachten.

Der verhältnispräventive Ansatz im Bereich des Glücksspiels erweist sich demnach als schwer umsetzbar, der Einfluss verhaltenspräventiver Angebote an Schulen auf das spätere Spielverhalten ist noch nicht ausreichend erforscht (vgl. Kalke/Thane 2010). Erfahrungen in der Praxis weisen auf die Notwendigkeit hin, die Gefahren glücksspielbezogener Probleme bis hin zur Abhängigkeit von Glücksspiel bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in das Bewusstsein der Menschen zu rücken, die Jugendliche und junge Erwachsene bei der Umsetzung ihrer Entwicklungsaufgaben begleiten. Dabei sollte der Fokus auf der Früherkennung glücksspielbezogener Probleme liegen, um im nächsten Schritt zielgerichtet zu intervenieren.

Parallel dazu scheint die Schwelle, die insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene am Besuch einer Beratungsstelle hindert, nach wie vor hoch zu sein, wie das durchschnittliche Alter der Hilfesuchenden in Suchthilfeeinrichtungen verdeutlicht. Dies mag zum einen an der nach wie vor hohen Tabuisierung des Themas Abhängigkeit liegen, zum anderen aber auch in der tendenziellen Defizitorientierung von Suchthilfe in ihren Beratungsangeboten begründet sein. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die noch kein ausgeprägtes Problembewusstsein in Bezug auf ihre Glücksspielnutzung und nur einen eingeschränkten Veränderungswunsch haben, lässt dies bereits den Erstzugang wenig attraktiv erscheinen.

Um den „blinden Fleck“ der Hilfsangebote zwischen verhaltenspräventiven Angeboten und den therapeutischen Interventionen bei diagnostiziertem pathologischem Glücksspiel zu schließen, hat der Evangelische Regionalverband Frankfurt am Main, unterstützt vom Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main, im November 2013 den Fachdienst Frühintervention beim Glücksspiel ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um ein Pilotprojekt, welches niedrigschwellige Beratung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und ihren Angehörigen, Schulungen von Pädagog_innen zu Merkmalen der Früherkennung von glücksspielbezogenen Problemen, Infoeinheiten mit präventivem Charakter mit dem Schwerpunkt auf der Früherkennung glücksspielbezogener Probleme und die Zusammenarbeit und Koordination aller Hilfsangebote leistet.

Im Laufe seiner Existenz hat der Fachdienst Frühintervention beim Glücksspiel etwa 150 Jugendliche und junge Erwachsene mit glücksspielbezogenen Problemen betreut. Mehr als 1000 Jugendliche und junge Erwachsene wurden im Rahmen von Infoeinheiten an Schulen, in Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit und der Jugendberufshilfe erreicht. Aus der Praxis der Arbeit mit dieser speziellen Zielgruppe heraus sollen im Folgenden einige Aspekte blitzlichtartig beleuchtet werden. Diese machen deutlich, dass mindestens zehn Prozent der Einnahmen von den ca. 1,5 Mrd. Euro, die Länder und Kommunen allein aus Geldspielautomaten generieren (vgl. Meyer 2015), genutzt werden sollten, um Präventions- und Frühinterventionsangebote auszubauen und in die Suchthilfelandschaft zu implementieren.

¹ Zwar sind die nichtstaatlichen Sportwettangebote in Deutschland illegal, allerdings ist es dem Kunden möglich, eine Wette bei einem Online-Buchmacher abzugeben, der keine anerkannte Lizenz für das jeweilige Heimatland des Kunden besitzt.

Einstiegsalter niedrig – wirksamer Jugendschutz im Glücksspiel?

Die empirischen Beobachtungen, die in der Praxis des Fachdienstes Frühintervention beim Glücksspiel bis heute gemacht wurden, zeigen: Als Einstiegsalter beim Glücksspiel geben viele Jugendliche ein Alter weit unterhalb der gesetzlichen Bestimmungen an. Ob Geldspielautomaten oder Sportwetten, meist liegt der Erstkontakt mit dem Glücksspiel in der Altersspanne zwischen 14 und 16 Jahren. Die überwiegende Mehrheit der Klient_innen nennt einen Gewinn beim ersten Spiel als Schlüsselerlebnis, welches in der Anfangsphase dazu verleitet, weiter zu spielen. Diese Motivation wird erst später abgelöst vom „Chasing“, also dem Versuch, erlittene Verluste wieder auszugleichen. Das erste Spiel findet bei 90% der „Automatenspieler_innen“ nicht in einer Spielhalle, sondern in gastronomischen Einrichtungen statt, oft wird beim ersten Mal Restgeld in die Geräte geworfen, das vom Kauf der Bratwurst oder des Döners übrig war.

Bei Sportwetten geben die Klient_innen vorwiegend an, dass ältere Geschwister oder Freunde die Abgabe der Wertscheine übernehmen. Ein Grund dafür ist anscheinend, dass das Ursprungsinteresse der Jugendlichen bei Sportwetten nicht die Gewinnerwartung, sondern die Fußballaffinität darstellt, welche mit dem älteren Bruder oder Freund geteilt wird. „Ich habe Ahnung von Fußball, deshalb kann ich mit Sportwetten Geld verdienen“, dieser Trugschluss ist unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach wie vor verbreitet.

Die Tatsache, dass effektiver Jugendschutz bei nichtstaatlichen Glücksspielangeboten nicht existiert, spricht für eine starke Förderung von Frühinterventionsangeboten und eine umfassende Schulung zur Früherkennung glücksspielbezogener Probleme aller Fachkräfte, die mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiten. Zehn Prozent der staatlichen Steuereinnahmen aus dem Glücksspiel sollten in Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige, insbesondere in die Frühintervention investiert werden. Würden zehn Prozent der 1,5 Mrd. Euro Steuern, die die deutschen Kommunen im Jahr 2015 alleine aus Geldspielautomaten eingenommen haben, in Angebote zu Prävention von glücksspielbezogenen Problemen und Frühintervention fließen, könnten alle Jugendlichen von diesen Maßnahmen profitieren.

Glücksspiel – Männersache? Risikozuschreibungen in der patriarchalen Gesellschaft

Etwa 90% der erwachsenen Glücksspieler, die in eine Beratung kommen, sind männlich (Meyer 2015). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die beim Fachdienst Frühintervention beraten wurden, verhält es sich genauso. Die Antwort auf die Frage, woran dieses Ungleichgewicht liegen mag, hat bis jetzt nur hypothetischen Charakter. Empirische Studien, die in ihren Ergebnissen auf risiko-averses Verhalten von Frauen hindeuten, können aufgrund ihres laborhaften Settings nicht ohne Weiteres in die Realität übertragen werden (vgl. Holt/Laury 2002).

Generell müssen geschlechtersensible Schulungs- und Beratungsansätze in der Frühintervention wie in der Suchtberatung zum Standard werden, wenn verhindert werden soll, dass ganze Zielgruppen zwar von den Glücksspielanbietern erreicht werden, jedoch aus dem Suchthilfesystem herausfallen. Die Tatsache, dass fast ausschließlich

junge Männer mit ihren glücksspielbezogenen Problemen im Hilfesystem ankommen, weist auf eine weitere Notwendigkeit hin: Geschlechtsspezifische pädagogische Angebote für Jungen, die gezielt am Aufbau von Schutzfaktoren arbeiten und so die Resilienz bei männlichen Jugendlichen fördern, müssen weiterhin vorgehalten, aber auch angehenden pädagogischen Fachkräften in der Lehre verstärkt vermittelt werden.

Verschmelzung der Angebote – mit der Konsole ins Online-Casino

Als problematisch erweist sich in der Beratungspraxis die leichte Zugänglichkeit von Glücksspielangeboten im Internet. Wer sich mit dem Smartphone auf der App des Fachmagazins „Kicker“ über Fußballergebnisse informieren möchte, wird dazu eingeladen, mit nur einem Klick Sportwetten live zu betreiben (vgl. Meyer 2010), oftmals werden fußballinteressierte Nutzer mit Startboni gelockt („100 Euro Startguthaben“). Auf der gleichen Seite oder einen Klick weiter werden klassische Casino-Spiele, also Roulette oder Black Jack, online angeboten. Jugendschutz ist nicht gegeben. Im Gegenteil hat man den Eindruck, es würden explizit Jugendliche angesprochen. Den Einstieg in Online-Poker beschreibt ein Jugendlicher so: *„Zuerst habe ich um Punkte gespielt aber das wurde mir dann zu langweilig, also habe ich mir einen Account eröffnet und um Geld gespielt...“*² Es muss davon ausgegangen werden, dass die Glücksspielangebote ohne Geldeinsatz den Zugang zum Glücksspiel mit Geldeinsatz zumindest erleichtern. Ähnlich verhält es sich mit regionalen Amateurfußballseiten (z.B. Mainkick.tv), auf denen die Jugendspieler, nachdem sie nach den Ergebnissen ihrer Liga geschaut haben, einen direkten Link zu Sportwettanbietern finden.

Durch das Internet wird die Verschmelzung von Angeboten mittels Links von Glücksspielanbietern genutzt, um ihr Angebot unter die Leute zu bringen. Eine weitere Methode, Jugendliche für das Glücksspiel zu interessieren, ist im Konsolen- und Computerspielbereich zu beobachten. Hier können Spieler_innen, wie bei „GTA 5“³ mit ihrem Protagonisten in virtuelle Spielcasinos gehen und um die Spielwährung spielen. Echtes Geld kann im Vorfeld dazu verwendet werden, eben dieses Spielgeld, was man sonst vor allem durch verschiedene Aktivitäten in der Spielwelt erhält, zu kaufen. Bei anderen Spielen können mittels Mikrotransfers Waffen, Schutzschilde oder Skills gekauft werden, was, je nach eigenem Spielkönnen, durchaus kostspielig werden kann. Diese Verschmelzung zwischen Computer- bzw. Konsolenspiel ist als problematisch einzustufen, weil der nahtlose Übergang zwischen Fiktion (Spielinhalt) und Wirklichkeit (Geldeinsatz und Verlustrisiko) Jugendliche und junge Erwachsene möglicherweise zur Nutzung von Glücksspielangeboten verleitet. Die freiwillige Selbstkontrolle (FSK), die solche Computer- und Konsolenspiele erst ab 18 Jahren empfiehlt, greift hier zu kurz. Zudem erfolgt die Abrechnung über Accounts, bedingt also eine Zahlungsart, die die Kontrolle über die Ausgaben per se erschwert. Auch über diese Tatsachen müssen Jugendliche informiert und in ihren Ressourcen gestärkt werden, einen solchen Kontrollverlust zu vermeiden.

