

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband

8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021

akzept e.V. (Hrsg.)

8. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2021



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich/Westfalen

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

Kontaktadresse:

akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

Südwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: +49 (0)3082706946

<https://akzept.eu>

<https://gesundinhaft.eu>

<https://naloxoninfo.de/>

<https://hepatitis-aktion.de>

<https://www.patientenrechteakzept.de/>

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

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

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Herausgeber:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Redaktion: Heino Stöver, Bernd Werse, Christine Kluge Haberkorn

© bei den Autor*innen



2021 Pabst Science Publishers · D-49525 Lengerich/Westfalen

🌐 www.pabst-publishers.com

✉ pabst@pabst-publishers.com

Print: ISBN 978-3-95853-717-0

eBook: ISBN 978-3-95853-718-7

Titelbild: Heino Stöver

Layout: Patrick Orths

Druck: KM-Druck 2.0

D-64823 Groß-Umstadt

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Für eine ganzheitliche und nachhaltige Drogenpolitik	8
<i>Vorwort der Herausgeber Heino Stöver & Bernd Wense</i>	

1 Drogenpolitik

Alle Jahre wieder	12
<i>Hubert Wimber</i>	

2 Alkohol und Tabak

Alkohol – wie abhängig sind Hilfe und Stigmatisierung voneinander?	20
<i>Sören Kuitunen-Paul, Carolin Kilian, Annette Binder, Mathias Luderer, Daniela Reichl & Sven Speerforck</i>	
Alkoholprobleme, Alkoholpolitik und wissenschaftliche Fundierung	28
<i>Alfred Uhl & Julian Strizek</i>	
Besteuerung von Alkohol in Deutschland	38
<i>Jakob Manthey, Carolin Kilian, Sinclair Carr & Jürgen Rehm</i>	
Sprit in Dosen – wie gut gemeinte Steuern paradoxe Auswirkungen haben können	46
<i>Bernd Wense</i>	
Folgen des leichten bis moderaten Alkoholkonsums in Deutschland	50
<i>Carolin Kilian, Jakob Manthey & Christina Lindemann</i>	
Alkohol und COVID-19: ein Update aus 2021	56
<i>Jakob Manthey, Sinja Klinger, Sinclair Carr, Carolin Kilian, Ludwig Kraus, Sören Kuitunen-Paul, Georg Schomerus & Sven Speerforck</i>	
Alkoholkonsum im „Krisencafé“	68
<i>Frank Langer & Marius Stutz</i>	
Tabaksteuer auf E-Zigaretten: Ein Widerspruch gefährdet Ihre Gesundheit	75
<i>Heino Stöver & Bernd Wense</i>	

3 Harm Reduction – Politik und Praxis

Substitutionsbehandlung – der drohenden Versorgungskrise mit strukturellen Änderungen begegnen	88
<i>Dirk Schäffer & Urs Köthner</i>	
100000 Substituierte bis 2022 – Eine Zwischenbilanz nach einem Jahr	93
<i>Dirk Schäffer, Heino Stöver & Claudia Schieren</i>	
Maßnahmenplan für eine nachhaltige Reduktion drogenbedingter Todesfälle in Deutschland	99
<i>Heino Stöver & Dirk Schäffer</i>	
Opioidsubstitutionsbehandlung im Justiz- und Maßregelvollzug: Wirksamkeit, Hindernisse und Lösungsmöglichkeiten	103
<i>Heino Stöver, Karlheinz Keppler, Jan Fährmann, Wolfgang Lesting & Ulrike Häßler</i>	
„Entziehungsanstalten“ zur Disposition gestellt: Vom Scheitern des Maßregelvollzuges in der Suchttherapie.....	112
<i>Helmut Pollähne</i>	
„Letztlich empfahl der Anstaltsarzt meinem Bruder, sich im Hof Drogen zu besorgen“	118
<i>Interview: Marion Naurath & Claudia Jaworski; Bericht: Holger Wicht</i>	
Harm Reduction als Kooperationsmodell: Die Entwicklung einer landesweiten Empfehlung für schadensmindernde Ansätze in NRW	122
<i>Domenico Fiorenza</i>	
Noch 9 Jahre – eine Zwischenbilanz in Bezug auf die Erreichung der WHO-Eliminierungsziele (HIV, HCV) in Deutschland.....	128
<i>Anna Dichtl, Heino Stöver & Dirk Schäffer</i>	
Die Kokain-E-Zigarette – neue Chancen zur Schadensminimierung?	135
<i>Fabian Pitter Steinmetz & Heino Stöver</i>	

4 Cannabis – als Medizin und zum Freizeitgebrauch

Positionspapier: Cannabis als Medizin: Warum weitere Verbesserungen notwendig und möglich sind	142
<i>Heino Stöver, Ingo Ilja Michels, Kirsten R. Müller-Vahl & Franjo Grotenhermen</i>	
Cannabis als Medizin: Selbstmedikation und Stigmatisierung	148
<i>Bernd Wense</i>	

Cannabis als Medizin: Irritierende Aussagen im Cannabis-Report der BKK Mobil Oil.....	155
<i>Franjo Grotenhermen</i>	
Wie sollte ein Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis aus Sicht der Konsument*innen ausgestaltet sein? Ergebnisse einer Befragung aus Berlin	163
<i>Jens Kalke, Jakob Manthey, Moritz Rosenkranz, Jürgen Rehm & Uwe Vertheim</i>	
Cannabiskonsum in der Corona-Pandemie: Markt und Verbot unter Druck.....	172
<i>Gerrit Kamphausen & Bernd Werse</i>	
Alter Wein in neuen Schläuchen: Synthetische Cannabinoide auf CBD-Hanf als vermeidbare Gesundheitsgefahr für Cannabis-Konsumierende	178
<i>Volker Auwärter, Karsten Tögel-Lins & Bernd Werse</i>	
Autor*innenverzeichnis.....	181

Für eine ganzheitliche und nachhaltige Drogenpolitik

Vorwort der Herausgeber Heino Stöver & Bernd Wense

Der 8. Alternative Drogen- und Suchtbericht macht 2021 die Alkoholkontrollpolitik zum Schwerpunktthema. Deutlich wird dabei, dass Deutschland sowohl in Bezug auf die Alkohol- als auch auf die Tabakkontrollpolitik eine sehr industriefreundliche und wenig gesundheitspolitische Ausrichtung hat. In mehreren Beiträgen wird der hohe Preis deutlich, den wir dafür zahlen müssen!

Zum 8. Mal eröffnet der Alternative Drogen- und Suchtbericht eine kritische und gleichzeitig konstruktive Sicht auf die aktuellen Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich in Deutschland. Namhafte Autor*innen berichten über vorbildliche Projekte und innovative Ansätze, weisen auf Missstände und Blockaden hin und entwerfen Strategien für eine ganzheitliche Drogenpolitik der Zukunft.

Am Beispiel des Schwerpunktthemas Alkoholkontrollpolitik werden die Versäumnisse der Vergangenheit deutlich: wir leben in einer sehr alkoholaffinen Gesellschaft; viele Möglichkeiten bleiben ungenutzt, um die vielfältigen Schäden auf mehreren Ebenen für die Konsumierenden, ihr Umfeld und die Gesamtgesellschaft abzuwenden. Wir leiden unter den gesundheitlichen und sozialen Kosten: so sind alkoholbezogene Unfälle, Gewalttaten, sexuelle Übergriffe und ähnliches mit großem Abstand die größten mit psychoaktiven Substanzen assoziierten Risiken im öffentlichen Raum (Steckhan et al. 2020). Wir können nicht von einer konsistenten Alkoholkontrollpolitik in Deutschland sprechen, zumal mit den Mitteln der Besteuerung nicht im Geringsten in eine gesundheitspolitische Richtung gesteuert wird. Vielmehr ist Alkohol in Deutschland dank besonders niedriger Steuersätze im internationalen Vergleich nach wie vor ausgesprochen billig. Über Werbebeschränkungen bei Alkohol wird nicht einmal diskutiert.

Ähnlich verheerend ist das Bild in Bezug auf Tabakkontrollpolitik. Nur ein paar Zahlen verdeutlichen die Wucht des Problems: 127.000 Menschen sterben jedes Jahr vorzeitig an tabakbedingten Erkrankungen. Über 450.000 Menschen werden jährlich stationär aufgrund von tabakbedingten Störungen in Krankenhäusern behandelt. Tabakbezogene Probleme kosten die Gesellschaft jährlich 97 Milliarden Euro. Im europäischen Vergleich bildet Deutschland das Schlusslicht von 36 beteiligten Ländern. Auch hier kann man nicht von einer konsistenten, Verhaltens- und Verhältnisprävention nutzenden Kontrollpolitik sprechen. Schlimmer noch: die Maßnahmen, wie etwa die jüngst beschlossene Tabaksteuer auf E-Zigaretten, steuern ebenfalls in die falsche Richtung: Raucher*innen werden nicht motiviert, auf das weitaus weniger schädliche Dampfen umzusteigen, wenn diese Produkte ähnlich hoch besteuert werden wie die Verbrennungszigarette, die mit großem Abstand die gefährlichste Form der Nikotinaufnahme darstellt.

Das Deutsche Krebsforschungszentrum hat die Devise ausgegeben, Deutschland bis 2040 „tabakfrei“ zu machen, mit dem Ziel, dass im Jahr 2040 weniger als fünf Prozent der Erwachsenen und weniger als zwei Prozent der Jugendlichen Tabakprodukte, E-Zigaretten oder verwandte Produkte verwenden (DKFZ 2021). Das ist bei heute ca. 28% Rauchprävalenz in Deutschland ein sehr ambitioniertes Ziel, das ohne das Prinzip Schadensminimierung nicht erreicht werden kann. Aber in dieser Strategie steht kein Wort über Harm Reduction; nach wie vor dominiert eine ausschließliche Abstinenzorientierung das Vorhaben – nach allem, was wir wissen, eine komplett unrealistische Vorstellung.

Während die Entwicklung von Verhältnisprävention bei den legalen Drogen auf sehr niedrigem Niveau stagniert, dreht sich die Kriminalisierungsspirale bei illegalen Substanzen ungebremst weiter: Auch 2020 hat sich der Anstieg der polizeilichen Ermittlungsverfahren zu Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz fortgesetzt: Noch nie sind in Deutschland mit 365.753 polizeilichen Ermittlungsverfahren so viele „Rauschgiftdelikte“ registriert worden wie in 2020. Ganz überwiegend beruht diese Entwicklung weiterhin auf dem Anstieg der sogenannten konsumnahen Delikte zum Eigenbedarf. Da es sich bei der Betäubungsmittelkriminalität um typische Kontrolldelikte handelt, ist dies nur durch vermehrte polizeiliche Aktivitäten in diesem Deliktsfeld erklärbar. Die dahinterliegenden Motive werden in diesem Bericht aus berufenem Munde dargestellt und eine Verbesserung der Erkenntnislage durch sozialwissenschaftliche Forschung eingefordert.

Die bereits errungenen Erfolge der Harm Reduction in vielen Bereichen der Drogenhilfe werden also noch immer konterkariert von Schäden, die durch die Strafverfolgung von Drogen konsumierenden Menschen entstehen. Die stetig zunehmende Strafverfolgung für Erwerb und Besitz geringer Mengen zum Eigenbedarf verschwendet nicht nur enorme Ressourcen in der Polizeiarbeit und der Justiz. Sie vergibt auch die Chance, über eine kontrollierte Abgabe von Substanzen Regulierung und Qualitätskontrollen einzuführen, also den bestmöglichen Jugend- und Verbraucherschutz im Sinne von Schadensminimierung zu ermöglichen.

Auch die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland nimmt, seit 10 Jahren, kontinuierlich zu und hat im Jahr 2020 mit 1.581 Fällen einen neuen Höchstwert der letzten 20 Jahre erreicht (2001: 1.835). Diese Entwicklung und der gesundheitspolitische Umgang damit sind nicht länger hinnehmbar. Deshalb wird im vorliegenden Bericht ein Maßnahmenplan für eine nachhaltige Reduktion drogenbedingter Todesfälle in Deutschland vorgestellt. Es müssen Verhältnisse so verändert werden, dass die Risiken für Drogen konsumierende Menschen so gering wie möglich gehalten werden.

Ein wichtiger Punkt in diesem Maßnahmenplan ist die kontinuierliche Behandlung opioidabhängiger Menschen mit Substitutionsmedikamenten. Doch droht hier in den nächsten Jahren eine Versorgungskrise mit einer hohen Zahl von substituierenden Ärzten im Ruhestand. Die notwendigen Gegenmaßnahmen erfordern massive v.a. strukturelle Änderungen, die im Bericht näher ausgeführt werden.

Auch in Bezug auf die Bekämpfung von Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS und Hepatitis C (HCV) unter Drogengebraucher*innen gibt es einen erheblichen Nachholbedarf: Obwohl es positive Entwicklungen im Bereich der Behandlung von HIV und HCV in der Allgemeinbevölkerung gibt, liegen die Ziele für die Schlüsselgruppen der Menschen, die Drogen injizieren, sowie der Inhaftierten jedoch noch in weiter Ferne.

Der 8. Alternative Drogen- und Suchtbericht stellt insgesamt viele Beispiele und Ideen für eine nachhaltige, ganzheitliche Drogenpolitik vor, die endlich umgesetzt werden müssen, um weiteres Leid, weitere gesundheitliche und soziale Schäden und schließlich eine weitere Verschwendung von Ressourcen zu verhindern.