² Gedächtnisprotokoll

³ Grand Theft Auto von Rockstar Games, eines der meistverkauften Computer- und Konsolenspiele weltweit

Selbstwirksamkeitserfahrung als Schutzfaktor – Perspektivenplanung als wichtiges Instrument in der Frühintervention

Die Werbung suggeriert, dass das Glücksspiel der Weg zum schnellen Geld ohne Anstrengung sei. Für Jugendliche und junge Erwachsene, die sich keine großen Hoffnungen auf berufliche Perspektiven machen können, die ein gutes Leben ermöglichen, ist der Schritt zum riskanten Spiel nicht weit. Insbesondere, wenn beim Glücksspiel tatsächlich schon Geld gewonnen wurde. Dann muss frühzeitig interveniert werden, wobei bei den Ressourcen der Jugendlichen angesetzt werden sollte und eben nicht bei ihren Defiziten. Verbale Motivation, die eigenen Ziele zu entwickeln und zu verfolgen und praktische Hilfen zum Umgang mit Stress sind hier nur einige Ansatzpunkte, die die Selbstwirksamkeitserwartung positiv beeinflussen können. Die Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung bedingt eine Beziehungsarbeit mit den Jugendlichen. Hier empfiehlt sich ein integriertes Angebot von Information und Beratung, wie es Einrichtungen wie der Fachdienst Frühintervention beim Glücksspiel leisten kann.

Kreativität bezüglich des Freizeitverhaltens – kulturelle Teilhabe als Schutzfaktor

Einerseits gilt „*Du bist hobbylos!*“ als Beschimpfung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Fragt man andererseits, was ihre Hobbies sind, so lautet die Antwort häufig „...*rausgehen, mit Freunden chillen...*“. Ein konkretes Hobby wird selten genannt. Die Erkenntnis, dass eine möglichst hohe Diversität des Freizeitverhaltens vor der problematischen Nutzung eines einzelnen Freizeitangebotes schützt, ist nicht neu. In der Praxis des Fachdienstes Frühintervention beim Glücksspiel ist zu beobachten, dass die Teilhabe an den Angeboten unserer „Freizeitgesellschaft“ direkt zu korrelieren scheint mit dem materiellen Wohlstand und mit der Ausprägung des Glücksspielproblems. In der Beratung nennen Jugendliche, die angeben von staatlichen Transferleistungen zu leben, selten ein konkretes Hobby. Als Motivation, Glücksspiel zu betreiben wird hier von nahezu allen der potenzielle Gewinn angegeben, mit dem man sich „...*etwas gönnen...*“ will. Die Frage muss daher sein, wie man die Diskrepanz zwischen einem in seiner Vielfalt unübersichtlichen Angebot an sinnvollen Freizeitaktivitäten und der Tatsache, dass gerade Jugendliche und junge Erwachsene aus materiell schlechter gestellten Familien daran nicht teilhaben, auflöst. Hier spielt eine enge Kooperation mit der offenen Kinder- und Jugendarbeit eine große Rolle. Von ihren nichtkommerziellen Freizeitangeboten können viele Jugendliche profitieren.

Fazit: Frühintervention beim Glücksspiel flächendeckend implementieren

Abhängigkeit vom Glücksspiel hat für Betroffene massive Folgen psychischer, sozialer und finanzieller Art. Folgen, die in erster Linie die Angehörigen zu tragen haben, im weiteren Verlauf letztendlich die Gesellschaft. Wenn Jugendschutz und Spieler_innenschutz beim Glücksspiel offenkundig an ihre Grenzen stoßen, muss zumindest das

Suchthilfesystem auf die Herausforderungen reagieren. Hier hat sich das Konzept einer koordinierten Frühintervention bewährt, die Beratung von Betroffenen und Angehörigen, Schulung von Fachkräften und Eltern zur Früherkennung von Glücksspielbezogenen Problemen, Informationseinheiten in Schulklassen und Jugendeinrichtungen mit dem Fokus auf Früherkennung und niedrigschwelliger Beratung und die Koordination aller für Jugendliche und ihre Angehörigen verfügbaren Hilfsangebote beinhaltet. Das Angebot sollte ressourcenorientiert und akzeptierend ausgerichtet sein, um die Schwellen für Jugendliche und junge Erwachsene so niedrig wie möglich zu halten. Ein geschlechtersensibler Ansatz in der Beratungs-, Informations- und Schulungsarbeit ist hier dringend geboten. Schaut man sich die Umsätze der Glücksspielindustrie und die staatlichen Einnahmen daraus an, sollten intensive Anstrengungen zur Vermeidung von massiven Schäden durch eine Glücksspielabhängigkeit an der finanziellen Ausstattung nicht scheitern.

Literatur

- Kalke, J./Thane, K. (2010): Glücksspiel-Prävention im schulischen Setting, in: Prävention 1, 10-14.
- Meyer, G./Häfeli, J./Mörsen, C./Fiebig, M. (2010): Die Einschätzung des Gefährdungspotentials von Glücksspielen: Ergebnisse einer Delphi-Studie und empirischen Validierung der Beurteilungsmerkmale. Sucht, 56 (6), 405-414.
- Meyer, G. (2015): Glücksspiel – Daten und Fakten, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht, Lengerich: 140-155.
- Trümper, J./Heimann, C. (2014): Angebotsstruktur der Spielhallen und Geldspielgeräte in Deutschland. Unna.

4.9 | DRUCK-Studie (Drogen und chronische Infektionskrankheiten) des RKI offenbart Präventions- und Behandlungsdefizite – nicht nur in Frankfurt am Main

Jürgen Klee

Zusammenfassung

Der Beitrag stellt die wichtigsten Ergebnisse der DRUCK-Studie des Robert-Koch-Instituts vor. Dabei werden bislang unbekannte Herausforderungen und Handlungsbedarfe aufgezeigt. Diese Ergebnisse sollen bekannt gemacht werden und zu Handlungsoptionen führen, mit welchen sich die Lebenssituation von Drogengebraucher_innen verbessern lassen.

Das Infektions- und Verhaltenssurvey bezogen auf HIV und Hepatitis bei injizierenden Drogengebraucher_innen wurde vom Robert-Koch-Institut Berlin als Projekt des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt. Die Gesamtstudie umfasst 2077 Teilnehmer_innen aus acht Städten (Berlin, Essen, Frankfurt a. M., Hamburg, Hannover, Köln, Leipzig, München).

Im Folgenden soll exemplarisch am Beispiel Frankfurt am Main, teilweise im Städtevergleich, kurz das Studienergebnis, die Empfehlungen der Forscher_innen und der Umgang in der Praxis der Drogenhilfe mit den Forschungsergebnissen beschrieben werden.

Von Januar bis März 2013 wurde die Studie in Frankfurt am Main an zwei Standorten durchgeführt: szenenah im Krisenzentrum La Strada der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V im Bahnhofsviertel und Suchthilfezentrum Bleichstrasse vom Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Insgesamt wurden 285 Personen in die Studie aufgenommen, interviewt, beraten und Blut zur Untersuchung abgenommen. Davon waren 26% Frauen und 74% Männer. Das mediane Alter lag bei 39 Jahren. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund betrug 38%, wobei ein Fünftel nicht in Deutschland geboren war (Geburtsorte meist in Nachfolgestaaten der Sowjetunion, West- und Zentraleuropa). Rund 90% der Befragten gaben an, in den letzten 30 Tagen eine Drogenhilfeeinrichtung besucht zu haben (Spitzenwert im Städteranking). Die mediane Dauer des i.v. Konsums betrug 17 Jahre. Knapp die Hälfte der Teilnehmer_innen lebt in einer eigenen Wohnung, allerdings waren drei Viertel schon mal in ihrem Leben obdachlos. In den letzten 12 Monaten lebten zwei Drittel von staatlichen Hilfen. Über 80% der Personen war bereits inhaftiert. Ein Viertel davon hatte auch i.v. Konsum in

Haft. Ein erster auffälliger Unterschied tritt bei der Berufsausbildung zutage: 54,7% der befragten Frauen haben keine Berufsausbildung, hingegen haben 63,8% der Männer eine abgeschlossene Ausbildung oder Lehre. „Insgesamt kann man die Frankfurter DRUCK-Studien-Teilnehmer als eine Population beschreiben, die mit hohen Anteilen an ungesicherten Lebens- und Wohnverhältnissen von Verelendung und Armut bedroht ist. Eigene Kinder lebten zum größten Teil nicht bei ihren drogenkonsumierenden Eltern“ (RKI (Hrsg.) 2015).

In den letzten 30 Tagen konsumierten 80% der Teilnehmenden, 30% täglich und hiervon 69% zwei bis fünf Mal am Tag, 12% sogar mehr als fünf Mal am Tag. Die konsumierten Substanzen in den letzten 30 Tagen waren: 79% Heroin, gefolgt von 72% Crack, 67% Alkohol und 61% Marihuana. Danach folgt mit 44% Kokain und 42% Benzodiazepine. Nicht ärztlich verschriebene Substanzen wie Methadon konsumieren 34% und 15% Buprenorphin. Amphetamine liegen bei 10%, Fentanyl bei 5%. Davon injiziert wurde am häufigsten Heroin (56%), gefolgt von 15% sogenannten Cocktails (Heroin plus Crack) und 12% Crack. Überdosiserfahrungen mit Atemstillstand hatten 58% der Studienteilnehmer, nur 19% in den letzten 12 Monaten (geringster Wert im Städteranking der Studie - ein Erfolg der Drogenkonsumräume?).