Quellen

- DKFZ u.a. (2021). Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/2021_Strategie-fuer-ein-tabakfreies-Deutschland-2040_dp.pdf (Zugriff: 17.6.2021)
- Steckhan, S., Werse, B., Prepeliczay, S. et al. (2020). Handlungsempfehlungen des Forschungsverbunds DRUSEC (Drugs and Urban Security) für Clubszenen, «Feiermeilen» und andere Party-Settings. Frankfurt a. M.: Goethe-Universität, Centre for Drug Research. <https://tinyurl.com/y76wszwr>, Zugriff 27.05.21.

Drogenpolitik



1

Alle Jahre wieder.....

Hubert Wimber

Zusammenfassung

Auch 2020 hat sich der Anstieg der polizeilichen Ermittlungsverfahren zu Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz, wenn auch mit einer geringeren Steigerungsrate als in den Vorjahren „fortgesetzt. Ganz überwiegend beruht diese Entwicklung weiterhin auf dem Anstieg der sogenannten konsumnahen Delikte. Da es sich bei der Betäubungsmittelkriminalität um typische Kontrolldelikte handelt, ist dies nur durch vermehrte polizeiliche Aktivitäten in diesem Deliktsfeld erklärbar. Der Beitrag diskutiert die dahinterliegenden Motive und spricht sich für eine Verbesserung der Erkenntnislage durch sozialwissenschaftliche Forschung aus.

Meistens passiert es im April eines jeden Jahres. Drei gestandene Männer – Frauen hat es auf dieser Veranstaltung tatsächlich noch nie gegeben – treten vor die Pressekonferenz und haben Wichtiges zu verkünden, nämlich ihre Einschätzung der Sicherheitslage in der Republik, dargestellt anhand der Fallzahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS).

In diesem Jahr war es der 15.04., an dem die Akteure angeführt von Bundesinnenminister Horst Seehofer und assistiert vom derzeitigen Vorsitzenden der Innenministerkonferenz und Innenminister von Baden-Württemberg Thomas Strobl sowie dem Präsidenten des Bundeskriminalamtes Holger Münch mal wieder Erfreuliches zu berichten hatten. Gut gelaunt erklärte der Bundesinnenminister, dass Deutschland auch im Jahre 2020 eines der sichersten Länder der Welt bleibt.

Die durch die Polizei registrierte Kriminalität geht seit Jahren zurück und befindet sich 2020 mit über einer Million Straftaten weniger gegenüber 2016 auf dem niedrigsten Stand seit 1993. Rückläufig sind ebenfalls die als besonders sozialschädlich angesehenen Straftaten der Gewaltkriminalität (minus 2,3% gegenüber 2019) sowie der Wohnungseinbruchsdiebstahl (minus 13,9% gegenüber 2019). Ein wenig Wasser in den Wein der guten Nachrichten gießen dann der Landesinnenminister und der Präsident des Bundeskriminalamtes, indem sie – wenig überraschend – feststellen, dass sich Kriminalität zunehmend in den digitalen Raum verlagert und damit die Fallzahlen der Cyberkriminalität sowie, vielleicht auch durch die Corona-Pandemie bedingt, des Subventionsbetrugs ansteigen.

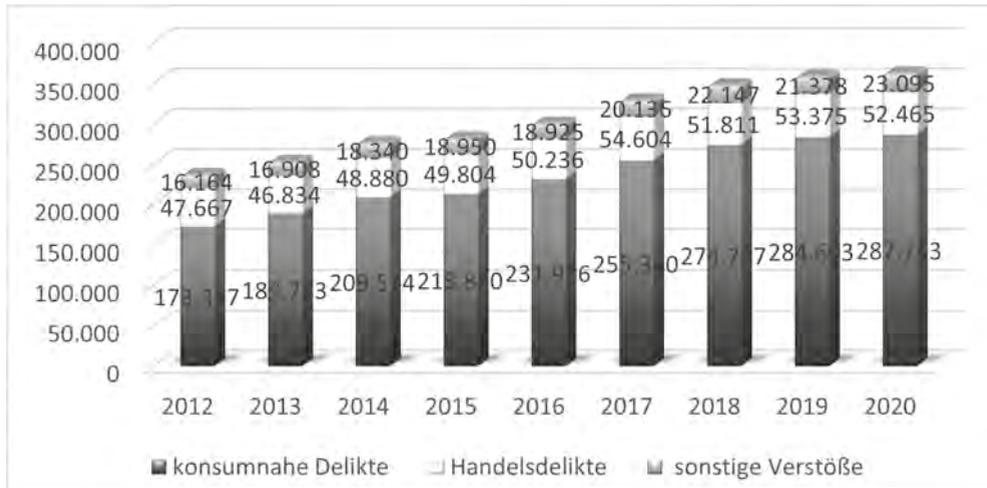
Aber alle sind sich einig, die Gesamtentwicklung sei positiv, und das kann dann auch gut mit einem Lob aus dem Mund des Bundesinnenministers für die Polizistinnen und Polizisten verbunden werden, die hervorragende Arbeit leisten, insbesondere wenn man bedenkt, dass die rückläufigen Fallzahlen mit einem Anstieg der Gesamtbevölkerung unter anderem durch Zuwanderung verbunden sind.

Es mag hier dahingestellt bleiben, ob die Entwicklung der Zahlen der PKS wirklich ein Indikator für die Qualität polizeilicher Ermittlungstätigkeit ist oder lediglich den Umfang der polizeilichen Arbeit widerspiegelt. Aber wie dem auch sei, trotz aller gelegentlich aufgeregten öffentlichen Diskussionen auch in einem Großteil der Medien

häufig im Zusammenhang mit spektakulären Einzelfällen, die Kriminalitätsbelastung in Deutschland ist stabil rückläufig und auch unter Einbeziehung kriminologischer Dunkelfeldforschung können wir hier (relativ) sicher leben.

Ein Deliktsbereich widersetzt sich jedoch seit Jahren oder besser gesagt sogar seit Jahrzehnten diesem positiven Trend mit hartnäckig steigenden Fallzahlen. Es handelt hierbei sich um Straftaten nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) oder in der Terminologie der PKS um Rauschgiftdelikte.

Tabelle 1 (PKS Rauschgiftdelikte, Zeitreihe 2012 – 2020)



Noch nie sind in Deutschland mit 365.753 polizeilichen Ermittlungsverfahren so viele Rauschgiftdelikte registriert worden wie 2020. Wie der Entwicklung der Fallzahlen seit 2012 zu entnehmen ist, beruht der kontinuierliche Anstieg ganz überwiegend auf einer Zunahme der allgemeinen Verstöße nach § 29 Abs. 1 BtMG (s. Tabelle 1). Diese Vorschrift stellt unter anderem den Erwerb oder Besitz von Betäubungsmitteln unter Strafe, sofern die Tatbegehung nicht gewerbsmäßig erfolgt, es sich um geringe Mengen handelt und die Tat nicht als Mitglied einer Bande begangen wird. Im allgemeinen Sprachgebrauch handelt es sich hierbei um die konsumnahen Delikte, also die Delikte, bei denen fast ausschließlich Drogenkonsumierende in den Fokus der Strafverfolgungsbehörden geraten.

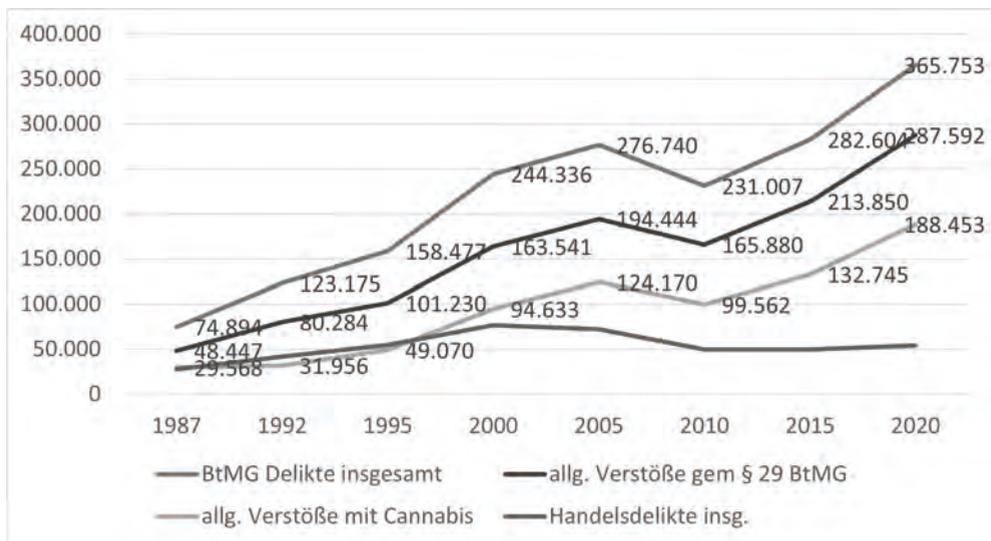
In der zuvor genannten Zeitreihe haben diese Delikte um ca. 66 % von 173.337 Ermittlungsverfahren im Jahr 2012 auf 287.773 im Jahr 2020 zugenommen. Bei den Handelsdelikten, die regelmäßig Personen betreffen, die auf der Angebotsseite des Drogenmarktes tätig sind, betrug der Anstieg im selben Zeitraum vergleichsweise bescheidene 10 %.

Der Blick auf die längerfristige Entwicklung der polizeilichen Ermittlungsverfahren bestätigt den zuvor zahlenmäßig belegten Eindruck: Entgegen allen gelegentlichen Aussagen von Bundesdrogenbeauftragten, Sicherheitsverantwortlichen, Politikern und Politikerinnen sowie der Leitungsebene der Polizei verfolgt die Polizei nicht in erster Linie diejenigen, die den Anbau, den Handel und die Verteilung sowie den Verkauf

illegalen Substanzen als Mitglieder krimineller Organisationen kontrollieren, sondern macht in der überwiegenden Mehrzahl ihrer Aktivitäten zum Vollzug des Betäubungsmittelgesetzes „Jagd auf Kiffer“.

Die Darstellung der Fallzahlen in Tabelle 2 beginnend im Jahr 1987 (soweit lässt sich anhand der aktuellen Vorlage der PKS durch das Bundeskriminalamt die Entwicklung zurückverfolgen) verdeutlicht, dass der Anstieg der Deliktzahlen nach dem BtMG insgesamt und der konsumnahen Delikte nahezu parallel erfolgt. Die Gesamtzahl hat sich in diesem Zeitraum fast verfünffacht, die Zahl der konsumnahen Delikte fast versechsfacht. Auch in diesem Zeitraum von fast 35 Jahren vollzieht sich dagegen der Anstieg der Handelsdelikte mit aktuell 54.356 Ermittlungsverfahren gegenüber 27.664 im Jahr 1987 eher moderat. Und noch etwas ergibt sich aus der Analyse der polizeilich registrierten Ermittlungsverfahren: ca. 2/3 aller BtMG-Verfahren betreffen unabhängig vom Deliktstyp und vom Jahr der Erhebung Cannabis oder deren Zubereitungsformen als zugrundeliegende Substanz.

Tabelle 2 (Entwicklung ausgewählter Delikte nach dem BtMG 1987 – 2020)



Die Zahlen der PKS bilden das sogenannte polizeiliche Hellfeld ab, was bedeutet, dass die Polizei natürlich nur das registrieren kann, wovon sie Kenntnis erlangt hat. Aber der kontinuierliche Anstieg der Fallzahlen in Verbindung mit den Ergebnissen von Erhebungen zum selbstberichteten Konsum etwa durch die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen oder die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht belegt, dass die mit der Verabschiedung des BtMG verfolgte Zielsetzung evident gescheitert ist, durch die Strafbarkeit aller Umgangsformen mit den vom Gesetz umfassten Substanzen generalpräventiv potentielle Konsumierende vom Konsum abzuhalten. Ganz im Gegenteil, das Geschehen am Drogenmarkt zeigt, dass sich dies weitestgehend unabhängig von den Straftatbeständen des BtMG vollzieht, oder anders ausgedrückt, die weiterhin vorhandene und im Trend steigende Nachfrage nach psychoaktiven Substan-

zen trifft auf das entsprechende Angebot. So einfach ist das, und wenn die Nachfrage nicht legal befriedigt werden kann, haben wir die klassische Ausgangslage für das Entstehen krimineller Organisationen auf der Angebotsseite, insbesondere dann, wenn dadurch exorbitante Profite erzielt werden können. Die Ergebnisse der Alkoholprohibition in den dreißiger Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA lassen grüßen. Dass 16 Tonnen Kokain im Hamburger Hafen wegen illegaler Einfuhr beschlagnahmt und nicht wie Soja oder noch besser Hopfen an den Rohstoffbörsen dieser Welt gehandelt werden, ist kein Naturgesetz, sondern Ergebnis dieser repressiven Drogenpolitik.

Warum dieses Investment der Polizei und der weiteren Strafverfolgungsbehörden in Personal und materielle Ressourcen in einen „Krieg gegen die Drogen“ und deren Konsumenten, den sie offenkundig nicht gewinnen können?

Eine erste Antwort auf diese Frage ist naheliegend. Die Polizei ist zuständig für die vorbeugende Bekämpfung von Straftaten im Rahmen der Gefahrenabwehr und die Verfolgung begangener Delikte als Maßnahmen der Strafverfolgung. Die Befugnisse der Polizei zur Gefahrenabwehr ergeben sich aus den Polizeigesetzen der Bundesländer, die zur Strafverfolgung aus der bundeseinheitlich geltenden Strafprozessordnung. Im Rahmen der Strafverfolgung gilt in Deutschland im Unterschied zum Gefahrenabwehrrecht das Legalitätsprinzip. Bei einem Anfangsverdacht auf Vorliegen einer Straftat muss die Polizei die zur Ermittlung des Sachverhaltes erforderlichen Maßnahmen ergreifen und darf nicht aus Opportunitätsgesichtspunkten („Wir haben Wichtigeres zu tun“) darauf verzichten. Die Nichtdurchführung der erforderlichen Ermittlungen ist als Strafvereitelung im Amt selbst eine Straftat. Wenn denn also die drogenbezogenen Aktivitäten zunehmen, ist es doch selbstverständlich, dass auch die Fallzahlen der an Recht und Gesetz gebundenen Strafverfolgungsbehörden steigen.

Aber diese Argumentation ist in der Realität nur eine Seite der Medaille. In mehr als 90 % aller durch die Polizei ermittelten Straftaten ergibt sich der Anfangsverdacht durch Anzeigen Betroffener als Opfer oder Zeuge einer Straftat. Nur der kleine Rest ergibt sich aus aktiver Tätigkeit der Polizei durch Aufklärungsmaßnahmen.

Im Bereich der Delikte auf der Grundlage des BtMG kehrt sich dieses Verhältnis um. Es gibt so gut wie keine Anzeigen, weil sich niemand als Opfer fühlt und es demzufolge kein an die Polizei adressiertes Aufklärungsinteresse gibt. Die Generierung des Anfangsverdachts ergibt sich bei den Drogendelikten fast ausschließlich auf der Grundlage von polizeilichen Aktivitäten, beispielsweise aus dem Einsatz verdeckter Ermittler, längerfristigen Observationsmaßnahmen in Zivil zum Nachweis des fortgesetzten gewerbsmäßigen Handels oder, seit einigen Jahren zunehmend, aus groß angelegten Kontrollaktionen im Drogenmilieu, den sogenannten Razzien. Drogenkriminalität wird daher zutreffend als „opferloses Kontrolldelikt“ bezeichnet. Dies bedeutet im Ergebnis, dass der seit Jahren zu beobachtende kontinuierliche Anstieg der Ermittlungsverfahren und insbesondere der der konsumnahen Delikte darauf zurückzuführen ist, dass sich die Polizei veranlasst sieht, den Kontrolldruck auf die Drogenszene durch vermehrten Personal- und Ressourceneinsatz zu erhöhen.

Es wäre überaus lohnenswert, die dahinterstehenden Motive und Interessen im Rahmen der Polizeitatsachenforschung wissenschaftlich zu untersuchen. Eine derartige Untersuchung mit validen Ergebnissen liegt bisher leider nicht vor. Aus der Alltagserfahrung von Polizeibediensteten (auch meiner eigenen als langjähriger Polizeipräsident) sowie der Auswertung polizeilicher Lagebilder und von Äußerungen von An-

gehörigen der Leitungsebene in den Polizeibehörden lassen sich jedoch Ursachen für die Zunahme repressiver Maßnahmen seitens der Strafverfolgungsbehörden erkennen.

Im Zuge der allgemeinen Diskussion über den Zustand der inneren Sicherheit in Deutschland, der in großen Teilen des öffentlich medialen Diskurses ohne empirische Evidenz (siehe oben) wechselweise als „besorgniserregend“, als „bedrohlich“ oder als sich „ständig verschlechternd“ bewertet wird, sind die Befugnisnormen für die Polizei in den Polizeigesetzen der Länder kontinuierlich ausgeweitet worden. Für unsere Thematik bedeutsam ist die Rechtskonstruktion der Ausweisung eines Ortes als Kriminalitätsschwerpunkt oder als „gefährlicher Ort“. Diese Ausweisung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass dort Personen Straftaten von erheblicher Bedeutung verabreden, vorbereiten oder verüben oder die aus sonstigen Gründen einem besonderen Kontrollinteresse unterliegen (vgl. beispielhaft § 12 Abs. 1 Nr. 2 Polizeigesetz des Landes NRW) ermöglicht den Polizeibehörden verdachts- bzw. anlasslose Identitätsfeststellungen und Durchsuchungen von Personen. Die Definitionsmacht für die Festlegung dieser Orte, an denen allein die Anwesenheit polizeiliche Eingriffe ermöglicht, obliegt der Polizei. In einer Vielzahl der Fälle wird die Ausweisung mit der Existenz einer offenen Drogenszene und/oder anderen randständigen Gruppen und der damit verbundenen Kriminalität begründet.

Da darf man sich jedenfalls nicht wundern, dass die Polizei von der ihr durch den Gesetzgeber eingeräumten Befugnis auch Gebrauch macht und dieses Instrument im Rahmen ihrer jeweiligen Behördenstrategie und ihres Sicherheitsmanagements als Erfolgsfaktor einzusetzen versucht. Polizeiliches Handeln ist hierbei lokal eingebunden in ein Maßnahmenbündel, das als Ziel die „sichere Stadt“ anstrebt, in der Sicherheit, Ordnung und Sauberkeit als Standortfaktoren im interkommunalen Wettbewerb sowohl für Investitionsinteressen als auch für den Tourismus und insgesamt als Lebensraum aufgewertet werden sollen. Die Konzentration polizeilicher Maßnahmen auf bestimmte Orte dient dabei nicht in erster Linie der Selbstlegitimation durch Aufklärung von Delikten, öffentliche Wahrnehmung von Fahndungserfolgen, Verbesserung der Aufklärungsquote, auch wenn hier erzielte „Erfolge“ durchaus ein handlungsleitendes Motiv sind. Bedeutsamer erscheint mir jedoch der Umstand, dass die polizeiliche Arbeit einem öffentlichen Handlungs- und Legitimationsdruck und einer Dynamik unterliegt, bei der Interessen von Investoren, Gewerbetreibenden, der Politik und der Medien sowie von Teilen der Nachbarschaft deutlich und unverhohlen fordern, keine rechtsfreien Räume zu dulden.

Dieser postulierten Gefahr für die innere Sicherheit und das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung können und wollen sich die Strafverfolgungsbehörden nicht entziehen. So entstehen häufig polizeilich definierte Kriminalitätsschwerpunkte, ohne dass die tatsächlich registrierten Delikte dies rechtfertigen. Der damit verbundene Kontroll- und Verdrängungsdruck zulasten von marginalisierten Gruppen lässt sich in fast allen Städten in Deutschland beobachten. Exemplarisch für diese Entwicklung stehen das Frankfurter Bahnhofsviertel sowie der Stadtteil St. Georg in Hamburg, beides ehemalige hot-spots der offenen Drogenszene. Im zunehmenden Maße wurden diese innenstadtnahen Quartiere durch Umbau und Sanierung aufgewertet mit der Folge, dass sich neben einer zahlungskräftigen Nachfrage nach Wohnraum und der Verdrängung der bisherigen Wohnbevölkerung dort auch Szenelokale sowie Kultureinrichtungen als Magneten für eine städtische Feier- und Eventkultur etablierten und damit zunehmend

ein Milieu entsteht, welches die „Verwahrlosung“ des öffentlichen Raums als störend empfindet. Als Konsequenz dieser als Gentrifizierung bezeichneten Entwicklung erhöht sich der Kontrolldruck auf die weiterhin vorhandene Drogenszene und andere subkulturelle Milieus durch die Bildung von Task Forces und vermehrter Präsenz der Polizei in diesen Stadtvierteln. Und damit auch das Kriminalisierungsrisiko für Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen, wie die Fallzahlen der PKS alle Jahre wieder nachdrücklich belegen.



Alkohol und Tabak



2

Alkohol - wie abhängig sind Hilfe und Stigmatisierung voneinander?

*Sören Kuitunen-Paul, Carolin Kilian, Annette Binder, Mathias Luderer,
Daniela Reichl & Sven Speerforck*

Zusammenfassung

Obwohl Alkoholkonsum weit verbreitet ist, werden Personen mit problematischem Konsum stigmatisiert. Wir beschreiben Stigmatisierungsmechanismen und zeigen an Beispielen (Schwangerenberatung, intersektionelles Stigma, Transplantationsmedizin, Strafvollzug), wie abhängig Hilfsangebote und Hilfesuchverhalten von Stigmatisierung sein können. Es wird deutlich, dass Stigmatisierung ein erklärbarer und beeinflussbarer gesellschaftlicher Prozess ist, in dem viele Akteur*innen auf Veränderungen drängen müssen.

Einleitung

Die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland konsumiert regelmäßig psychoaktive Substanzen, allen voran die legalen Substanzen Alkohol und Tabak (Seitz et al. 2019). Obwohl Substanzkonsum im Alltag verbreitet ist, erleben Konsument*innen mit problematischem Konsum und Alkoholabhängigkeit in Deutschland wie auch in zahlreichen anderen Ländern Ausgrenzung und Vorverurteilungen. Systematische Übersichtsarbeiten haben gezeigt, dass Personen mit Alkohol- bzw. Substanzabhängigkeit von der Allgemeinbevölkerung als "gefährlicher" und für ihre Erkrankung "verantwortlich" bzw. "schuldig" wahrgenommen sowie mehr gemieden werden als Personen mit nicht-substanzbezogenen psychischen Erkrankungen (Kilian et al., 2021; Schomerus et al., 2011). Wenn betroffene Personen die ihnen zugeschriebenen Vorurteile verinnerlichen, spricht man von Selbst-Stigmatisierung (Corrigan et al., 2017). Dieser Begriff darf aber nicht davon ablenken, dass die Ursache der Selbst-Stigmatisierung nicht in den Betroffenen liegt, sondern in der gesellschaftlichen bzw. sozialen Behandlung der Betroffenen (Finzen, 2013). Nicht alle Vorurteile werden offen geäußert bzw. sind der sie äußernden Person bewusst zugänglich (Pettigrew/Mertens, 1995). Wenn ein spezifisches Vorurteil aber häufiger geäußert wird, führt dies zur Verstärkung von bereits bei den Zuhörenden vorhandenen Vorurteilen (Degner/Dalege, 2013) und zu einer "Gewöhnung" im Sinne eines nicht mehr bewusst reflektierten Einflusses des Vorurteils auf bewusste Entscheidungen (Daw et al., 2011). Solche Entscheidungen sind z.B. das (Nicht)Aufsuchen professioneller oder peer-gestützter Hilfe wie Entzugsbehandlung, Selbsthilfegruppe oder Suchtberatung.

Wie Stigmatisierung das Hilfesuchverhalten beeinflusst

Die (Selbst-)Stigmatisierung von Personen mit substanzbezogenen Störungen kann weitreichende Konsequenzen haben bis hin zu einer deutlichen Einschränkung des persönlichen Handlungsspielraums und massiven sozialen Beeinträchtigungen („zweite Krankheit“, Finzen, 2010: 6). Sie wirkt insbesondere als Barriere zur medizinischen Versorgung. So nehmen betroffene Personen möglicherweise aus Angst vor Diskriminierung (Clement et al., 2015; Probst et al., 2015) oder durch eine fehlende Behandlungszuversicht (sog. „why try“ Effekt; Corrigan et al., 2016) Hilfsangebote nicht wahr. Stigmatisierende Haltungen von Professionellen und diskriminierende Erfahrungen im Kontext des Gesundheitssystems sind nicht selten und können besonders verheerende Auswirkungen haben (van Boekel et al., 2013; 2016). Schätzungsweise finden sich nur etwa 16% der Betroffenen im Suchthilfesystem wieder (Kraus et al., 2015). Nur etwa 2% der Betroffenen nehmen stationäre Rehabilitationsbehandlungen für Alkohol in Anspruch. Von diesen kommen wiederum nur 27% im Anschluss auch in einer Entwöhnungsbehandlung an (Agarwalla et al., 2017). Neben strukturellen Gründen (Röhrig et al., 2011) sind hier auch (Selbst-)Stigmatisierungsprozesse und stigmabedingte Beschränkung der Hilfsangebote bedeutsam, wie die folgenden Beispiele aus verschiedenen Versorgungsbereichen zeigen.

Beispiel: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gilt als bedeutsamster vermeidbarer Risikofaktor für angeborene Fehlbildungen oder geistige Behinderung beim Kind (Harris et al., 2017). Die Gründe für die Fortführung des Konsums in der Schwangerschaft können variieren. Bei der Analyse von 9 Diskussionsthreads mit insgesamt 115 Diskussionsteilnehmerinnen in Online-Foren zum Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ zeigte sich, dass das verinnerlichte Mutterbild Einfluss auf die unterschiedlichen Konsummotive hatte (Binder et al., 2020). Besonders bei Frauen, die eigentlich einen Abstinenzwunsch hatten, aber in krisenhaften Situationen mit psychischer Belastung Alkohol konsumierten, schienen Stigmatisierung und Selbst-Stigmatisierung eine große Rolle zu spielen. Frauen, die von Konsum berichteten, wurden häufig stark kritisiert und angegangen. Dabei wurden diese von anderen Diskussionsteilnehmerinnen selbst bei kleinsten Konsummengen als „*Alkoholiker-Mutter*“ bezeichnet oder den betroffenen Frauen wurde die Fähigkeit abgesprochen, eine gute Mutter zu sein, wie dieses Zitat aus einem Thread belegt: „(...) *denn wer es nicht schafft 9 Monate ohne Alkohol auszukommen, der schafft es erst recht nicht 18 Jahre verantwortungsvoll Mutter zu sein...*“ (Binder et al., 2020). Gleichzeitig wurde deutlich, dass die betroffenen Frauen von Scham und Schuldgefühlen berichteten und sich selbst abwerteten. Hier kann davon ausgegangen werden, dass diese Frauen das öffentliche Stigma für sich verinnerlicht hatten und sich in der Konsumsituation bzw. in der Kommunikation darüber selbst stigmatisierten. So wird eine erfolgreiche Verhaltensänderung (Konsumstopp) bzw. eine Ansprache des Themas in den Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft potentiell erschwert.