Mindestens einmal in ihrem Leben inhaftiert waren 84% der Studienteilnehmer_innen. Im Median drei Jahre Dauer und vier Inhaftierungen. Knapp die Hälfte war in den letzten 12 Monaten inhaftiert und ein Viertel aller Inhaftierten hat auch in Haft konsumiert. 10% starteten sogar ihren i.v. Konsum in Haft und mehr als ein Drittel (36%) teilten Konsumutensilien während ihres letzten Haftaufenthaltes. Die Folge ist ein erhöhtes Infektionsrisiko, welches eine multivariable Analyse wie folgt beschreibt: „Die Wahrscheinlichkeit einer HCV-Infektion steigt mit zunehmender Dauer der Hafterfahrung (...) und dem Risikoverhalten in Haft (vor allem i.v. Konsum in Haft, aber auch unprofessionelle Tattoos / Piercings“ (Zimmermann 2016: 40). Tattoos in Haft lassen sich 33% aller Inhaftierten stechen (39% der Männer und 15% der Frauen). Ebenso steigt das Infektionsrisiko mit der Anzahl der Inhaftierungen. Auch der Wechsel zwischen Freiheit und Haft scheint das Risiko einer HCV-Infektion zu erhöhen.

In Bezug auf das Sexualverhalten der Studienpopulation ergibt sich folgendes Bild: 79% hatten Sex in den letzten 12 Monaten: 74 % der Männer und 96% der Frauen, überwiegend mit einem Sexpartner. Mit mehr als zwei Partner_innen hatten 42% der Männer und 24% der Frauen Sex. In allen Studienstädten waren überwiegend (51-69%) auch der letzte Sexpartner, bzw. Partnerin aktuell oder jemals i.v. Drogengebraucher_in. Sex im Tausch gegen Geld oder Drogen spielt in 8 bis 41% der Fälle eine Rolle. Beim letzten Sex gaben 44% der Befragten an, ein Kondom benutzt zu haben, beim letzten Sex mit festem/r Partner_in 26%, aber 64% beim letzten Sex mit einem/r nicht festen Partner_in. In über 50% der Fälle stammen die Kondome aus der Drogenhilfe.

Frankfurt liegt in Bezug auf HIV-Seroprävalenz (9%), HCV-Antikörperprävalenz (65%) und der virämischen HCV-Prävalenz (50%) jeweils bei den höchsten Werten der beteiligten Städte. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Die Studienpopulation lässt sich in Bezug auf HIV wie folgt beschreiben: die Prävalenz liegt bei 9,1%, wobei sie bei Frauen (14%) signifikant höher als bei Männern (8%) ist. Meist wurden die Infektionen in den letzten 10 Jahren (27%) oder davor bereits diagnostiziert

(42%). Der eigene HIV-Status ist 85% der Betroffenen bekannt und 58% sind aktuell in antiretroviraler Therapie (ART). Und das mit Erfolg: „bei 90% der Personen unter ART (35 Männer und 39 Frauen), bei denen eine Viruslastmessung durchgeführt werden konnte, war die Viruslast negativ“ (Zimmermann 2016: 49).

Die wichtigsten Besonderheiten der Studie für Frankfurt, welche bislang unbekannte Herausforderungen und Handlungsbedarfe aufzeigen:

Bei jeweils einem Mann und einer Frau wurde eine HIV-Infektion durch die Studie neu entdeckt, ohne dass die Personen davon etwas ahnten. Insgesamt neun Männer und sechs Frauen werden antiretroviral behandelt. 12 Frauen und 6 Männer wurden als sogenannte „new injectors“ identifiziert: eine Hochrisikogruppe, die erst innerhalb der letzten zwei Jahre mit i.v. Konsum startete. Oft infizieren sich Menschen Studien zufolge kurz nach Beginn des i.v. Konsums mit HCV und sind häufig nicht an Einrichtungen der Drogenhilfe angebunden und besonders schwer zu erreichen.

33% der Frankfurter Teilnehmenden waren in den letzten 30 Tagen nicht ausreichend mit sterilen Nadeln / Spritzen versorgt (Zimmermann 2016: 27). Dieser Umstand fördert das Teilen der Konsumutensilien und damit die Gefahren einer Infektionsübertragung. Im Vergleich mit den anderen Studienstädten ist auffällig, dass Spritzen und Nadeln zwar am wenigsten geteilt werden (5%), andere Utensilien allerdings in 44% der Fälle und damit überdurchschnittlich häufig. Hier bestehen offenkundig Wissensdefizite, bzw. strukturelle Versorgungslücken. Umso bedauerlicher, da die Versorgung der Drogengebraucher_innen in Frankfurt fast ausschließlich über die Krisenzentren der Drogenhilfe erfolgt (86%). Abgesehen von wenigen anderen Einzelfällen versorgen sich lediglich 6% (14 Personen) über Apotheken. Allerdings ist klar: „Wissen zu Übertragungsrisiken beim Teilen von Filtern, Löffeln, Wasser schützt“ vor möglicher Infektion (Zimmermann 2016: 30).

Im Städtevergleich der Studie stellte sich eine besondere Vulnerabilität von Frauen in Frankfurt heraus, die sich folgendermaßen darstellt:

- niedrigerer Schulabschluss, schlechtere Berufsausbildung,
- beim ersten i.v. Konsum jünger,
- höherer Anteil von „new injectors“,
- häufiger Konsum von Crack, Kokain und Medikamenten,
- häufiger selbstgefährdendes *unsafe use*-Verhalten,
- häufiger Konsum mit festem Partner,
- häufiger Sexpartner, der Drogen spritzt und der HCV positiv ist,
- häufiger Sexarbeit als Männer (40 vs. 16%),
- HIV-Prävalenz höher bei Frauen (14%, Männer 8%)“ (Zimmermann 2016: 37).

Die Hepatitis-B-Prävalenz liegt bei 28%. Bei 4 Teilnehmenden lag eine aktive HBV-Infektion vor. Trotz STIKO-Empfehlung zeigen nur 26% eine durch Impfung erworbene Immunität. „46% waren weder gegen HBV geimpft, noch gab es Hinweise auf eine aktuelle oder frühere HBV-Infektion. Der Anteil der Ungeimpften ist bei beiden Geschlechtern ähnlich hoch (Männer 46% vs. Frauen: 47%)“. Da ein Großteil der Frankfurter Drogengebraucher_innen in Ambulanzen substituiert wird, gibt zu denken, dass „Substitutionserfahrung (...) keinen Einfluss auf den Impfstatus“ hat (Zimmermann 2016: 55).

In Bezug auf Hepatitis C gibt zu denken, dass 48% der Studienteilnehmer_innen, das sind 136 Personen (104 Männer und 32 Frauen), eine aktive (chronische) HCV-Infektion besitzen. Die HCV-Behandlungskaskade zeigt erheblichen Bedarf: bei 87% der Teilnehmenden wurde jemals HCV diagnostiziert, aber nur bei 26% jemals behandelt. Allerdings wurden 13% erfolgreich behandelt. Aber: nach Messung sind nur 10% der 285 Frankfurter Studienteilnehmer ohne Virämie. Welche Gründe geben die Befragten für eine Nicht-Behandlung an? Fast ein Viertel (23%) gibt an „wurde nie angeboten“, ein Fünftel (20%) sagt, „keine Lust, keine Gelegenheit“ und 18% haben „Angst vor Nebenwirkungen“ (Anmerkung des Verfassers: die neuen Medikamente standen im Befragungszeitraum noch nicht zur Verfügung).

Deutlich wird die Bedeutung und Verantwortung der Drogenhilfe für Test und Behandlung auch bei der Frage nach der häufigsten besuchten Einrichtung zur medizinischen Versorgung in den letzten 12 Monaten: mit 44 % wurde hier die Substitutionsambulanz genannt, gefolgt von einer Drogenberatungsstelle (27%). Danach folgt Arztpraxis ohne Suchttherapie und Krankenhaus mit jeweils 9% und Reha / Übergangseinrichtung. Haftkrankenhaus benennen 4% der Befragten. Aktuell ist knapp die Hälfte der Befragten (45%) in Substitution. Jemals trifft dies auf 81% (80% der Männer und 84% der Frauen) zu. Zwar ist der HCV-Teststatus unter Substituierten besser bekannt als unter Nicht-Substituierten: dennoch kannten auch 41% dieser Patient_innen ihren positiven Status nicht! Auch war die Gruppe der Substituierten nicht besser geimpft, trotz mehr Kontakt zum medizinischen System.

Fast die Hälfte der HIV-Testungen findet mit 47% in der Drogenhilfe statt (Substitutionsambulanz, Reha oder Langzeittherapie, Entgiftung, Krisenzentrum), danach mit 34% Haft oder Haftkrankenhaus, gefolgt von 25% Krankenhaus und Arztpraxis ohne Suchttherapie (12%). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Orten der HCV-Testungen: 48% Drogenhilfe, 28% Krankenhaus, 22% Haft oder Haftkrankenhaus und 16% Arztpraxis ohne Suchttherapie.

Nach Abschluss des Interviews wurde den Teilnehmern angeboten, ihre offenbarten Wissenslücken in einer gezielten Kurzberatung durch geschultes Personal zu schließen. In anderen Studienstädten nahmen dies bis zu 80% der Teilnehmer_innen wahr, in Frankfurt nur 30%. Gründe hierfür wurden nicht abgefragt. Dennoch war die angewandte Methode sehr erfolgreich und die eingesetzten Bögen können weiterhin als Gesprächsgrundlage dienen: Das Wissen wurde nicht abgefragt, sondern als wahre Aussagen den Teilnehmenden präsentiert. Folgend konnten Aussagen wie „wusste ich“, „war mir nicht so klar“ oder „ist neu für mich“ getroffen werden. Mit dieser Methode verringert sich insbesondere die Gefahr, dass falsche Aussagen kursieren und mühevoll revidiert werden müssen.

Das allgemeine Wissen zu Übertragungs- und Schutzmöglichkeiten zu HIV und Hepatitis B und C war gut, allgemein zu HIV besser als zu den Hepatitiden. Das spezifische Wissen in den einzelnen Bereichen war unterschiedlich: so wusste ein Fünftel der Teilnehmenden nicht, dass es keine Impfung gegen Hepatitis C gibt und für 17% war neu, dass man sich wiederholt mit Hepatitis C infizieren kann. Nicht ausreichend bekannt waren insbesondere das „gemeinsame Benutzen von Röhrchen beim Sniefen (62%) als HCV-Infektionsmöglichkeit, aber auch durch die gemeinsame Benutzung von Filtern und Wasser“ (RKI (Hrsg.) 2015: 8). Zur Impfung bei Hepatitis B wussten nur gut die Hälfte (55%), dass diese drei Mal gegeben werden muss und dass die

Infektion selten chronifiziert. Am wenigsten bekannt waren die Aussagen zu HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP): nur 30% wussten, dass diese Medikamente sehr bald nach der Risikosituation und dann für vier Wochen eingenommen werden müssen. Um so erstaunlicher, dass für die Teilnehmenden die wichtigste Quelle der Information zu Hepatitis und HIV mit 37% die eigenen Ärzt_innen sind, gefolgt von 21% Krisenzentren und Drogenberatung, 20% Broschüren, Flyer, Plakate und das Internet (19%), aber auch mit 11% Fernsehen und Radio und 9% die AIDS-Hilfe, sowie Freund_innen und Bekannte (7%).

In Bezug auf HIV- und Hepatitis- Prävalenzen ergeben sich zusammenfassend aus der Studie folgende Defizite und Handlungsbedarfe (Zimmermann 2016: 67):

- Hochfrequenter Konsum mit häufigem *unsafe use*,
- Spezielles Wissen zu Übertragung und Prävention ist unzureichend,
- der eigene Infektionsstatus ist häufig nicht bekannt,
- geringe HBV-Durchimpfung,
- HIV / HCV Behandlung selten durchgeführt,
- Inhaftierung ist zusätzliches Risikosetting.

Um einerseits die Studienergebnisse innerhalb des gesamten Spektrums der Drogenhilfe und aller Arbeitsebenen bekannt zu machen und konkrete Handlungsoptionen in unterschiedlichen Einrichtungen zu erarbeiten, führte die Arbeitsgemeinschaft der Träger der Drogenhilfe in Frankfurt kürzlich einen ersten ganztägigen Workshop mit ca. 70 Mitarbeitenden durch. In multiprofessionellen Arbeitsgruppen wurden nach Darstellung der Studienergebnisse und Einführung in die neuen Behandlungsmöglichkeiten für Hepatitis C in folgenden Arbeitsbereichen Empfehlungen erarbeitet, jeweils gegliedert in die Bereiche Infektionsprophylaxe und Behandlung: spezielle Aspekte in Bezug auf Frauen, Drogenkonsumräume, Substitution / medizinische Hilfen, Niedrigschwellige Beratung, Betreutes Wohnen und Setting-Beratungsstelle.

Momentan werden aus den Empfehlungen der Mitarbeitenden konkrete Umsetzungsschritte und Projekte entwickelt, welche noch in diesem Jahr starten. Ziel ist, wie beim gelungenen Auftakt des Fachtages begonnen, einen integrierten Ansatz unterschiedlicher Akteure in einem multidisziplinärem Team zusammenzubringen, um die Prävention und Kontrolle von chronischen Infektionskrankheiten bei intravenös drogengebrauchenden Menschen zu verbessern.

Weitestgehend deckungsgleich sind die Empfehlungen von Dr. R. Zimmermann (RKI) anlässlich ihres Vortrages (Zimmermann 2016) und die erarbeiteten Vorschläge zur Verbesserung der Situation in Frankfurt: Ansporn für alle sollte sein, insbesondere Frauen mit der hier festgestellten größeren Vulnerabilität und deutlich höheren HIV-Prävalenz, junge Drogengebrauchende unter 25 Jahren und Personen, die erst kürzlich injizierenden Konsum begonnen haben, gezielt mit Präventionsmaßnahmen (Utensilien wie Verhalten) zu erreichen.

Für einzelne Teilbereiche ergeben gesonderte Empfehlungen (alle in Zimmermann 2016: 68ff): In der niedrigschwelligen Drogenhilfe sollten regelmäßige (Schnell-) Testangebote und Impfkampagnen regelmäßig implementiert werden, die qualifiziert beratend begleitet werden. Dafür sollte insbesondere nicht-medizinisches Personal geschult und qualifiziert werden, auch um gezielte Kurzberatungen bei Wissenslücken zu Transmissionswegen zu gewährleisten und Impfungen, Behandlungen und PEP

durchführen zu können. Zusätzlich zu Spritzen und Nadeln sollten auch andere Konsumutensilien wie Filter, Löffel und Wasser zur Injektion bedarfsgerecht ausgegeben werden, ggf. mehr Abgabe als Tausch. Frauen benötigen ein besseres Präventionsangebot / aufsuchende Arbeit.

(Sucht-) medizinischen und Substitutionseinrichtungen wird empfohlen:

- HBV-Impfung und Beratung anbieten,
- Regelmäßige Testung (plus Beratung) auf HIV (Antikörpertest) und HCV (Antikörpertest und PCR),
- Alle HIV- und HCV-Positiven zur Prüfung einer Therapieindikation und Behandlung zu infektiologisch oder hepatologisch tätigen Ärzt_innen zu überweisen,
- Substituierte sollten gezielt über HBV-Impfung, zur HIV-PEP und zur Möglichkeit einer HCV Übertragung durch das Teilen von Filtern, Löffeln, Wassergefäßen und Snief Röhrchen informiert werden,
- Das Suchtmedizinssystem sollte sich auf lokaler Ebene stärker mit niedrigschwelligem Setting UND Infektiologie / HIV Schwerpunkteinrichtungen / Hepatologie vernetzen

Darüber hinaus sollte in geeigneter Weise generell vermittelt werden, dass Ärzt_innen die wichtigste Informationsquelle zu HBV, HCV und HIV darstellen. Deshalb sollte auch die Ärzteschaft über Ausmaß und Art der Wissenslücken von IVD zu HBV, HCV und HIV informiert werden. HBV- Indikationsimpfung bei der von der STIKO empfohlenen Gruppen umsetzen: Drogengebrauchende, Inhaftierte, HIV-Infizierte, HCV-Infizierte und die Therapieraten von IVD bezüglich HIV und HCV verbessern.

Zudem sollten alle Einflussmöglichkeiten genutzt werden, um das dokumentierte und durch die Studie offenkundige Risikosetting Haft als Infektionsauslöser zu begrenzen und die Möglichkeiten zur Gesundheitserhaltung zu nutzen. Gleichlautende Empfehlungen ergehen an den Jugend- und Maßregelvollzug:

- HBV-Impfangebot plus Beratung flächendeckend implementieren,
- Vertrauliche und freiwillige Testung auf HCV und HIV allen Inhaftierten anbieten,
- Inhaftierte mit einer HIV oder HCV-Infektion sollten der Behandlung zugeführt werden,
- Inhaftierten IVD sollte der Zugang zu evidenzbasierten Maßnahmen der Prävention von HBV, HCV und HIV gewährt werden. Dazu gehören eine ausreichend dosierte OST (Opiat-Substitutions-Therapie), Kondome und Konsumutensilien,
- Das Übergangsmanagement sollte hinsichtlich der Prävention von *unsafe use* verbessert werden.

Insgesamt – und nicht nur für Frankfurt – zeigt die DRUCK-Studie des Robert-Koch-Institutes zwar vor allem exemplarisch, aber auch eindrucksvoll und detailliert die Lücken in der Prävention und Versorgung von Drogengebrauchenden in acht deutschen Städten. Die Drogenhilfe in Frankfurt würdigt den wissenschaftlichen Blick von außen und nimmt dankbar die Erkenntnisse der Forscher und deren Befunde auf. Wir verstehen die Empfehlungen bewusst als berechtigte Forderungen und begreifen die Handlungsoptionen als Ansporn, die Lebenssituation drogengebrauchender Menschen zu verbessern. Dazu wünschen wir uns aber auch mehr Unterstützung und Verständnis von Seiten der Politik.

Literatur

- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015). Ergebnisbericht der Studie zu Drogen und chronischen Infektionskrankheiten (Druck-Studie) in Frankfurt am Main, Berlin 2015.
- Zimmermann, R. (2016): HIV-und Hepatitis B/C-Prävention, Testung und Behandlung von i.v. Drogen Gebrauchenden, Vortrag auf dem Fachtag zur Druckstudie am 8.3.2016 in Frankfurt am Main.

4.10 | JES NRW 2.0 – Streetwork und more

Marco Jesse, Axel Hentschel, Matthias Haede

Zusammenfassung

Unter dem Titel „JES NRW 2.0 - Streetwork und more“ fördert das Land NRW seit 2015 wieder die Selbsthilfe der Junkies, Ehemaligen und Substituierten. Primäres Ziel ist es, wieder mehr Drogengebraucher_innen für ein Selbsthilfeengagement zu gewinnen und die noch vorhandenen Selbsthilfestrukturen zu fördern bzw. zu stabilisieren. Zum besseren Verständnis, warum dieser Bereich eine stärkere finanzielle Förderung benötigt, lohnt sich ein Blick zurück.

Die JES Selbsthilfe existiert landes- wie bundesweit seit Ende der 80er Jahre, anfänglich vielfach unter dem Namen Junkie Bund und zumeist unter dem Dach kommunaler AIDS-Hilfen. Anfang der 90er Jahre entschied sich das Land NRW in Dortmund, Düsseldorf, Bonn und Köln sog. Kontaktläden der Junkie-Selbsthilfe und eine Koordinatorenstelle, angesiedelt bei der Aidshilfe NRW e. V., finanziell zu fördern. Diese Förderung zeigte schnelle Erfolge. Die Kontaktläden waren recht gut besucht, doch der Zulauf brachte ein Bündel an Herausforderungen mit sich. Zu diesen gehörten u.a. Probleme mit Besuchern, Anwohnern und den Ordnungsbehörden, was nicht zuletzt auf den teilweise hohen Alkoholkonsum in diesen Einrichtungen zurückzuführen war. Zu den besonderen Herausforderungen zählten aber auch die administrativen Anforderungen und das Problem, geeignete Mitarbeiter zu finden. Drei der geförderten Einrichtungen scheiterten an diesen Problemen. Heute existiert nur noch die Einrichtung Vision e. V. (ehemals Junkie Bund Köln e. V.). Ein Erfolgsmodell der JES Selbsthilfe, das es in allen bundesdeutschen Großstädten zu etablieren gilt.