Allerdings zeigten sich auch auf der Seite von medizinischem Fachpersonal Barrieren in der Thematisierung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (Stiegler et al., 2016). Neben strukturellen Hindernissen wie beispielsweise Zeitmangel wurde in der Studie auch deutlich, dass die Angst vor Stigmatisierung (Stiegler et al., 2016) oder Selbst-Stigmatisierung der Schwangeren zu einer Tabuisierung der Thematik führte (Binder et al., 2020). Dabei gaben die befragten Gynäkolog*innen an, Sorge zu haben, durch eine Ansprache der Thematik die Arzt-Patienten-Beziehung zu gefährden (Stiegler et al., 2016).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Stigmatisierung von Schwangeren, die Alkohol konsumieren, eine offene Ansprache der Thematik und damit die Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) erschwert. Um Barrieren abzubauen, müssen die Stigmatisierung der Betroffenen und die Tabuisierung der Thematik verringert werden. Dazu sollte einerseits das überhöhte Mutterbild in der Bevölkerung und die damit einhergehende Stigmatisierung reduziert werden. Als möglicher Ansatzpunkt bietet sich die sensible Gestaltung von Aufklärungskampagnen zum Thema Alkoholkonsum in der Schwangerschaft an. Ziel sollte sein, zu informieren und Unterstützung anzubieten, ohne stigmatisierende Elemente wie „einer guten Mutter fällt der Verzicht leicht“ aufrechterhalten oder zu verfestigen. Andererseits sollten Gynäkolog*innen und Hebammen befähigt werden, das Thema offen und sensibel mit jeder Schwangeren zu besprechen. Dabei sollten folgende Ziele im Fokus sein: Aufklären, ohne zu belehren, und ggf. mögliche Gründe für den Konsum eruieren, um auf passende Unterstützungsangebote verweisen zu können. Um diese Ziele zu erreichen, besteht der Bedarf an Fortbildungsangeboten für Personen, die Schwangere betreuen.

Beispiel: Intersektionelles Stigma bei begleitender ADHS bzw. PTBS

Sehr häufig leiden Personen mit Alkoholabhängigkeit an zusätzlichen psychischen Erkrankungen, z.B. an den Folgen von Traumatisierung oder an einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Luderer et al., 2020a; 2020b). Diese gehen bereits ohne Alkoholabhängigkeit mit einer Stigmatisierung einher (Schomerus et al. eingereicht; Speerforck et al., 2019) bzw. werden oft nicht als Krankheit anerkannt (Speerforck et al. 2021). Insbesondere Menschen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) neigen dazu, sich selbst die Schuld für das zugrunde liegende Trauma oder die Schwierigkeiten im Umgang damit zu geben (Blum et al., 2019). Personen mit Alkoholabhängigkeit und PTBS zeigen diese Selbst-Stigmatisierung besonders deutlich (Melchior et al., 2019), wobei das damit entstandene intersektionelle Stigma mit einer geringeren Selbstwirksamkeit assoziiert ist (Melchior et al., 2019) und somit mit einem schlechteren Behandlungsergebnis (Müller et al., 2019).

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS haben ein erhöhtes Risiko für traumatische Erfahrungen und auch für PTBS (Spencer et al., 2016). Von Alkoholabhängigkeit Betroffene ohne ADHS berichten häufig über traumatische Erfahrungen (65%), noch häufiger sind allerdings diejenigen mit ADHS betroffen (88%). Die PTBS tritt ebenfalls deutlich häufiger bei Personen mit Alkoholabhängigkeit und ADHS auf (30% vs 4%) (Luderer et al., 2020a).

Eine leitliniengerechte Behandlung der ADHS ist notwendig, auch um bei Kindern und Jugendlichen spätere traumatische Erlebnisse oder die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit zu verhindern (Brunkhorst-Kanaan et al., 2021; Groenman et al., 2019). Bereits in der Kindheit erlebten Betroffene mit ADHS aufgrund ihrer Impulsivität, ihrer Unruhe oder ihrer mangelnden Aufmerksamkeit negatives Feedback von Gleichaltrigen und erwachsenen Bezugspersonen. Erwachsene mit ADHS weisen daher oft ein negatives Selbstbild auf und bewerten ihre Kindheit deutlich negativer als Erwachsene ohne ADHS (Faraone et al., 2021), was der Selbst-Stigmatisierung Vorschub leisten kann. Sowohl die Betroffenen und ihre Angehörigen sind einer erhöhten Stigmatisierung ausgesetzt als auch deren Behandler*innen (Lebowitz, 2016). Dies reduziert die Bereitschaft, Hilfe zu suchen oder eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, und hat eine negative Auswirkung auf das Selbstbild (Ecclestone et al., 2019).

Gerade Menschen mit ADHS und Alkoholabhängigkeit erfahren auch eine strukturelle intersektionelle Stigmatisierung: trotz internationaler Empfehlungen (Crunelle et al., 2018; Luderer et al., 2019; Özgen et al., 2020) werden bislang in der Praxis weder Diagnostik noch Behandlung der ADHS bei Personen mit Suchterkrankungen regelmäßig durchgeführt. Das zeigt sich an der hohen Zahl (94%) an unerkannten ADHS-Fällen und der äußerst geringen Behandlungsrate (2%) (Luderer et al., 2020b). Die aktualisierte Version der S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen gibt nun eine Reihe neuer Empfehlungen zur Komorbidität mit ADHS, die die Übertragung der internationalen Empfehlungen in die tägliche Praxis erleichtern sollen (AWMF, 2021a).

Bei den Bemühungen um eine Entstigmatisierung der ADHS im Suchtbereich könnte eine Erkenntnis helfen: die meisten der von Alkoholabhängigkeit Betroffenen mit ADHS haben eine Reihe negativer Erfahrungen erlebt und sind sehr häufig traumatisiert. Auch wenn es wünschenswert wäre, dass die Traumatisierung keine Rolle dabei spielt, dass das Leid für die Betroffenen und deren Umfeld durch eine seit Jahrzehnten bekannte und gut behandelbare Erkrankung auch im Bereich der Therapie von Erwachsenen mit Alkoholabhängigkeit ernst genommen wird.

Beispiel: Körperliche Folgeerkrankungen am Beispiel der Leberzirrhose

Bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit wie der Leberzirrhose erleben Menschen mit Alkoholabhängigkeit eine Stigmatisierung. Denn nur für diese Gruppe der Personen mit ethyltoxischer Leberzirrhose sieht die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Lebertransplantation explizit eine Dauer von sechs Monaten Abstinenz vor (Deutsches Ärzteblatt International, 2019). Ausnahmen sind zwar seit einer Neufassung und einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 28. Juni 2017 (5 StR 20/16) möglich, allerdings wird diese Ausnahmeregelung in der Praxis so gut wie nicht angewendet. Das liegt auch an einer unklaren Formulierung: so ist eine Ausnahme von der 6-Monats-Regel nur gestattet, wenn eine Sachverständigengruppe aus verschiedenen Zentren im Bereich der Vermittlungsstelle, nicht jedoch aus dem anmeldenden Zentrum, "dazu Stellung bezogen hat". Aus dem Text der Richtlinie erschließt sich jedoch nicht, dass zwingend eine Zustimmung dieser Sachverständigengruppe erforderlich ist. Eine der Sorgen, die zu der 6-Monats-Re-

gel geführt hat, ist, dass Menschen mit Alkoholabhängigkeit einen Rückfall erleiden und damit das Spenderorgan schädigen könnten oder die nötige immunsuppressive Medikation, die eine Abstoßung des Spenderorgans verhindert, nur unzuverlässig einnehmen und dadurch die Gefahr von Komplikationen besteht. Eine weitere Befürchtung ist, dass aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung der Alkoholabhängigkeit die ohnehin zu geringe Bereitschaft zur Organspende weiter zurückginge, wenn bekannt werden würde, dass diese Organe auch an solche Betroffenen vermittelt werden, die den Leberschaden durch eine Erkrankung erlitten haben, die viel zu oft noch als „selbstverschuldet“ angesehen wird (Mitchell/Maddrey, 2019).

Die relativ strikte Vorgabe zur sechsmonatigen Abstinenz ist bemerkenswert, da zum einen bei einem Teil der Betroffenen das Risiko, vorzeitig zu versterben, so hoch sein kann, dass diese Abstinenzzeit nicht überlebt wird. Zum anderen sind auch andere Faktoren mit einer teils vergleichbar schlechten Prognose nach Lebertransplantation assoziiert: Rauchen, Depression, Beziehungsstatus (nicht verheiratet), männliches Geschlecht oder die soziale Integration (Chuncharunee et al., 2019; Lombardo-Quezada et al., 2019). Für all diese Faktoren gibt es aber *keine* dezidierten Vorgaben, wann solche Fälle transplantiert oder nicht transplantiert werden dürfen. Dabei ist zwar das Risiko für einen schweren Rückfall nach Lebertransplantation bei einer Abstinenzzeit von weniger als 6 Monaten vor Lebertransplantation erhöht, aber zum einen liegt das Risiko bei unter 50% in 5 Jahren (Lombardo-Quezada et al., 2019), und zum anderen bedeutet ein Rückfall nicht automatisch das Transplantatversagen (Chuncharunee et al., 2019). Die Überlebensrate nach 5 Jahren ist gleich bei den Personen mit oder ohne Rückfall nach Lebertransplantation, erst die Überlebensrate 10 Jahre nach Lebertransplantation ist erhöht (Kodali et al. 2018). Die erhöhte Rate an Todesfällen wiederum ist vor allem auf eine erhöhte Rate an Krebserkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, also Spätfolgen von (exzessivem) Alkoholkonsum, aber eben auch Tabakkonsum. Eine schwedische Studie zeigte sogar, dass die Dauer der Abstinenz vor Transplantation zwar prädiktiv für einen Rückfall ist, jedoch nicht für Überleben oder Organversagen (Lindenger et al., 2018). Ein aktueller Artikel kommt zu dem Schluss, dass „in vielen Ländern eine strikte sechsmonatige Abstinenzdauer gefordert (wird); es fehlen jedoch Daten, die einen derart strengen Ansatz unterstützen, und er wird von internationalen Leitlinien nicht befürwortet“¹ (Buchanan/Sinclair, 2020). Die 6-Monats-Regel stellt ein gutes Einschlusskriterium dar (günstige Prognose), rechtfertigt aber nicht, die lebensnotwendige Therapie zu verwehren (Seitz, 2018).

Es stellt sich daher die Frage, ob die strikten Regeln zur Lebertransplantation bei Personen mit schädlichem Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit verhältnismäßig sind. Alternativ sollte gefährdeten Personen routinemäßig eine intensive Nachsorge nach Transplantation einschließlich Entwöhnungsmaßnahmen angeboten werden. Dadurch könnte Alkoholkonsum verhindert bzw. rasch limitiert und somit das Risiko für alkoholbezogene Komplikationen nach Lebertransplantation reduziert werden. Auch eine leitliniengerechte Raucherentwöhnung (AWMF, 2021b) vor und nach Lebertransplantation bietet weitere Ansätze zur Verbesserung der langfristigen Prognose, insbesondere bei Menschen mit vormals exzessivem Alkoholkonsum.

Das Wichtigste aber wäre: die Prävention von Alkoholabhängigkeit sowie die Inanspruchnahme von Therapien bereits vor Entstehen der schweren Folgeerkrankungen zu verbessern, z.B. durch Schulung von Hausärzt*innen, die Alkoholabhängigkeit

¹ Übersetzung der Autor_innen dieses Beitrags

eher bei Männern als bei Frauen entdecken bzw. behandeln (Trautmann et al., 2016) und diese häufig erst nach Eintreten schwerer Folgeschäden wie Lebererkrankungen erkennen (Kuitunen-Paul et al., 2017). Dadurch würden langfristig weniger Folgeerkrankungen auftreten und somit auch weniger Transplantationen notwendig werden. Eine Erhöhung von aktuell weniger als 10% auf 40% der Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die eine Therapie der Alkoholabhängigkeit in Anspruch nehmen, könnte in Deutschland ca. 2 000 Todesfälle pro Jahr verhindern, nicht nur durch Lebererkrankungen (Rehm et al., 2014).

Beispiel: Gefangene mit Substanzkonsumstörungen

In Haft ist die Prävalenz einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. So berichtet Ludwig (2019) eine Prävalenz dokumentierter Substanzabhängigkeit zum Haftantritt bei männlichen/weiblichen Gefangenen von 27/28% sowie 5,7/3,1% speziell für Alkoholabhängigkeit (zum Vergleich: ca. 4,8/1,9% in der Allgemeinbevölkerung; siehe Seitz et al., 2019). Schönfeld et al. (2008), die die Prävalenz psychischer Störungen in Haft systematisch mit strukturierten klinischen Interviews untersuchten, fanden sogar 6-Monats-Prävalenzen für eine Alkoholabhängigkeit von etwa 59/24%.