Neben der Förderung der JES-Kontaktläden finanzierte das Land eine Koordinatorenstelle. Deren Aufgabe bestand darin, die Engagierten in NRW mit Informationen zu versorgen, Netzwerktreffen zu organisieren und bei Fragen und Problemen den Aktivist*innen vor Ort mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Dies funktionierte so gut, dass es damals in den meisten großen Städten in NRW JES-Gruppen oder JES-Engagierte gab.

Die Tätigkeitsfelder der Gruppen und Engagierten waren so unterschiedlich wie die Bedürfnisse. Zugleich war das Engagement äußerst erfolgreich, wie Frederic Fredersdorf 2002 in seiner vom BMG geförderten Studie eindrucksvoll belegte.

Abrupt beendete die 2005 gewählte CDU/FDP-Regierung dann allerdings die Förderung durch das Land komplett. Anschließend geschah genau das, was zu befürchten war: die JES-Selbsthilfe brach in NRW in zwei Drittel aller Städte ein.

Es zeigte sich, dass eine begleitende Koordinations- und Vernetzungsstruktur gerade für diejenigen Engagierten, die nicht über finanzielle Ressourcen verfügen und keine bzw. nur wenig Anbindung an Einrichtungen der Drogen- und AIDS-Hilfen haben, von zentraler Bedeutung ist.

Diese Erfahrungen bilden die Grundlagen und Zielperspektiven für das Projekt.

Nun gilt also wieder mehr Kontakt zu Junkies, Ehemaligen und Substituierten herzustellen, sowie sie für ein Selbsthilfeengagement zu begeistern. Gelingen soll dies mittels szenenaher/niedrigschwelliger Kontaktaufnahme in sechs Städten in NRW. Aus früheren Erfahrungen wissen wir, dass dies durch eine einmalige Aktion bzw. eine Informationsveranstaltung nicht gelingt. Es benötigt Zeit für den Vertrauensaufbau genauso wie gute Kooperationspartner vor Ort.

In diesem Sinne ist das Projekt JES NRW 2.0 konzipiert. Zunächst wurden Kooperationspartner gesucht und in Aachen, Bochum, Dortmund, Düsseldorf, Münster und Wuppertal gefunden.

Seit Januar 2016 fährt nun eine Projektmitarbeiterin einmal wöchentlich in eine der genannten Projektstädte und sucht dort gemeinsam mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter des jeweiligen Kooperationspartners die Szene auf. Beide verfügen über spezifische Kenntnisse: Der Kooperationspartner kennt die Szene vor Ort und die Projektmitarbeiterin die JES-Selbsthilfearbeit. Zur Kontaktaufnahme werden neben Safer-Use-Materialien auch Informationen über das JES-Selbsthilfeengagement verteilt. Darüber hinaus werden Szenebefragungen zu den Themen Drogenkonsumnotfall und Leben im Alter durchgeführt – doch zu diesen Themen später mehr. Hiermit soll auch transportiert werden, dass die Meinung jedes Einzelnen wichtig ist und dass JES sich für die Interessen der DrogengebraucherInnen einsetzt. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen dann im Rahmen eines Berichtes den kommunalen Kooperationspartnern zur Verfügung gestellt werden.

Bereits nach zwei Monaten stellten sich erste Erfolge ein. So konnten in Aachen und Dortmund Interessierte gefunden werden, die mit Unterstützung des Kooperationspartners Veranstaltungen (Hilfe im Drogennotfall und zum Gedenktag am 21.07.) oder praktische Tätigkeiten (Streetwork) durchführen oder in nächster Zeit durchführen werden.

Ein weiterer Projektschwerpunkt ist, die noch vorhandenen JES-Strukturen in Bielefeld, Bonn, Duisburg und Köln durch eine kleine finanzielle Unterstützung zu stärken.

Gestärkt wird die Gruppenarbeit vor Ort auch durch eine reaktivierte landesweite Vernetzung, in die auch die neu gewonnenen Interessierten umgehend mit eingebunden werden.

Bevor wir auf die Projektthemen Alter und Naloxon zu sprechen kommen, ist noch zu erwähnen, dass das Projekt im Jahr 2017 eine Zertifizierung von selbsthilfefreundlichen Beratungsstellen vorsieht. Wir werden zu einem späteren Zeitpunkt mehr darüber berichten.

Nun aber zu den Themenfeldern - ein besonderes Augenmerk richtet sich auch im Landesverband JES NRW auf die wachsende Gruppe älterer Drogenabhängiger (50+) mit ihrem spezifischen Hilfe- und Versorgungsbedarf - und ihrem oft gewollt „subkulturellen Lebensstil“.

Durch die im Laufe der Jahre deutlich ausgeweitete Substitutionsbehandlung, eine auch dadurch insgesamt verbesserte Gesundheitsvorsorge (zu nennen sind hier nicht zuletzt die immer besseren Optionen bei der Behandlung von Hepatitis C) und durch pragmatische Hilfsangebote wie Konsumräume u.a. profitieren auch die Konsument_innen illegalisierter Drogen von der allgemein durchschnittlich immer weiter steigenden Lebenserwartung.

Das ist gut so, wirft aber auch neue, ganz spezifische Problematiken und Fragen auf. Wo und wie lebt der ältere Drogengebraucher, was sind seine Perspektiven? Wie etwa steht es um die Versorgung, wenn mal unvermittelt ein Krankheitsfall eintritt? Und was ist, wenn dann irgendwann Pflegebedürftigkeit eintritt? Kann ambulant gepflegt werden? Und was kommt danach? Verfügt die kommunale Pflegeeinrichtung oder das entsprechende Altenheim über die nötigen Kenntnisse im Umgang mit und in der Pflege von Drogengebern?

Leider liegen bisher nur wenige Studien und Untersuchungen zu diesem Themenkomplex vor.

Daher wollen wir versuchen, einen praxisnahen Beitrag zum Thema 'Senior-Junkies' beizusteuern:

Im Laufe des Jahres 2016 wird der Landesverband JES NRW e. V. eine entsprechende Umfrage erarbeiten und diese dann unter älteren polytoxikomanen Drogengebern, vulgo: (Ex-)Junkies, in mehreren Städten Nordrhein-Westfalens durchführen.

Die Wohnsituation dieser Älteren scheint allgemein eher besser zu sein, als die der jüngeren Drogengebraucher, allerdings leben erstere meist allein. Auch stellt sich nicht nur der Gesundheitszustand, sondern meist auch die finanzielle und juristische Situation, vor allem aufgrund des längeren Zeitraums illegalisierten Drogenkonsums, in der Regel schlechter dar als beim Jüngeren. (I. Vogt, Frankfurt 2010)

Zwar können einige wenige polytoxikomane Drogengebraucher sogar mit über 60 noch einen vergleichsweise stabilen Gesundheitszustand vorweisen, manche von ihnen treiben sogar moderat Sport und ernähren sich bewusst. In der Regel jedoch haben das prekäre Leben in der Illegalität der Szene und der Konsum bedenkenlos gestreckter Drogen ihre tiefen Spuren hinterlassen. Da kann schon mal ein 45-Jähriger wie 60 wirken.

Zu den illegalen Drogen kommt fast immer auch der Alkohol hinzu. Viel Alkohol. Und der wirkt sich oft fatal aus, zumal, wenn eine Erkrankung der Leber, wie Hepatitis, vorliegt. Allgemein stehen Leberleiden bei älteren Drogengebern mit 62% deutlich vor den Zahnleiden, die von 42% der Klientel beklagt werden. Lungen- und Kreislauferkrankungen (beide 22%) und Probleme mit den Blutgefäßen wurden ebenfalls von vielen angegeben.

Aber auch psychische Probleme wie Depressionen (36%) und Panikstörungen (22%) wurden von einer Vielzahl der damals Befragten beklagt (I. Vogt, Frankfurt 2010).

Idealerweise benötigen wir also mehr Einrichtungen wie z.B. die „LÜSA“ in Hamm und vergleichbare Häuser, in denen ältere und hilfsbedürftige illegale Drogen konsumierende Menschen (vorübergehend) in einem menschenwürdigen und respektvollen Umfeld wohnen können. Die bereits länger bestehenden Einrichtungen mit Abteilungen für Suchtkranke hingegen richten sich zumeist gezielt an Alkoholiker, nicht an polytoxikomane Junkies, die zwar überwiegend ebenfalls viel Alkohol konsumieren, aber ansonsten in Pflege, akuter Behandlung und in der persönlichen Ansprache recht unterschiedlich anzugehen sind.

Auch die Gestaltung des persönlichen Bereiches und etwa die bevorzugte Musik stellen sich bei diesen beiden Gruppen oftmals sehr unterschiedlich dar. Volksmusik und Rock /Techno, das passt einfach nicht zusammen.

Ein nicht geringes Risiko derart spezieller Einrichtungen für Senior-Junkies besteht potentiell in Ausgrenzung und Ghettobildung. Dem gilt es sensibel entgegen zu wir-

ken. Nicht allzu groß sollten diese Einrichtungen sein. Also möglichst dezentral. Auch dazu werden wir die Szene befragen.

Allerdings lässt sich wohl schon jetzt sagen, dass ältere Drogenkonsument_innen grundsätzlich gar nicht so viel anders empfinden als andere alte Menschen, die allesamt noch möglichst lange Zeit in ihrer privaten Wohnung, im gewohnten Umfeld und auf lebenswerte Weise, später notfalls auch unter Pflege, verbringen wollen.

Ein weiteres wichtiges Tätigkeitsfeld des JES 2.0 Projekts bildet die Drogentodesfallprophylaxe. Den Drogentod zu vermeiden gelingt auch nach Jahrzehnten der Selbst- und Drogenhilfearbeit in vielen Fällen immer noch nicht. Jahr für Jahr nehmen wir, mit fast schon stoischer Gelassenheit, die Meldungen der Bundesdrogenbeauftragten zur Kenntnis, dass erneut weit über 1.000 Menschen an den unmittelbaren Folgen des illegalisierten Drogenkonsums verstorben sind. Gerade wieder mussten wir zur Kenntnis nehmen, dass die Statistik einen Anstieg von 20% verzeichnet und auch die Zielgruppe Opiate konsumierender Menschen hiervon betroffen ist. (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, 2015)

Leider fehlt es an einer belastbaren empirischen Datenbasis, die die Umstände und Ursachen des Geschehens abbildet. Dennoch ist sich der Großteil der Experten einig, dass der Löwenanteil der tödlichen Überdosierungen versehentlich und nicht in suizidaler Absicht erfolgt.

Schätzungen zufolge ereignen sich ca. 20% der Überdosierungen im öffentlichen Raum (incl. Drogenkonsumräumen). Ca. 50% finden im häuslichen Umfeld in Gesellschaft Dritter und 30 % alleine zu Hause statt. Demnach sind in zwei Dritteln der Fälle potentielle Ersthelfer anwesend, die erste lebenserhaltende/-rettende Maßnahmen ergreifen könnten.

Bei etwa wieder zwei Dritteln aller drogenbedingten Todesfälle handelt es sich um mono- oder polyvalente Vergiftungen, von denen ca. 65% durch die Anwendung von Naloxon zu verhindern gewesen wären (Mortler 2015).

Naloxon ist seit vielen Jahrzehnten als Notfallmedikament bei Überdosierungen bekannt. Seit mehreren Jahren wird fachöffentlich darüber diskutiert, ob und wie dieses Medikament an Opiatkonsument_innen sowie deren An- und Zugehörige als Notfallmedikament abgegeben werden kann, bzw. darf. Wissenschaftliche Untersuchungen in Frankfurt a. M. und Berlin zeigen ebenso wie internationale Erfahrungen (vor allem aus den USA), dass dies praktisch umsetzbar und auch zur Vermeidung von Drogentodesfällen nützlich ist und Naloxon in 50% der Fälle erfolgreich angewendet wird.

Vor diesem Hintergrund empfehlen sowohl die WHO als auch EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) die Ausweitung von Naloxon-Take-Home-Programmen:

„New WHO guidelines, released on 4 November 2014, aim to reduce the number of opioid-related deaths globally. The guidelines recommend countries expand naloxone access to people likely to witness an overdose in their community, such as friends, family members, partners of people who use drugs, and social workers.“ (WHO 2014)

There is evidence that educational and training interventions with provision of take-home naloxone decrease overdose-related mortality.“ (EMCDDA 2015)

Daher wäre Naloxon das Mittel der Wahl im Falle einer Überdosierung unter Beteiligung von Opiaten. Derzeit steht dies jedoch bis auf wenige Ausnahmen (Berlin und Frankfurt) nur Angehörigen des Rettungsdiensts zur Verfügung. Somit kommt in weniger als 5% dieser Notfälle Naloxon zum Einsatz.

Die Gründe dafür sind ebenso vielfältig wie die denkbaren Anwendungsfelder. Alle jene, die mit Opiatkonsument_innen in Berührung kommen (z.B. Polizisten, Angehörige) und/oder ihnen direkt vor Situationen mit erhöhtem Risiko begegnen (Mitarbeiter_innen aus Justizvollzugsanstalten, Entwöhnungs- und Therapieeinrichtungen etc.; denn gerade entwöhnte Konsumierende sind durch Überdosierung besonders gefährdet) kommen als Multiplikatoren und Anwender für Naloxon-Take-Home-Programme in Frage.

Ein direkter Zugang zu dem Medikament ist für potentielle Ersthelfer in Deutschland jedoch nahezu unmöglich. Eine Verschreibung von Naloxon ist nur an Drogenkonsumierende direkt unter der Prämisse möglich, dass diese es an sich selbst im Falle einer Überdosierung anwenden wollen. Angehörigen, Partnern, Eltern und Mitbewohnern Opiat konsumierender Menschen darf Naloxon nicht verschrieben werden. Ist aber Naloxon bei der Überdosis verfügbar, darf es im Rahmen der Laienhilfe von jedem angewendet werden (Mortler 2015).

Diese Verschreibungspraxis ist absurd. Sie negiert die Realitäten gleich in mehrfacher Hinsicht. Die Anwendung eines Opiatantagonisten an sich selbst wird sich, zumindest im akuten Notfall, in der Realität nicht finden. Lässt sich aktuell ein Konsument oder eine Konsumentin tatsächlich auf eigene Initiative Naloxon verschreiben, so ist der wahrscheinliche Anwender weder über die Substanz noch über die korrekte Anwendung informiert. Zudem wird dadurch, dass eine Verschreibung lediglich auf Privatrezept möglich ist, der Zugang oft schon zu Beginn aus Kostengründen verhindert.

Der Wissensstand von Drogengebraucherinnen und Drogengebern und ihrem unmittelbaren Umfeld zum Thema Notfall, Erste Hilfe und Naloxon ist geprägt von Halbwissen und Mythen. JES NRW e. V. will dazu beitragen, das Bewusstsein für Risikosituationen zu schärfen und Empowerment zu fördern. Gleichzeitig wollen wir der Zielgruppe die Möglichkeiten von akzeptierender Selbsthilfearbeit vor Augen führen und sie ggf. als Mitstreiter gewinnen.

Dazu werden anhand eines neuen Konzepts niedrigschwellige Informationsveranstaltungen zu Naloxon durchgeführt. In diesen Veranstaltungen wird in kleinen, kurzen Einheiten ein Überblick über Risiko erhöhende Aspekte geboten. Zudem wird vermittelt, woran eine Opiat-Überdosis zu erkennen ist. Den Kern der Schulungen stellt jedoch das Erlernen von Erste Hilfe Maßnahmen im Drogennotfall und die sachgerechte Anwendung von Naloxon sowie die anschließende Abgabe des Medikaments (in Form von Naloxon-Kits) an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dar.

Der Peer to Peer-Ansatz ist bei diesem Konzept besonders erfolgversprechend, da Naloxon innerhalb der Szene opiatkonsumierender Menschen einen äußerst schlechten Ruf genießt. In der Alltagspraxis des Rettungsdienstes wird Naloxon in vielen Fällen nicht besonders vorsichtig, also eher unnötig hoch dosiert. Dies führt dazu, dass die Betroffenen direkt nach der Anwendung oft starke Entzugssymptome aufweisen. Dies wurde über Jahre in den Szenen kommuniziert und hat sich als Information verfestigt. Dementsprechend begegnen die Konsument_innen dem Thema Naloxon mit

großer Skepsis. Der natürliche Vertrauensvorschuss, den die Begegnung im Rahmen von Selbsthilfeansätzen mit sich bringt, hilft, diese Skepsis zu überwinden. In der Folge kann den Opiatgebraucher_innen eine einfache, sichere und sehr gut wirksame Handlungsoption angeboten und zugänglich gemacht werden.

Eine ebenso wichtige Zielsetzung ist es jedoch, diesen Ansatz auch bundesweit verfolgen zu können. Hier ist das Gesundheitsministerium und insbesondere Frau Mortler als Bundesdrogenbeauftragte aufgefordert, dem Vorbild aus NRW zu folgen und entsprechende Programme als standardisierten Baustein der niedrigschwelligen Selbst- und Drogenhilfe zu etablieren.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Drogen und Suchtbericht 2015, online verfügbar unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/2015_Drogenbericht_web_010715.pdf, letzter Zugriff: 02.05.2016.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Naloxon und sein Einsatz durch Laien, Stellungnahme 03.07.2014.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Rauschgiftlage 2015, Berlin.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015): Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, online verfügbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/932/TDAU14009ENN.web_.pdf, letzter Zugriff: 02.05.2016.
- World Health Organization (2014): Community management of opioid overdose, online verfügbar unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf, letzter Zugriff: 02.05.2016.

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, 1994-1998, Leiterin des Referats „Drogen und Menschen in Haft“ der Deutsche AIDS Hilfe, 1992-1995 Leiterin des Forschungsprojektes „Entwicklung des Drogenkonsums unter Ostberliner Jugendlichen“, 1989-1991 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Suchtklinik des Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses in Ostberlin mit Themenschwerpunkt Alkohol und Alkoholmissbrauch, 1981-1989 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Akademie der Wissenschaften der DDR, Institut für Soziologie und Sozialpolitik, Forschungsschwerpunkt „Lebensweisen“, 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, seit 2000 Mitglied der Suchtakademie Berlin/Brandenburg.

Sandro Cattacin

ist Soziologieprofessor an der Universität Genf. Als Stadtsoziologe publiziert er zu Fragen des sozialen Zusammenhalts und der Vulnerabilität. Drogenpolitische Fragen beschäftigen ihn seit zwanzig Jahren. Kürzlich erschienen: Brandsen, Taco, Sandro Cattacin, Adalbert Evers und Annette Zimmer (eds) (2015). *Social Innovations in the Urban Context*. N.Y.: Springer. Weitere Publikationen auf <http://unige.academia.edu/SandroCattacin>

Kerstin Dettmer

arbeitet seit 1998 als Ärztin bei Fixpunkt e. V., einem Verein der innovative und niedrigschwellige gesundheitsfördernde bzw. schadensmindernde Projekte auf Berliner Drogenszenetreffpunkten und in sozialen Brennpunkten durchführt. Sie war u. a. an folgenden Modellprojekten maßgeblich beteiligt: „Drogennot- und Todesfallprophylaxe/Naloxonvergabe“, „Frühintervention als Maßnahme der Hepatitis-C-Prävention“.