Gefangene mit Substanzabhängigkeit bzw. Alkoholabhängigkeit stellen wiederum eine Gruppe dar, die einer *multiplen* Stigmatisierung unterliegt (Van Olphen et al., 2009). Sie erleben nicht nur das Stigma des/der Substanzabhängigen (z.B. unzuverlässig, emotional instabil, unberechenbar, siehe z.B. Schomerus et al., 2011), sondern auch des/der Kriminellen (z.B. gefährlich, unehrlich, nicht vertrauenswürdig, siehe z.B. LeBel, 2012).

Beim Versuch der Implementierung therapeutischer Angebote wirkt es, als bestche vonseiten vieler Bediensteten in den Justizvollzugsanstalten (JVAs) gegenüber Inhaftierten mit einer Abhängigkeitsproblematik ein geringeres Vertrauen, unter anderem in deren Wiedereingliederungsprozess, als gegenüber Gefangenen ohne Abhängigkeitsproblematik. Auch entsteht der Eindruck, dass der Krankheitswert einer Abhängigkeitsproblematik in den JVAs mitunter nicht anerkannt wird. Indem sie konsumieren, scheinen die Betroffenen bewusst gegen die Regeln der JVA zu verstoßen und stören so den reibungslosen Vollzugsablauf. Auch wenn die Eindämmung des Konsums ein wichtiger Aspekt der Sicherheit in der Anstalt sein mag, scheint der Umgang mit substanzabhängigen Inhaftierten dem Störungsbild oft nicht gerecht zu werden. Denn der Substanzkonsum sollte nicht per se als Indikator gegen Veränderungsmotivation und somit gegen die Sinnhaftigkeit therapeutischer Unterstützung gewertet werden.

Dementsprechend mangelt es oft insbesondere an niedrigschwelligen, therapeutischen Unterstützungsangeboten, die nicht an die Voraussetzung der Abstinenz geknüpft sind (Keppler et al., 2010). Beispielsweise können therapeutische Gruppenangebote, die ohne entsprechende Abstinenzkontrollen auskommen, die erlebte Stigmatisierung reduzieren: “[Es war positiv,] das [sic!] es nicht viel braucht um akzeptiert zu werden. [...] Das [sic!] ich auch mal über Suchtdruck [...] reden konnte” (Reichl, 2019).

Dies ist insofern relevant, als dass die erlebte *multiple* Stigmatisierung in der Folge

auch zu entsprechenden *multiplen* Selbst-Stigmata führt (Moore et al., 2016). West et al. (2015) zeigten, dass die Selbst-Stigmatisierung als “kriminell” den negativen Einfluss von Selbst-Stigma bezüglich mentaler Gesundheitsprobleme auf den Selbstwert noch verstärkt. So wird der Entwicklungsprozess in Haft sowie der Wiedereingliederungsprozess nach der Haft verstärkt negativ beeinflusst, z.B. im Sinne einer reduzierten Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten nach der Haft (Moore et al., 2016; Van Olphen et al., 2009).

Es bedarf vermehrter Forschung zu Einflüssen auf und der Bedeutung von *multipler* (Selbst-)Stigmatisierung bei Inhaftierten mit Alkoholabhängigkeit und anderen Substanzabhängigkeiten (vgl. Moore et al. 2020). So könnten qualitative Interviews mit Bediensteten der JVA als Grundlage für Schulungen zur Aufklärung über das Störungsbild einer Alkoholabhängigkeit dienen. Hier mag es hilfreich sein, betroffene Gefangene sowie auch Mitarbeiter*innen des psychologischen und sozialpädagogischen Dienstes mit einzubeziehen, um den Austausch der verschiedenen Berufsgruppen untereinander sowie mit den Gefangenen zu fördern und so Stereotype leichter abzubauen. Auch sinnvoll wären Konzepte, die die *multiple* Selbst-Stigmatisierung der Betroffenen adressieren (z.B. in Form von speziell ausgerichteten Gruppenangeboten).

Schlussfolgerungen

Die Beispiele verdeutlichen die gegenseitige Beeinflussung von Stigma (d.h. Diskriminierung durch Zuschreibung vermeintlicher Eigenschaften), Hilfesuchverhalten und professioneller Hilfe (bzw. deren Angebot und Umsetzung) in verschiedenen Gesundheitsbereichen. Diese Erkenntnisse sollten genutzt werden, um das Hilfesuchverhalten zu fördern und zur Entstigmatisierung beizutragen – nicht zuletzt, um die Lebensqualität und Lebenserwartung von mehreren Millionen Betroffenen und von deren Angehörigen zu erhöhen (Klein et al., 2017).

Neben den angesprochenen bereichsspezifischen Ansätzen sind übergreifende Maßnahmen notwendig, wie das richtungsweisende Memorandum “Das Stigma von Suchterkrankungen überwinden und verstehen” (Schomerus et al., 2017) aufzeigt. Auf bundespolitischer Ebene fehlen derzeit öffentlichkeitswirksame, inklusive und langfristig finanzierte Kampagnen, die Betroffene und ihre Anliegen ohne Bloßstellung zeigen und sie in die Kampagnenentwicklung mit einbeziehen. Gleichzeitig sollten solche Kampagnen wissenschaftlich begründet und begleitet werden, um ihre Wirksamkeit sicherzustellen und mögliche unerwünschte Effekte zu vermeiden. Auf Abschreckung (z.B. Konsumfolgeerkrankungen) basierende Kampagnen sind dazu nicht geeignet. Um verlässliche und niedrigschwellige Behandlung zu schaffen, müssen außerdem standardmäßige Screenings für Substanzkonsum einschließlich Alkohol in der allgemeinmedizinischen Versorgung etabliert sowie digitale Behandlungsangebote geschaffen werden (z.B. Telefon-/App-basiert: “*SmartAssistEntz*“ der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg und Otto-Friedrich-Universität Bamberg).

Auf berufspolitischer Ebene ist es für Akteur*innen im Hilfesystem wichtig, für höhere Stigmakompetenz in Ausbildungs- und Studiengängen zu sorgen (Renner, 2019; Schomerus et al., 2017), z.B. durch Veranstaltungen mit direktem Austausch mit ehe-

maligen Konsument*innen, um Vorurteile abzubauen (Batson et al., 1997) und Empathie zu verstärken (Önal et al., 2021). Im Rahmen von Verbänden und Interessenvertretungen sollten Professionelle auch Öffentlichkeitsarbeit für die Bedürfnisse von Betroffenen betreiben und Interessenverbände von Betroffenen strukturell unterstützen und fachlich beraten (Finzen, 2010). Das meint insbesondere den interdisziplinären Austausch mit Fachbereichen, die Abhängigkeitserkrankungen nicht als Kernaufgabe haben, wie unsere Beispiele (Schwangerenberatung, Transplantationsmedizin, Strafvollzug) verdeutlichen.

Auf der persönlichen Handlungsebene ist es ratsam, Betroffenen zu ermöglichen, Ungerechtigkeit bzw. Diffamierung in der konkreten Situation “als Ungerechtigkeit zu begreifen, sich dagegen zu wehren und, wo immer möglich, zu bewältigen” (Finzen, 2010: 11). Dieses “Empowerment” wird auch vom Memorandum (Schomerus et al., 2017) in den Vordergrund gestellt. Darunter fällt auch, dass Entscheidungen über Beratungs- und Behandlungsziele wie Abstinenz oder Konsumeinschränkung immer gemeinsam mit den erwachsenen Konsument*innen getroffen werden sollten (Rumpf et al., 2017).

Bei der Kommunikation mit und über Betroffene ist es außerdem notwendig, die Gültigkeit und das Potenzial stigmatisierender Begriffe zu reflektieren. In der Suchthilfe und -behandlung betrifft das bspw. den Begriff “Co-Abhängigkeit”, der eigentlich konsumaufrechterhaltende Verhaltensweisen von Angehörigen bezeichnen soll (Renner, 2005), aber auch eine stigmatisierende Mitschuld suggerieren kann (Uhl/Puhm 2007). Für die Kommunikation mit und in Medien werden gerade Leitfäden erarbeitet (z.B. “FairMediaSUCHT” am Uniklinikum Leipzig), die sich an Empfehlungen² für die Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen anlehnen können.

Literatur auf <https://www.akzept.eu/drogenpolitik/#drogenbericht>

2 <https://fairmedia.seelischesgesundheits.net/leitfaden>

Alkoholprobleme, Alkoholpolitik und wissenschaftliche Fundierung

Alfred Uhl & Julian Strizek

Zusammenfassung

Alkoholpolitische Diskurse in Europa finden im Spannungsfeld zwischen einer alkoholkritischen Haltung im protestantisch geprägten Norden bzw. englischsprachigen Raum und einer alkoholtoleranten Haltung im katholisch bzw. christlich-orthodox geprägten Rest Europas statt. Da die von einer alkoholkritischen Haltung geprägten Länder zur Stützung ihrer Position die epidemiologische Alkoholforschung über viele Jahrzehnte massiv gefördert haben, ist es ihnen gelungen, den Wissenschaftsbetrieb in diesem Kontext nachhaltig zu dominieren und ihre Forderungen als einzig sinnvoll und „evidenzbasiert“ darzustellen. Der Ausdruck „evidenzbasiert“ wird dabei wie das Siegel für einen unbestreitbaren Gültigkeitsanspruch verwendet. Dagegen sind vor allem zwei Argumente vorzubringen: Erstens basieren die in diesem Zusammenhang präsentierten Schlussfolgerungen in der Regel nicht auf experimentellen Studien, sondern auf Beobachtungsstudien, die grundsätzlich keine eindeutige Kausalinterpretation zulassen. Zweitens entspricht die implizierte Überzeugung, dass man allein aus empirischen Sachverhalten und ohne normative Überlegungen politische Entscheidungen ableiten könne, einem „naturalistischen Fehlschluss“. Der Terminus „evidenzbasierte Politik“ verschleiert den zentralen Stellenwert von ethischen Entscheidungsgrundlagen. Im vorliegenden Text wird die methodologische Kritik an einzelnen Postulaten und Forderungen einer „evidenzbasierten Alkoholpolitik“ angerissen und jeweils auf ausführlichere Texte der Autoren verwiesen.

Unterschiedliche Positionen zu Alkoholkonsum und Alkoholpolitik

In Europa wird Alkohol von vielen Menschen sowohl als integraler Bestandteil des kulinarischen, kulturellen, religiösen und sozialen Lebens geschätzt und in diesem Zusammenhang mit Genuss und Wohlbefinden assoziiert. Andererseits wird er als Problemsubstanz erlebt, die im Falle übermäßigen Konsums zu gravierenden Problemen für die Trinker*innen, deren Umfeld und die Gesellschaft führt. Sigmund Freud (1905) beschrieb diese Ambivalenz sehr treffend, indem er Alkohol in einem Satz gleichzeitig als „wertvolles Gut“ und als „Gift“ bezeichnete: „*Die Veränderung der Stimmungslage ist das Wertvollste, was der Alkohol dem Menschen leistet, und weshalb dieses „Gift“ nicht für jeden gleich entbehrlich ist.*“ Dieses janusköpfige Bild des Alkohols als Genussmittel und Suchtgift gleichermaßen, je nachdem, ob man ihn moderat oder übermäßig konsumiert, wird von vielen Menschen geteilt.

Nur wenige Menschen in westlichen Industriestaaten fordern heute noch ein generelles Alkoholverbot analog zur Prohibition in den USA in den 1920er Jahren. Ande-

rerseits werden bestimmte Risiken in Zusammenhang mit Alkoholkonsum von der großen Mehrheit der Bevölkerung anerkannt und finden z. B. Niederschlag in einem Alkoholisierungsverbot für Fahrzeuglenker*innen oder einem Alkoholverkaufsverbot an Minderjährige unterhalb des gesetzlichen Schutzaltars.

Doch obwohl Extrempositionen zum Alkoholkonsum (Dämonisierung und Bagatellisierung) an Bedeutung verloren haben, finden sich nach wie vor unterschiedliche alkoholpolitische Traditionen in verschiedenen Regionen Europas, die auch mit unterschiedlichen Konsumkulturen einhergehen. Im protestantischen Norden und in Teilen des angelsächsischen Raums herrschen explosive Trinkmuster¹ vor und in öffentlichen Diskursen dominiert eine alkoholkritische Haltung. Die Anhänger*innen dieser Position plädieren zwar nicht für ein Alkoholverbot, aber sie definieren Alkohol generell als problematisches Produkt und sprechen sich für eine konsequente Alkoholkontrollpolitik aus, die den Zugang zu Alkohol stark einschränkt. Das erklärte Ziel ist eine generelle Reduktion von Alkohol in allen Konsumgruppen (Credo „Weniger ist besser!“).

Die katholisch und christlich-orthodox geprägten Regionen Europas zeichnen sich hingegen durch sozial integrierte Alkoholkonsum-Muster aus und vertreten traditionell eine alkoholtolerante Haltung. In diesen Regionen wird moderater Alkoholkonsum mit Genuss und Wohlbefinden assoziiert, nur Rauschzustände und übermäßiger Konsum werden als relevantes soziales und gesundheitliches Problem gesehen. Das erklärte Ziel ist die Vermeidung von übermäßigem Alkoholkonsum und seinen Folgen (Credo „Trinke verantwortungsbewusst!“).