Dagmar Domenig

ist Juristin und promovierte Sozialanthropologin. Sie ist Direktorin der Stiftung Arkadis, einer Sozial- und Gesundheitsinstitution in Olten (www.arkadis.ch). Sie ist in mehreren Gremien ehrenamtlich engagiert, unter anderem ist sie Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen. Als affilierte Forscherin des Institut de recherches sociologiques der Universität Genf ist sie nebenberuflich wissenschaftlich tätig und publiziert regelmässig zu gesundheitspolitischen Themen, insbesondere zum Umgang mit Vielfalt und Verschiedenheit im Gesundheitssystem.

Drug Scouts

Die Drug Scouts wurden 1996 von jungen Menschen aus der elektronischen Musik- und Partyszene gegründet. Anliegen ist es, sachlich und umfassend über legale und illegalisierte psychoaktive Substanzen und deren Konsum zu informieren und aufzuklären. Akzeptanz gegenüber den individuellen Entscheidungen der Konsument_innen ist dabei ein Grundsatz der Arbeit. Der differenzierte Umgang mit positiven und negativen Aspekten von Drogenkonsum sowie die Aufklärung über Safer-Use-Regeln sollen dazu beitragen, gesundheitliche und psychosoziale Schädigungen für User und ihr jeweiliges soziales Umfeld so gering wie möglich zu halten. Abstinenz ist eine Möglichkeit. Aber nicht alle Menschen wollen oder können ihr Leben lang abstinent leben. Wir beraten und unterstützen Menschen unabhängig von einem Abstinenzwunsch. Wir versuchen, unser Ansinnen auch auf politischer Ebene voranzubringen, z. B. durch unseren Einsatz für Drug Checking oder die Etablierung von Safer Clubbing.

Simon Egbert

M.A., Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bremen am Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Jan Fährmann

aktuell Rechtsreferendar und Promotionsstudent, steht kurz vor der Einreichung einer juristisch/kriminologischen Dissertation zum Thema „Telefonieren im Strafvollzug“, Sprecher der LAG Drogenpolitik von Bündnis 90/Die Grünen Berlin und in der LAG seit mehreren Jahren aktiv

Frank Frehse

seit 9 Jahren Mitarbeiter bei Palette e.V./Hamburg und Koordinator der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Die IGLU Familienhilfe ist ein SPFH Anbieter für drogenkonsumierende und suchtgefährdete Familien. Herr Frehse beschäftigt sich seit den 1990er Jahren mit Drogenpolitik.

Ralf Gerlach

ist Diplompädagoge, Gründungsmitglied und stv. Leiter des Instituts zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO) e.V. (Münster). Seit 1998 leitet er die Internationale Koordinations- und Informationsstelle für Auslandsreisen von Substitutionspatienten. Zahlreiche Publikationen zu drogenspezifischen Themen.

Franjo Grotenhermen

Dr., Jg. 1957, Arzt. Krankenhausätigkeit in Innere Medizin, Chirurgie und Naturheilverfahren. Praxistätigkeit in Rütten (NRW) mit dem Schwerpunkt Cannabis und Cannabinoide und Mitarbeit im nova-Institut Hürth/Rheinland. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) und Geschäftsführer der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Cannabinoidmedikamente (IACM). Herausgeber der IACM-Informationen, die in sechs Sprachen im Internet erscheinen. Autor einer Vielzahl von Artikeln, Gutachten und Büchern zum Thema.

Norman Hannappel

seit 1,5 Jahren Mitarbeiter bei Palette e.V./Hamburg und dort in der Sozialpädagogischen Familienhilfe sowie in der Drogenberatungsstelle „Palette Bartelsstraße“ tätig. Davor studierte er Diplom-Pädagogik an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Tibor Harrach

Pharmazeut (Apotheker), LAG Drogenpolitik (Bündnis 90 / Die Grünen, Berlin), Drugchecking Initiative Berlin Brandenburg

Axel Hentschel

Dr. phil., Diplom Pädagoge, Projektleiter JES NRW 2.0., Geschäftsführer der AIDS- und Drogenberatung e.V. in Köln, Vorstandsmitglied der AIDS Initiative Bonn e.V. und Vision e.V. in Köln

Arnd Hoffmann

Jahrgang 1967, Dr. phil., Historiker und Philosoph. Arbeitet als wissenschaftlicher Berater, freischaffender Autor und Kurator. Seine theoretische Leidenschaft gehört den kulturellen Ambivalenzen der modernen Gesellschaft: Zufällen, Lügen, Drogen, Tieren ... Er betrachtet es als eine zentrale Herausforderung, vermeintliche Eindeutigkeiten in Probleme zu verwandeln. Erst so lassen sich schwierige Themen wie Drogen punktgenau und gleichzeitig mehrdimensional rüberbringen.

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.

Marco Jesse

Geschäftsführer VISION e.V. einem Kölner Drogen(selbst)hilfeträger mit niedrig- und mittelschwelligen Drogenhilfeangeboten, seit mehr als 15 Jahren Vorstandsmitglied im JES Bundesverband e.V., Vorstand des Landesverbands akzept NRW e.V., Gründungsmitglied im Aktionsbündnis Hepatitis C und Drogengebrauch, Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), Autor diverser Fachbeiträge

Jens Kalke

Dr. Jens Kalke ist seit vielen Jahren in der Suchtforschung tätig und gehört dem Zentrum für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ZIS, Hamburg) an. Jens Kalke arbeitet hauptsächlich im Bereich der Suchtpräventions-Forschung.

Jürgen Klee

Fachbereichsleitung Drogen bei der Aids-Hilfe Frankfurt. Vorstandsmitglied von akzept e.V.

Michael Kleim

ist evangelischer Theologe und Seelsorger. Nach seinem Studium der Theologie auf der kirchlichen Hochschule Naumburg war er in der politischen und kulturellen Opposition in der DDR aktiv und veröffentlichte illegale Publikationen im Samisdat unter anderem zu Menschenrechtsfragen. Nach der Wende arbeitete er weiter an Drogenfragen, insbesondere mit den Schwerpunkten kulturelle, religionsgeschichtliche und spirituelle Aspekte von Drogengebrauch sowie Menschenrechte und Drogenprohibition. Er ist Mitautor der Ausstellung und CD „Drogenkultur – Kulturdrogen“ der Heinrich- Böll- Stiftung Thüringen.

Michael Knodt

geboren 1968 in Dillenburg/Hessen, ist Freier Journalist, Autor und Moderator. Der Vater von zwei Kindern lebt seit 1990 in Berlin und publiziert im Vice-Magazin sowie zahlreichen anderen Online- und Printmedien.

Heiko Kohl

41 Jahre, seit 2006 Rechtsanwalt (Falkensee und Berlin), Mitglied der LAG Drogenpolitik Berlin von Bündnis90/Die Grünen.

Ralf Köhnlein

Sozialarbeiter (Diplom, Master of Social Work – Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession), Fixpunkt e.V.

Joachim Körkel

Dr. phil., Professor für Psychologie an der Evangelischen Hochschule Nürnberg und Leiter des dortigen Instituts für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS). Approbierter Verhaltens- und Gestalttherapeut. Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (dg sps). Gründungsherausgeber der Zeitschrift Suchttherapie. Mitglied im Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT).

Urs Köthner

Jahrgang 1966, Sozialarbeiter, Sozial-/Suchttherapeut. Seit 1995 in der ambulanten Drogenhilfe. Seine Erfahrungen in der akzeptierenden Drogenarbeit verstärkten sein gesellschaftspolitisches Engagement. Heute agiert er im Bundesvorstand von „akzept e.V.“ und ist Geschäftsführer des Vereins „freiraum hamburg e.V.“ Er votiert für eine Entkriminalisierung von Drogen und regulierte Drogenmärkte.

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.

Benjamin Löhner

Dipl.Soz.Päd (FH), enterprise3.0 / mudra Drogenhilfe Nürnberg

Hans-Günter Meyer-Thompson

Arzt in Hamburg, DGS-Beirat Substitutionsrecht

Daniela Molnar

Seit 2010 an der Philipps-Universität Marburg am Institut für Erziehungswissenschaft in der AG Sozial- und Rehabilitationspädagogik als Wissenschaftliche Mitarbeiterin angestellt. Dort ist sie in Forschung und Lehre zum Bereich der Drogenhilfe tätig, der Schwerpunkt liegt auf niedrigschwelliger, akzeptierender Drogenhilfe. In ihrer Doktorarbeit befasst sie sich mit Arbeitsanforderungen und -belastungen in Kontaktläden der niedrigschwelligen Drogenhilfe.

Matthias Nanz

Sozialpädagoge B.A., M.S.M, Mitarbeiter am Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (ISS) der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte: Zieloffene Suchtarbeit, Konsumreduktionsprogramme, Motivational Interviewing.

Sonja C. Ott

Pharmazeutin/Apothekerin, Promotion in Pharmazeutischer Biologie, aktuell tätig im Bildungsbereich, Mitglied der LAG Drogenpolitik Berlin

Marcus Pfliegensdörfer

Sozialarbeiter B.A., Sexualberater (DGfS), Aidshilfe Köln e.V.

Florian Rister

Florian Rister studierte Politikwissenschaft in Marburg, arbeitete in einem Kontaktladen für Drogengebraucher der Aids-Hilfe und engagierte sich ehrenamtlich im Drogenberatungsnetzwerk Alice-Project Frankfurt. Nach Jahren unbezahlter Arbeit beim Deutschen Hanfverband (DHV) begann er im April 2014 dort eine Festanstellung. Hier schreibt er Artikel und betreut diverse Social Media Seiten, ehrenamtliche Mitarbeiter, den jährlichen Global Marijuana March sowie die regionalen Ortsgruppen des DHV.

Stefan Ritschel

Jahrgang 1970, seit 2006 in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe tätig, erst als Mitglied, später folgend als „Koordinator“ der Selbsthilfegruppe jes-Peine, 2010 Beitritt in den JES Bundesverband, seit 2015 Vorstandsmitglied im JES Bundesverband.