Public-Health-Ansatz vs. Gesundheitsförderungsansatz

Befürworter der alkoholkritischen Position fordern restriktive Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung – ein Ansatz, der gemeinhin als „Bevölkerungsansatz“ oder „Public-Health-Ansatz“ bezeichnet wird (Karlsson et al., 2020). Der liberale Ansatz zur Erreichung eines gesunden Lebensstils zielt darauf ab, die Menschen dazu zu befähigen, gesunde Entscheidungen zu treffen, ohne ihnen vorzuschreiben, wie sie ihr Leben gestalten sollen. Diesen Ansatz kann man als „Gesundheitsförderungsansatz“ bezeichnen, da er sich an den Grundsätzen der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ (WHO, 1986a) orientiert: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“*

Ein Annex zur Ottawa Charta, der von der WHO (2009) wiederveröffentlicht wurde, drückt unmissverständlich aus, dass die Ottawa Charta demokratisch-emanzipatorisch gemeint war: *„Personen, die in der Gesundheitsförderung tätig sind, sollten sich über mögliche Interessenkonflikte sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene im Klaren sein. Es besteht die Gefahr, dass im Rahmen der Gesundheits-*

¹ Als explosives Trinkmuster wird ein Konsumverhalten bezeichnet, bei dem zwar seltener getrunken wird, aber wenn getrunken wird, größere Mengen konsumiert werden (IAS Fact Sheet, 2005).

förderung Gesundheit als das ultimative Lebensziel angesehen wird. Diese Ideologie, die manchmal auch als ‚Gesundheitswahn‘ bezeichnet wird, könnte dazu führen, dass manche Menschen anderen vorschreiben, was diese zu tun haben und wie sie sich verhalten sollen; ein Verhalten, das im Gegensatz zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung steht.“²

Kampf um die europäische Alkoholpolitik

Die zwischen alkoholkritischen und alkoholtoleranten Regionen unterschiedlichen Sichtweisen haben bewirkt, dass lange Zeit auf die nationale Gestaltung von Alkoholpolitik kaum Einfluss genommen wurde. Diese Situation änderte sich allerdings grundlegend, als die europäische Integration als Grundprinzip der Europäischen Union zur Abschaffung von Zollgrenzen und Freizügigkeit der EU-Bürger*innen führte. Ohne strenge Grenzkontrollen fördern hohe Preise den legalen oder illegalen Alkoholerwerb in benachbarten Niedrigpreisländern. Da im Zuge der europäischen Integration die Möglichkeit abnahm, die Alkoholpolitik restriktiv zu gestalten, entstand in traditionell alkoholkritischen Staaten die Idee, die Alkoholpolitik in Europa insgesamt so zu beeinflussen, wie es der eigenen Strategie entspricht. Die Folge war intensives Lobbying bzw. – neutraler ausgedrückt – „Advocacy“, um Staaten mit einer liberalen Alkoholpolitik dazu zu bewegen, die nordeuropäischen Konzepte zu übernehmen.

Alkoholepidemiologische Forschung zur Unterstützung einer restriktiven Alkoholpolitik

Über viele Jahrzehnte gaben alkoholkritische Länder viel Geld für epidemiologische Alkoholforschung aus, um mit den Ergebnissen ihre restriktive Politik als „evidenzbasiert“ zu präsentieren. In diesem Sinne beschrieb Robin Room (1990, S. 90) die epidemiologische Alkoholforschung in Nordeuropa als „*Erbe einer ehemals starken Abstinenzbewegung*“. In alkoholtoleranten Ländern wurden analoge Forschungsaktivitäten nur wenig gefördert. Folglich gibt es viele renommierte Forscher*innen, die in alkoholkritischer Haltung, aber nur wenige, die in alkoholtoleranter Haltung sozialisiert wurden. Daher ist es nicht verwunderlich, dass in der alkoholepidemiologischen Forschung eine alkoholkritische Grundposition zum *state of the art* und diese als einzig sinnvolle und durch wissenschaftliche Evidenz abgesicherte Position etabliert wurde. Dieses Narrativ wurde über viele Jahrzehnte konsequent durch Publikationen (Bruun, 1975; Edwards et al., 1994; Babor et al., 2003, 2010; Anderson und Baumberg, 2006) genährt. Verfasst wurden sie von Autorenkollektiven, die primär aus Nordeuropa und englischsprachigen Staaten kamen, die in Expertengremien der WHO aktiv waren und deren Publikationen von der WHO unterstützt wurden. Nicht zuletzt deshalb nehmen

² Übersetzung durch die Autoren. Englischer Originaltext: Those involved in health promotion need to be aware of possible conflicts of interest both at the social and the individual level. There is a possibility with health promotion that health will be viewed as the ultimate goal incorporating all life. This ideology sometimes called healthism, could lead to others prescribing what individuals should do for themselves and how they should behave, which is contrary to the principles of health promotion.

diese Publikationen innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens und der Alkoholforschung eine dominierende Rolle ein.

Die „Three Best Buys“ als Dogma evidenzbasierter Alkoholpolitik

In einem von der WHO und dem Weltwirtschaftsforum gemeinsam herausgegebenen Text (Bloom et al., 2011) wurden die wichtigsten Empfehlungen dieser Publikationen unter dem Schlagwort „Three Best Buys“ zusammengefasst und behauptet, dass nur diese Strategien zugleich wirksam und billig seien. Ausschließlich diese drei Strategien umzusetzen wird mit „evidenzbasierter Politik“ gleichgesetzt, wodurch alle anderen Zugänge konsequent als unwissenschaftlich bzw. inadäquat abgewertet werden.

Die drei Empfehlungen sind:

- höhere Steuern auf Alkohol,
- Einschränkungen der Verfügbarkeit von Alkohol durch begrenzte Anzahl an Verkaufsstellen und eingeschränkte Öffnungszeiten,
- striktes Verbot von Alkoholwerbung.

Die „Three Best Buys“ werden regelmäßig mit „evidenzbasierter Politik“ gleichgesetzt, die Gleichsetzung Mantra-artig wiederholt und die beiden Ausdrücke wie Synonyme verwendet. Daher ist es nicht leicht, argumentativ gegen dieses Narrativ anzutreten. In Übereinstimmung mit dem österreichischen Philosophen Liessmann (2009) lässt sich die Überzeugungskraft des Ausdrucks „evidenzbasierte Politik“ mit dem Mechanismus der „performativen Selbstimmunisierung von Begriffen“ erklären. Diese arbeitet mit Wörtern, die etwas suggerieren, was sie in Wirklichkeit nicht anzeigen – ein Prinzip, das im Rahmen des alltäglichen assoziativen Denkens nicht leicht zu durchschauen ist. Wer solche Aussagen kritisch infrage stellt, läuft häufig Gefahr, seine eigene Reputation nachhaltig zu desavouieren.

Setzt man sich mit den argumentativen Grundlagen hinter den sog. „Three Best Buys“ systematisch auseinander, stellt man fest, dass die Evidenzlage keineswegs so eindeutig ist, wie immer wieder behauptet wird. Dazu kommt, dass der Ausdruck „evidenzbasierte Politik“ in unzulässiger Weise suggeriert, dass aus empirischen Fakten unmittelbar Handlungsentscheidungen ableitbar seien. Damit wird aber konsequent verschleiert, dass politische Entscheidungen immer auch in erheblichem Ausmaß auf Werturteilen gründen (Uhl, 2007). Die kontrafaktische Idee, dass man aus Fakten ableiten könne, was zu tun ist, wird in der Forschungsmethodologie als „Sein-Sollen-Fehlschluss“ oder „Naturalistischer Fehlschluss“ bezeichnet (Uhl, 2012; Uhl, 2015b). Auch Überlegungen zur Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen sind unverzichtbar und erfordern grundlegende Werturteile (Uhl, 2020a).

Sehr populär, um die Stimmung für restriktive Maßnahmen in der Alkoholpolitik zu fördern, sind Statistiken, die intuitiv plausibel klingen und die negativen Auswirkungen der Alkoholproblematik betonen. Während unbestreitbar ist, dass übermäßiger Alkoholkonsum für die Konsumierenden selbst, für deren Umfeld und für unbeteiligte Dritte große Probleme verursacht, sind manche der vorgelegten Statistiken irrationale Scheinquantifizierungen, andere überschätzen die Problematik für unbeteiligte Dritte systematisch. Wir möchten hier nur auf drei problematische Größen exemplarisch hinweisen, wobei wir die jeweilige Problematik aus Platzgründen nicht umfassend ab-

handeln können. Wir verweisen interessierte Leser*innen daher auf Texte, die die dahinterliegende Problematik systematisch darstellen.

1. Sehr populär sind Angaben über die Zahl jener Personen, die infolge eines Faktors wie Alkoholkonsum früher sterben, als sie sonst gestorben wären. Wie eindeutig nachgewiesen werden kann, ist diese Quantifizierung selbst unter optimalen Forschungsbedingungen (ein perfekt durchgeführtes langfristiges randomisiertes Experiment könnte im besten Fall die durchschnittliche Lebenserwartung zweier Populationen mit bzw. ohne Risikoexposition messen) logisch nicht möglich – hier scheitert es also nicht an der Empirie (vgl. Uhl, 2020c).
2. Äußerst populär ist auch eine Quantifizierung der volkswirtschaftlichen Kosten als Folge eines Faktors wie Alkoholkonsum, wobei suggeriert wird, dass für den Fall, dass dieser Faktor vermieden werden könnte, die öffentliche Hand bzw. die Gesellschaft sich Ausgaben in bestimmter Höhe ersparen würden. Ein Teil der ausgewiesenen Kosten ist völlig fiktiver Natur und das, was im optimalen Fall erspart werden könnte, macht nur einen Bruchteil der jeweils ausgewiesenen Kosten aus (vgl. Uhl, 2006).
3. Eine weitere irreführende Statistik ist die Berechnung der Anzahl jener Personen, die durch den Alkoholkonsum anderer belastet werden: Hier werden auch geringfügigste Belästigungen durch Personen, die Alkohol getrunken haben, für einen Jahresverlauf aggregiert, ohne das in Bezug zu setzen mit vergleichbaren Belästigungen durch Personen, die keinen Alkohol getrunken haben (Uhl & Strizek, 2016).

Wie fundiert ist die behauptete Evidenz?

Wirklich belastbare Aussagen über die langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums bzw. die Wirksamkeit von alkoholpolitischen Maßnahmen ließen sich am besten aus langfristig angelegten und gut geplanten randomisierten, experimentellen Studien (RCTs) ableiten. Da RCTs für die meisten relevanten Fragestellungen aus ethischen und praktischen Gründen nicht infrage kommen, ist man hier großteils auf Beobachtungsdaten angewiesen. Viele gleichzeitig auftretende potenzielle Einflussgrößen, Unklarheit über die Richtung der Zusammenhänge und gravierende Messprobleme bewirken, dass Interpretationen immer nur sehr spekulativ und vorläufig möglich sind. Je nach Annahmen kann man derartige Daten recht unterschiedlich interpretieren. Diese Unsicherheit bzw. Mehrdeutigkeit sollte seriöserweise immer mitdiskutiert werden, auch wenn es natürlich legitim ist, als Forscher*in anzugeben, welche der potenziell möglichen Interpretationen man persönlich präferiert (Uhl, 2015a, 2015b).

Eine zentrale Forderung der „Three Best Buys“ ist, die Alkoholsteuern empfindlich zu erhöhen. Dass Alkoholpreise das Konsumverhalten beeinflussen können, ist unbestreitbar. Die Frage ist allerdings, wie stark dieser Zusammenhang in westlichen Industriestaaten tatsächlich ist. Anhänger*innen des „Three Best Buys“-Ansatzes publizieren häufig ausgewählte Statistiken, die Veränderungen des Preisniveaus und des

Konsumniveaus über längere Zeiträume darstellen und für einen starken Zusammenhang sprechen. Es gibt allerdings auch zahlreiche diametral entgegengesetzte Beispiele: So sanken z. B. in Österreich seit Mitte der 1970er Jahre die realen Alkoholpreise im Handel dramatisch und der Alkoholkonsum stieg trotzdem nicht, sondern ging sogar deutlich zurück (Uhl, 2020a). Ein besonders interessantes Beispiel ist die Entwicklung des Alkopop-Konsums in der Schweiz, in Deutschland und Österreich: Als die Verkaufszahlen für Alkopops in den drei genannten Ländern anstiegen, wurde in Deutschland und der Schweiz eine Alkopop-Steuer eingeführt, in Österreich aber nicht, wodurch sich der (aus wissenschaftlicher Sicht glückliche) Fall eines natürlichen Experiments ergab. Da in allen drei Ländern der Alkopop-Konsum annähernd parallel zurückging, ist anzunehmen, dass der Rückgang nicht auf die Steuer zurückzuführen ist, sondern dass es sich bloß um einen temporären Alkopop-Hype gehandelt hatte, der mit und ohne Intervention nach kurzer Zeit zusammengebrochen wäre.

Auch dass der Zusammenhang zwischen Alkoholverfügbarkeit und Alkoholkonsum nicht so stark ist, wie oft postuliert wird, kann man daraus erschließen, dass in Österreich in den letzten Jahrzehnten sowohl die Öffnungszeiten der Gastronomie als auch des Handels erheblich dereguliert wurden und die Regelungen, wer Alkohol anbieten und verkaufen darf, liberalisiert wurden, trotzdem aber der Alkoholkonsum nicht anstieg. Der Alkoholkonsum in Österreich ging trotz erheblich besserer Verfügbarkeit deutlich zurück (Uhl et al., 2005; Bachmayer et al., 2020).

Auch ist stark zu hinterfragen, wie viel eine Einschränkung der Werbung bringen würde. Es erscheint durchaus plausibel, dass nicht viel Geld für Werbung ausgegeben würde, wenn diese völlig wirkungslos wäre. Die zentrale Frage ist allerdings, ob Alkoholwerbung die Popularität von alkoholischen Produkten generell beeinflusst oder ob mit Werbung bloß die Attraktivität gewisser Marken zulasten anderer Marken gefördert wird. Da sich die Alkoholkonsumgewohnheiten über einen langen Zeitraum entwickeln, Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit einzelner Maßnahmen aber nur kurzfristig angesetzt werden, und da Kaufentscheidungen gleichzeitig von einer Fülle unterschiedlicher Faktoren beeinflusst werden, ist die Möglichkeit sehr begrenzt, die Wirksamkeit einzelner Werbemaßnahmen reliabel zu evaluieren. Empirische Studien, die Aussagen über den Zusammenhang zwischen Alkoholwerbung und Alkoholkonsum machen, sind oft als die konsequente Anwendung logischer Fehlschlüsse auf unsichere Daten zu werten. Die Frage, welche Alkoholwerbung zulässig und welche verboten sein sollte, ist daher hauptsächlich nach ethischen Grundlagen zu treffen und kann nur zu einem sehr geringen Teil wissenschaftlich begründet werden.

Die J-Kurve und die Tücken ihrer Interpretation

Ein besonders anschauliches Beispiel für die begrenzten Möglichkeiten, aus Beobachtungsdaten belastbare Schlussfolgerungen zu ziehen, ist der J-förmige Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Alkoholkonsum und der Lebenserwartung. Vordergründig suggeriert dieser Zusammenhang, dass moderater Alkoholkonsum die Lebensqualität und Lebenserwartung relativ zur Alkoholabstinenz und zum übermäßigen Alkoholkonsum deutlich erhöht. Es ist aber natürlich auch möglich und legitim, diesen

Zusammenhang mehr oder weniger spekulativ über unkontrollierte Drittvariablen zu erklären. Es ist möglich, für beide Positionen fundierte Argumente zu sammeln, und legitim, sich zumindest vorläufig für eine bestimmte Interpretation zu entscheiden, sofern man einräumt, dass alle Schlussfolgerungen zumindest teilweise auf spekulativen Annahmen aufbauen und daher bestenfalls vorläufig sein können.

In diesem Zusammenhang gibt es in letzter Zeit Versuche, die J-Kurve zu verschleiern, indem alkoholabstinente Personen in der Darstellung ignoriert werden (vgl. Uhl, 2020a). Die Frage, ob sich moderater Alkoholkonsum positiv auf die Lebenserwartung der Konsumierenden auswirkt oder ob es sich hier bloß um einen Scheinzusammenhang über nicht kontrollierte Drittvariablen handelt, ist wissenschaftlich stark umstritten und grundsätzlich nicht endgültig zu klären. Ganz egal, ob geringe Alkoholmengen eine gesundheitsfördernde Wirkung haben oder im Gegenteil die Gesundheit geringfügig belasten – angesichts dieser Faktenlage ist es weder sinnvoll, moderaten Alkoholkonsum als Mittel zur Gesundheitsförderung anzupreisen, noch den moderaten Alkoholkonsum zu dämonisieren (Skovenborg et al., 2020; Grønbæk, 2020).

Verhältnismäßigkeit und unerwünschte Nebenwirkungen

Aktuelle Ergebnisse zu alkoholpolitischen Einstellungen (Strizek et al., 2020) lassen nicht darauf schließen, dass eine starke Beschränkung des Alkoholkonsum auf breite Zustimmung in der Bevölkerung stoßen würde, weswegen politische Entscheidungen in diese Richtung wohl eher unwahrscheinlich sind. Grundsätzlich müsste man in diesem Fall überprüfen, ob Maßnahmen, die jene Bevölkerungsmehrheit einschränken, die Alkohol unproblematisch konsumiert, um eine Minderheit von problematisch Konsumierenden zu beschränken, dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Es ist auch zu bedenken, dass eine starke Erhöhung der Alkoholpreise insofern sozial unausgewogen wäre, als Besserverdienende davon vergleichsweise wenig berührt wären, während viele sozial schwächere Personen dann auch auf moderaten Alkoholkonsum weitgehend verzichten müssten (Uhl, 2020b; Poikolainen, 2021).

Werden die Möglichkeiten zum Alkoholkonsum stark eingeschränkt, ist zudem damit zu rechnen, dass es längerfristig zu Umgehungsstrategien kommt. Denkbar ist – wie im Zusammenhang mit der US-amerikanischen Prohibition – die Entstehung von kriminellen Strukturen. Mangels Qualitätskontrolle bestünde zusätzlich die Gefahr, dass hochgradig toxische Produkte auf dem Markt landen, wie das z. B. Erfahrungen in Russland nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion nahelegen.

Erfahrungen in Österreich über die letzten Jahrzehnte

Das, was die Anhänger des „Best Buy“-Ansatzes in Bezug auf Alkoholpolitik postulieren, hat in Österreich im Wesentlichen in umgekehrter Richtung stattgefunden: Die realen Alkoholpreise im Handel sind beträchtlich gesunken und die Öffnungszeiten in Handel und Gastronomie wurden erheblich ausgedehnt. Trotzdem stieg der Alkohol-

konsum keineswegs, sondern nahm seit der Mitte der 1970er Jahre um 25 % ab. Im Laufe der letzten Jahre sank auch das Ausmaß des problematischen Alkoholkonsums deutlich, was bei einem Rückgang des Durchschnittskonsums um 25 % auch kaum anders hätte sein können. In jenen Berufen, in denen früher viel Alkohol getrunken wurde, kommt Alkoholkonsum während der Arbeit kaum mehr vor. Alkoholunfälle am Steuer nahmen im Laufe der letzten Jahrzehnte relativ zu anderen Unfällen deutlich ab und die Einstellung, dass Alkoholisierung am Steuer kein Kavaliärsdelikt ist, hat erheblich an Verbreitung gewonnen. Auch europaweit sank der Alkoholkonsum von Jugendlichen in den letzten Jahren erheblich.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die österreichte Bevölkerung langsam, aber konsequent in die Richtung eines verantwortungsbewussteren und moderateren Umgangs mit Alkohol entwickelt. Langsam, aber konsequent ändert sich die Trinkkultur. Wenngleich exzessiver Alkoholkonsum nach wie vor viele gesundheitliche und soziale Probleme verursacht, ist der langfristige Trend positiv, wobei alle Veränderungen ausschließlich auf Maßnahmen und Prozesse zurückzuführen sind, die nicht den Vorstellungen des „Best Buy“-Ansatzes entsprechen. Ganz offensichtlich ist es möglich, die gesellschaftliche Realität in Bezug auf Alkoholkonsum langsam und kontinuierlich in eine positive Richtung zu verändern, ohne auf jene stark restriktiven und paternalistischen Maßnahmen zurückzugreifen, die den Vertreter*innen des Public-Health-Ansatzes vorschweben und die viele moderat Alkohol konsumierende Menschen negativ treffen würden.

Literatur

- Anderson, P. (Ed.) (1996). Alcohol – Less is Better, European Series, No. 70, WHO Regional Publications, Copenhagen.
- Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). Alcohol in Europe: A Public Health Perspective, Institute of Alcohol Studies, London.
- Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R. & Rossow, I. (2005). Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen
- Bachmayer, S.; Strizek, J. & Uhl, A. (2020). Handbuch Alkohol – Österreich Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2020, 8. Auflage (Onlineversion). Gesundheit Österreich, Wien
- Bruun, K., Edwards, G., Lumio, M., Mäkelä, K., Pan, L., Popham, R.E., Room, R., Schmidt, W., Skog, O.J., Sulkunen, P. & Österberg, E. (1975). “Alcohol control policies in public health perspectives”, Finish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 25.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T.F., Casswell, S., Ferrence, R., Giesbrecht, N., Godfrey, C., Holder, D.H., Lemmens, P., Mäkelä, K., Midanik, L.T., Norström, T., Österberg, E., Romelsjö, A., Room, R., Simpura, J. & Skog, O.J. (1994). Alcohol Policy and the Public Good, Oxford University Press, Oxford.

- Freud, S. (1905). Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten. In: Freud, A. & Storfer, A.J. (Hrsg.). *Gesammelte Schriften von Sigmund Freud*, Neunter Band. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, S. 1-269
- Grønabæk, M.; Ellison, R.C. & Skovenborg, E. (2021). The J-shaped curve-conceptual and methodological challenges. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 1, 70-83
- IAS Fact Sheet (2005). *Binge Drinking Nature, Prevalence and Causes*. Institute of Alcohol Studies, St. Ives
- Karlsson, T., Mäkelä, P., Tigerstedt, Ch. & Keskimäki, I. (2020). "The road to the alcohol act 2018 in Finland: a conflict between public health objectives and neoliberal goals", *Health Policy*, Vol. 124 No. 1, pp. 1-6.
- Liessmann, K. (2009). *Theorie der Unbildung – Die Irrtümer der Wissensgesellschaft* (2. Auflage).
- Mäkelä, K. (2012). "Cost-of-alcohol studies as a research programme", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 29 No. 4, pp. 321-343.
- Poikolainen, K. (2021). Paternalism and alcohol policy. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 1, 6-14
- Room, R. (1990). "Recent research on the effects of alcohol policy changes", *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 11 No. 1, pp. 83-94.
- Skovenborg, E.; Grønabæk, M. & Ellison, R. C. (2021). Benefits and hazards of alcohol the J-shaped curve and public health. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 1, 54-69
- Strizek, J.; Busch, M.; Schwarz, T.; Puhm, A. & Uhl, A. (2020). *Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial*. *Gesundheit Österreich*, Wien
- Uhl, A. (2006). Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. *Sucht*, 52, 2, 121-132 (<https://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/2006.02.05>)
- Uhl, A. (2007). How to camouflage ethical questions in addiction research, in Fountain, J. & Korf, D.J. (Eds), *Drugs in Society European Perspectives*, Radcliffe, Oxford, pp. 116-130.
- Uhl, A. (2009). Absurditäten in der Suchtforschung. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32, 3/4, 19-39
- Uhl, A. (2012). Methodenprobleme bei der Evaluation komplexerer Sachverhalte: Das Beispiel Suchtprävention. In: Robert Koch-Institut, Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), *Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme*. RKI Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, S. 57-78
- Uhl, A. (2015a). Der Mythos einer rationalen Effektivitätsforschung. In: Hoff, T.; Klein, M. (Hrsg.): *Evidenzbasierung in der Suchtprävention - Möglichkeiten und Grenzen in Praxis und Forschung*. Springer, Berlin, S. 103-118
- Uhl, A. (2015b). Evidence-based research, epidemiology and alcohol policy: a critique. *Contemporary Social Science*, 10, 2, 221-231
- Uhl, A. (2020a). Alkoholpolitik und Verhältnismäßigkeit. *rausch*. *Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 9, 2, 6-19
- Uhl, A. (2020b). Framing substance use problems - Influence on key concepts, methods of research and policy orientation. In: MacGregor, S.; Thom, B. (eds.): *Risk and Substance Use Framing Dangerous People and Dangerous Places*, 1st Edition. Routledge, London, S. 222-236

- Uhl, A. (2020c). Vorzeitige Sterblichkeit unter Risikofaktoren-Exposition auf der Basis attributabler Risiken: Grundlegende methodische Probleme. In: Robert Koch-Institut, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), Über Prävention berichten – aber wie? Methodenprobleme der Präventionsberichterstattung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, S. 57-66
- Uhl, A.; Beiglböck, W.; Fischer, F.; Haller, B.; Haller, R.; Haring, Ch.; Kobrna, U.; Lagemann, Ch.; Marx, B.; Musalek, M.; Scholz, H.; Schopper, J. & Springer, A. (2005). Alkoholpolitik in Österreich – Status Quo und Perspektiven. In: Babor, T.; Caetano R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R. & Rossow, I.: Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen, S. 313-333
- Uhl, A. & Strizek, J. (2016). Angsterzeugung und Übertreibung als bedenkliche Strategie der Suchtprävention und -forschung. In: akzept e.V. (Hrsg.): 3. alternativer Drogen- und Suchtbericht. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 100-108
- Uhl, A.; Strizek, J. & Hojni, M. (2020): Handbuch Alkohol Österreich Band 3: Ausgewählte Themen (Onlineversion). Gesundheit Österreich, Wien
- WHO (1986a). Ottawa Charta. Weltgesundheitsorganisation, Genf
- WHO (1986b). Health promotion: a discussion document on the concepts and principles, Health Promotion, Vol. 1, pp. 73-76

Besteuerung von Alkohol in Deutschland

Jakob Manthey, Carolin Kilian, Sinclair Carr & Jürgen Rehm

Zusammenfassung

Im aktuellen Besteuerungsmodell werden Bier und Wein deutlich subventioniert. Der Anstieg der Erschwinglichkeit alkoholischer Getränke in der letzten Dekade hätte durch eine einheitliche und an Veränderungen des Haushalteinkommens angepasste Steuerpolitik verhindert werden können. Europäische Nachbarländer zeigen, dass der Konsum von Alkohol und die damit verbundenen Gesundheitsschäden durch Preispolitik reduziert werden können. Das Potential zur Reduzierung der alkoholbedingten Krankheitslast durch eine Anhebung der Verkaufspreise ist in Deutschland besonders ausgeprägt.

Besteuerung von alkoholischen Getränken in Deutschland

Eine zentrale politische Handlungsmöglichkeit, um den Alkoholkonsum und somit auch dessen Folgen zu regulieren, stellt die Besteuerung alkoholischer Produkte dar. Die Weltgesundheitsorganisation nennt die preisliche Regulierung alkoholischer Getränke als eine der drei sogenannten „Best Buys“ [1, 2] – also eine besonders sowohl kosteneffektive wie auch leicht zu implementierende Maßnahme um alkoholbedingte Folgen, wie beispielsweise Erkrankungen oder Unfälle, zu reduzieren [3].