Dirk Schaeffer

Geb 1967, seit 1998 Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe. Von 1998 - 2000 bundesweiter Koordinator des JES-Bundesverbands. Seit 2001 Referent und Leiter des Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug“. Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Prävention von HIV und Hepatitis bei Drogengebraucher_innen. Initiator von Modellprojek-

ten wie z.B. „Test It“ und „SMOKE It“ zur wiss. Überprüfung neuer Methoden und Angebote zur Prävention und Schadensminderung. Mitbegründer des Schildower Kreises sowie des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“.

Marcel Schega

M.A. Lateinamerikastudien mit Schwerpunkt Politikwissenschaft, B.A. Politikwissenschaft; bei der LAG Drogenpolitik der Grünen seit Juni 2015; Mitglied bei akzept e.V. seit Mai 2011

Claudia Schieren

Projektleiterin VISION e.V. Kontaktladenbereich Köln Meschenich, Jahrgang 1963, seit 1993 in der akzeptierenden Drogenselbsthilfe auf den verschiedensten Ebenen tätig, langjähriges Engagement in unterschiedlichen Gremien der Deutschen AIDS Hilfe, seit 2013 Jurymitglied des HIV Community Preis, Vorstand im JES Bundesverband.

Henning Schmidt-Semisch

Prof. Dr., Professor an der Universität Bremen am Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Olaf Schmitz

Diplom-Sozialarbeiter, Jahrgang 1968, ist seit 2004 Mitarbeiter der Krisenhilfe Bochum und leitet dort seit mehr als 10 Jahren die Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahme für abhängigkeitskranke Menschen „INSAT - Individuelle Schritte in Arbeit“. Vorher war er langjährig im Bereich der Ausbildungs- und Beschäftigungsförderung junger Erwachsener tätig.

Rüdiger Schmolke

geb. 1969, MA Politikwissenschaft, Master of Public Health, Systemischer Organisationsberater/-entwickler; Geschäftsführer des Chill out e.V. – Verein zur Förderung akzeptierender Drogenarbeit (chillout-pdm.de), Leiter der Fachstelle für Konsumkompetenz Potsdam, Mit-Initiator der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (drugchecking.de). Referent u.a. zu den Themen Verbreitung und Umgang mit Psychoaktiven Substanzen, Best-Practice der Prävention in Jugendalter und Nachtleben, Partizipatives Qualitätsmanagement in Suchthilfe und-prävention, Drogenpolitik.

Wolfgang Schneider

Dr. phil., geb. 20.4.1953. Leiter des Drogenhilfevereins Indro e.V. Vorstandsmitglied akzept nrw. Autor und Herausgeber zahlreicher Veröffentlichungen zur akzeptanzorientierten Drogenarbeit, Drogenforschung und Drogenpolitik u.a.: „Herauswachsen aus der Sucht - Selbstausstieg und kontrollierter Gebrauch illegalisierter Drogen“ „Risiko Cannabis?“, „Drogenmythen - Zur Konstruktion von Drogenbildern in Drogenhilfe, Drogenforschung und Drogenpolitik“, „Die sanfte Kontrolle - Suchtprävention als Drogenpolitik“, „Sucht als Prozess“, „Drogenhilfe und Drogenpolitik - Kritische Gegenwartsdiagnosen“.

Seifried Seyer

Mag., Soziologe. 1997/98 Assistent am Ludwig Boltzmann Institut für Gesellschafts- und Kulturgeschichte. 1998 bis 2001 Lektor und Lehraufträge für Soziologie an der Joh. Kepler Universität Linz. Seit 2001 wissenschaftl. Mitarbeiter am Institut Suchtprävention Linz. Schwerpunkte: Epidemiologie und Konsumforschung, Evaluation, Sucht- und Präventionstheorie. Lehraufträge Sucht- und Präventionsforschung, Ethik in der Suchtprävention.

Svea Steckhan

ist Soziologin und Kriminologin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund „Organisierte Kriminalität zwischen virtuellem und realem Drogenhandel (DROK)“ an der Akademie der Polizei Hamburg.

Heino Stöver

ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Er ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.isff.info).

Julian Strizek

geb. 1981, Soziologe, von 2008-2009 Suchtforscher am Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBISucht), 2010-2014 Mitarbeiter der „Suchtforschung und -dokumentation“ (SucFoDok) am Anton-Proksch-Institut (API), seit 2015 Mitarbeiter am Kompetenzzentrum Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und seit 2015 Sprecher der Sektion Drogenforschung der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie (ÖGS).

Katja Thane

Dr., Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bremen am Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Meropi Tzanetakis

Dr. phil. (Universität Wien), ist Politikwissenschaftlerin und Senior Scientist am Vienna Centre for Societal Security. Zuletzt erschienen: The transparency paradox. Building trust, resolving disputes and optimising logistics on conventional and online drugs markets (mit G. Kamphausen, B. Werse & R. von Laufenberg; International Journal of Drug Policy, 2016).

Roger von Laufenberg

BA, ist Forscher am Vienna Centre for Societal Security (VICESSE) in einem Projekt zum virtuellen Drogenhandel. Seine Interessen liegen in der Analyse der Bedeutung und Dynamiken von Nutzer_innen-Communities in Darknet-Märkten.

Alfred Uhl

geb. 1954, Gesundheitspsychologe, 1977-2009 Suchtforscher am Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung (LBISucht), 1990-2013 Lehrbeauftragter für Statistik und Forschungsmethoden an der Wirtschaftsuniversität Wien, 2000-2009 Leiter des Alkoholkordinations- und Dokumentationszentrum (AKIS), 2010-2014 Koordinator der „Suchtforschung und -dokumentation“ (SucFoDok) am Anton-Proksch-Institut (API), seit 2012 Lehrbeauftragter für Statistik an der Sigmund-Freud-Privatuniversität (SFU) und seit 2015 stellvertretender Abteilungsleiter des Kompetenzzentrums Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Rainer Ullmann

Dr. med., als Allgemeinmediziner niedergelassen von 1981 – 2013, 1990 – 2013 Substitutionsbehandlungen Heroinabhängiger, 1995 – 2002 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (vorm. DGDS) e.V., seit 2004 Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission Substitution der KV Hamburg, Gründungsmitglied des Schildower Kreises, mehrere Publikationen zur Substitutionsbehandlung und zur strafrechtlichen Verfolgung substituierender Ärzte

Monika Urban

Dr., Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bremen am Institut für Public Health und Pflegeforschung.

Uwe Verthein

PD Dr. Uwe Verthein ist seit vielen Jahren in der Suchtforschung tätig und gehört dem Zentrum für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ZIS, Hamburg) an. Die Schwerpunkte von Uwe Verthein sind die Therapieforschung und die klinische Suchtforschung.

Veit Wennhak

Jahrgang 1971, studierte Politologie, Soziologie und neuere Geschichte an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und beschäftigte sich unter anderem mit nachhaltiger Entwicklung und Glücksindikatoren. Nach sechs Jahren Berufserfahrung in der akzeptierenden Drogenhilfe und acht Jahren Tätigkeit in der offenen Kinder- und Jugendarbeit, arbeitet er seit 2013 als Koordinator im Fachdienst Frühintervention beim Glücksspiel bei der Suchtberatung des Evangelischen Regionalverbandes Frankfurt am Main. Er beteiligte sich unter anderem an der Entwicklung des „Orientierungsrahmen für eine genderbezogene Kinder- und Jugendarbeit in Frankfurt am Main“ und ist Sprecher des Jungenarbeitskreises der Stadt Frankfurt am Main.

Bernd Werse

Dr. phil., Soziologe, seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Drittmittelforschungsbüro Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität. Arbeitsschwerpunkte: Drogentrends, neue psychoaktive Substanzen, Drogenhandel, Substanzkonsum in Jugendkulturen. Mitglied des Schildower Kreises. Buchveröffentlichungen: Cannabis in Jugendkulturen (Berlin 2007), Drogenmärkte (Hg., Frankfurt 2008), Friendly Business (Mit-Hg., 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, vom 01.09.1997 bis zum 31.05.2015 Polizeipräsident in Münster. Seit Dezember 2015 Vorsitzender von Law Enforcement Against Prohibition (LEAP) Deutschland.

Georg Wurth

Ehemaliger Finanzbeamter (Dipl.-Finanzwirt) mit umfangreicher politischer Erfahrung. Ab 1997 war er Fraktionsvorsitzender der Grünen im Remscheider Stadtrat. Nach einer Selbstanzeige wegen Cannabisbesitz (1996) hat er zunächst diverse drogenpolitische Arbeitskreise innerhalb der Grünen und Grünen Jugend mit gegründet. Seit 2002 ist er Geschäftsführer des Deutschen Hanf Verbandes; darüber hinaus in diversen weiteren drogenpolitischen Initiativen aktiv, z.B. beim „Schildower Kreis“.

Immer mehr Drogentote, verschwendete Milliarden für die wirkungslose und sogar kontraproduktive Strafverfolgung von Cannabiskonsument_innen, anhaltend hoher Tabak- und Alkoholkonsum: drei Beispiele für die Folgen verfehlter Drogenpolitik. Wirksame Gegenmaßnahmen sind längst bekannt und erprobt, werden jedoch nicht umgesetzt. Die Bundesregierung und ihre Drogenbeauftragte lehnen selbst eine Überprüfung des Betäubungsmittelgesetzes ab. Die Herausgeber des Alternativen Drogen- und Suchtberichtes fragen deshalb: Wie kann Deutschland in Zukunft eine wissenschaftlich fundierte Drogenpolitik sicherstellen?

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht wird von den drei Bundesverbänden akzept e.V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik), Deutsche AIDS-Hilfe und JES (Junkies, Exjunkies und Substituierte) e.V. herausgegeben. Ziel dieses Alternativen Drogen- und Suchtberichtes ist es, den offenkundigen Reformstau in der Drogenpolitik zu thematisieren und Vorschläge für eine Veränderung zu unterbreiten. Die Herausgeber erwarten von der Bundesregierung eine verstärkte strategische Steuerung in Drogenfragen auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens.

ISBN 978-3-95853-193-2

eBook: ISBN 978-3-95853-194-9 (www.ciando.com)

www.pabst-publishers.de · www.psychologie-aktuell.com