Bei der Besteuerung von alkoholischen Getränken unterscheidet man zwischen drei verschiedenen Arten [4]:

1. Steuern basieren auf dem Volumen des Getränks, unabhängig vom Alkoholgehalt (*unitary taxation*)
2. Steuern basieren auf der absoluten Alkoholmenge im Getränk (*volumetric taxation*)
3. Steuern basieren auf dem Verkaufspreis des Getränks (*ad-valorem taxation*).

Die Besteuerung alkoholischer Getränke in Deutschland erfolgt auf Grundlage von zwei EU-Richtlinien aus dem Jahr 1992 [5, 6], wodurch Bier und Spirituosen auf der absoluten Alkoholmenge im Getränk besteuert werden (*volumetric taxation*). Die EU-Richtlinie schreibt auch Mindeststeuersätze auf Bier und Spirituosen vor, allerdings nicht auf Wein. Entsprechend dieser Subventionsstrategie ist eine Weinsteuern in Deutschland, wie auch in 13 anderen EU-Ländern, nicht vorgesehen [7, 8].

Zur Darstellung der Besteuerung alkoholischer Getränke in Deutschland und den weiteren 26 Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU, ohne Großbritannien), haben wir Daten zu den mittleren Verkaufspreisen sowie der getränkenspezifischen Alkoholsteuern für das Jahr 2020 von Statista [9] sowie der Europäischen Kommission [8]

bezogen und ausgewertet. Um einen internationalen Vergleich der Verkaufspreise zu ermöglichen, haben wir diese für die Kaufkraft der jeweiligen Länder bereinigt und in Internationale \$ (Int\$) umgerechnet (1€ in Deutschland entsprach 0,74 Int\$ im Jahr 2020).

In *Abbildung 1* ist der mittlere Verkaufspreis pro Liter alkoholischen Getränks für Bier, Wein und Spirituosen für das Jahr 2020 für Deutschland und andere EU-Länder dargestellt (9). Im Vergleich zum mittleren Preis in den verbleibenden EU-Ländern sind alle drei alkoholischen Getränke in Deutschland günstiger. Während 1L Bier in Deutschland in etwa 1,73 Int\$ (34,4%) weniger kostet als in anderen EU-Ländern, liegt der Durchschnittspreis für Weine etwa 8,63 Int\$ (47,6%) und für Spirituosen etwa 13,16 Int\$ (36,8%) unter dem EU-Durchschnitt.

In anderen Worten: alkoholische Getränke sind in Deutschland besonders günstig. Dies liegt, unter anderem, an der vergleichsweise niedrigen Besteuerung dieser Produkte hierzulande (siehe *Abbildung 1* [8]). Besonders deutlich wird dieser Unterschied in der Besteuerung von Bier: Ein Gramm Reinalkohol wird hierzulande nur mit 0,003 Int\$ versteuert (4,0% des Durchschnittspreises), wohingegen in den verbleibenden EU-Ländern die Alkoholsteuer für Bier 0,016 Int\$ beträgt und somit um das fünffache höher ist (13,3% des Durchschnittspreises). Bei Spirituosen liegt die Differenz deutlich weniger stark auseinander (DE: 0,022 Int\$ je Gramm Reinalkohol vs. EU: 0,036 Int\$ je Gramm Reinalkohol).

Um den Unterschied in der Besteuerung zwischen Bier und Spirituosen in Deutschland noch einmal zu verdeutlichen, lohnt sich ein Blick auf die absolute Steuerlast pro verkaufter Flasche. Für eine 0,5L Flasche Bier mit einer Stammwürze von 12 Grad Plato (5% Alkoholgehalt) wird in Deutschland etwa 0,05€ Biersteuer gezahlt, während auf eine 0,7L Flasche Wodka mit 40% Alkoholgehalt 3,65€ Alkoholsteuer entfallen. Im Vergleich zur Bierflasche enthält eine Flasche Wodka also die 11-fache Menge an Reinalkohol, aber es fällt das 73-fache an Steuern an. Im Vergleich zu Spirituosen werden Bier und Wein in Deutschland also deutlich subventioniert.

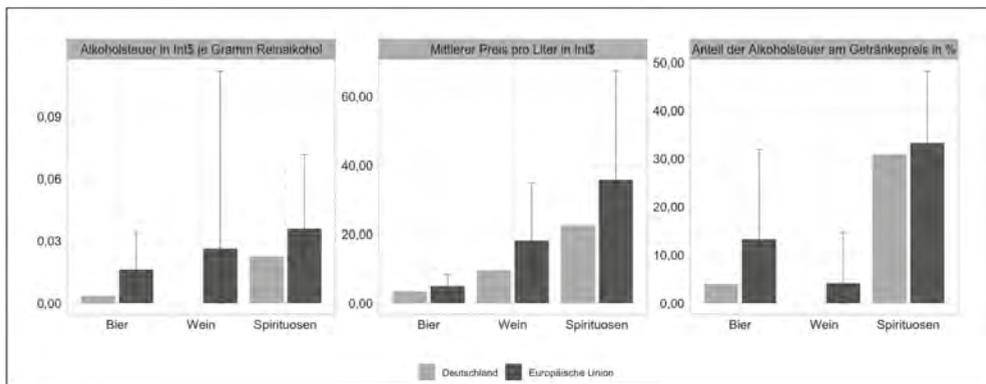


Abbildung 1. Alkoholsteuer je Gramm Reinalkohol, mittlerer Preis pro Liter des jeweiligen Getränks sowie Anteil der Alkoholsteuer am Getränkepreis für Bier, Wein und Spirituosen in Internationalem Dollar (Int\$) im Jahr 2020. Für die verbleibenden 26 Länder der Europäischen Union sind Mittelwerte mit 95% Konfidenzintervallen dargestellt.

Historischer Verlauf der Alkoholsteuern in Deutschland

Aus dem Verbraucherindex für alkoholische Getränke [10] und dem Haushaltsnettoeinkommen [11] kann ein sogenannter Erschwinglichkeitsindex („affordability index“) berechnet werden. Dieser gibt an, wie sich die Verkaufspreise für alkoholische Getränke im Verhältnis zum verfügbaren Einkommen entwickelt haben, und stellt damit einen Indikator für die Erschwinglichkeit alkoholischer Getränke dar. Berechnet wird der Erschwinglichkeitsindex, indem das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen durch den jeweiligen Verbraucherpreis geteilt wird. Für den vorliegenden Beitrag verwenden wir die auf das Jahr 2000 mit dem Wert 100 normierten Indizes für das Haushaltsnettoeinkommen (HNE), den Verbraucherpreisindex (VPI) für alkoholische Getränke im Gesamten, Bier, Wein und Spirituosen, sowie den entsprechenden Erschwinglichkeitsindex, um mit gleichskalierten Variablen zu arbeiten. Ein Anstieg des Erschwinglichkeitsindexes ist als ein Anstieg der Erschwinglichkeit zu interpretieren.

Aus Tabelle 1 wird deutlich, dass das HNE stärker zugenommen hat als die Verkaufspreise für alkoholische Getränke. Damit hat die Erschwinglichkeit von alkoholischen Getränken in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, wobei der Zuwachs bei Spirituosen und Wein stärker ausgeprägt war als bei Bier. Hervorzuheben ist, dass alkoholische Getränke seit 2010 in fast jedem Jahr erschwinglicher geworden sind.

Table 1. Einkommen, Verbraucherpreisindex für alkoholische Getränke und Veränderungen im Erschwinglichkeitsindex von 2000 bis 2019 in Deutschland.

Jahr	Haushaltsnetto- einkommen (HNE)	Verbraucherpreisindex (VPI)				Erschwinglichkeitsindex (EI)				Proportionale Veränderungen im EI für alk. Getränke (im Vergleich zum Vorjahr)
		Alkoholische Getränke	Bier	Wein	Spirituosen	Alkoholische Getränke	Bier	Wein	Spirituosen	
2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	NB
2001	104,3	101,0	101,0	101,0	101,0	103,3	103,2	103,2	103,2	3,3
2002	104,4	102,3	102,7	101,8	101,4	102,0	101,6	102,5	103,0	-1,2
2003	104,4	103,9	105,2	101,9	101,6	100,5	99,3	102,4	102,7	-1,5
2004	105,0	104,7	106,6	102,6	101,6	100,3	98,5	102,4	103,4	-0,2
2005	109,0	105,1	107,4	102,2	101,5	103,7	101,5	106,6	107,4	3,4
2006	108,9	105,4	107,2	102,6	103,0	103,4	101,6	106,2	105,7	-0,3
2007	111,9	108,2	110,7	104,5	105,8	103,4	101,1	107,0	105,8	0,1
2009	113,2	113,1	115,1	110,7	109,8	100,1	98,4	102,2	103,1	-3,3*
2010	115,1	113,6	115,1	111,7	110,5	101,3	100,0	103,1	104,2	1,3
2011	117,7	114,7	115,2	114,6	111,1	102,6	102,2	102,7	106,0	1,3
2012	120,9	116,3	115,7	117,5	112,4	104,0	104,5	102,9	107,5	1,3
2014	124,0	120,6	120,9	121,3	114,9	102,8	102,6	102,2	108,0	-1,1*
2015	126,8	121,7	122,7	121,8	115,2	104,2	103,3	104,1	110,1	1,3
2016	130,6	121,8	123,3	121,7	115,2	107,2	105,9	107,3	113,3	2,9
2017	133,9	122,4	124,2	122,2	115,3	109,4	107,9	109,6	116,1	2,1
2019	141,1	126,2	130,3	125,3	116,5	111,8	108,2	112,5	121,1	2,2*

Notiz. Der Index für das Haushaltsnettoeinkommen (HNE) bzw. der jeweilige Verbraucherpreisindex (VPI) eines Jahres t berechnet sich folgendermaßen:

$HNE_t / HNE_{2000} * 100$ bzw. $VPI_t / VPI_{2000} * 100$; der Erschwinglichkeitsindex (EI) berechnet sich, indem man das HNE eines Jahres t durch den VPI desselben Jahres teilt: $HNE_t / VPI_t * 100$; die proportionale Veränderung im EI vom Jahr t zum nächsten Jahr t+1 berechnet sich folgendermaßen: $((HNE_{t+1} / VPI_{t+1}) - (HNE_t / VPI_t)) / (HNE_t / VPI_t) * 100$.

NB = nicht berechenbar auf Grund fehlender Daten des Vorjahres. * = auf Grund fehlender Daten des Vorjahres (für 2008, 2013 und 2018), wurde die proportionale Veränderung zum vorletzten Jahr berechnet.

Empirische Erkenntnisse zur Preispolitik aus anderen europäischen Ländern

Anders als in Deutschland spielt staatliche Preispolitik in anderen EU-Ländern eine wesentlich wichtigere Rolle. Wie oben bereits erwähnt, werden alkoholhaltige Getränke in fast allen Ländern der EU deutlich stärker besteuert, was dann auch zu einem durchschnittlich höheren Preis in diesen Ländern beiträgt. Vor diesem Hintergrund erstaunt nicht, dass sich Deutschland in den letzten Jahren zu einem der Länder in Europa – und global – mit dem höchsten Pro-Kopf-Konsum [12, 13] und hoher Krankheitslast [14] entwickelt hat.

Andere EU-Länder in ähnlicher Situation haben andere Schlussfolgerungen gezogen. So haben Schottland und Wales beispielsweise einen Minimalpreis pro Standardmaß an Alkohol (*minimum unit pricing*) eingeführt, um den vergleichsweise hohen Anteil an alkoholbedingten Krankheiten und Todesfällen zu senken [15]. Erste Ergebnisse zeigen, dass diese Einführung in der Tat mit weniger Konsum [16] in den ersten Wochen nach Einführung und auch längerfristig verbunden war [17]. Hinsichtlich alkoholbedingter Gesundheitsschäden stehen die entsprechenden Ergebnisse noch aus. Minimalpreise sind gesundheitspolitisch umstrittener als Besteuerung, weil die resultierenden Einnahmen nicht dem Staat zugutekommen, der damit zumindest einen Teil der immensen Kosten von Alkoholkonsum abdecken könnte [18], sondern der Alkoholindustrie und oder dem Handel. Dies läuft sowohl ökonomischer Theorie [19] wie auch dem Verursacher*innenprinzip zuwider. Auf der anderen Seite sind Minimalpreise in manchen Ländern möglich, wo Steuererhöhungen aus legalen (wie in Schottland oder Wales, die keine eigenen Steuern zu Alkohol erheben können) oder politischen Gründen (wie in Ländern, wo es keine Mehrheiten für entsprechende Gesetze gibt) unmöglich sind.

Noch ein weiteres Beispiel soll hier angeführt werden. Litauen war vor 10 Jahren einer der fünf Länder mit global höchstem Alkoholkonsum und alkoholbedingter Krankheitslast [12, 20]. In den letzten Jahren hat sich dieses Bild deutlich gewandelt: Alkoholkonsum ging drastisch zurück, verbunden mit einer deutlichen Reduzierung von Mortalität und Krankheitslast (z.B. [21]). Steuererhöhungen, insbesondere die Steuererhöhung vom 1. März 2017 mit einer über 100% höheren Alkoholbesteuerung von Bier und Wein [22] haben zu diesem Erfolg beigetragen.

Diese Beispiele aus der jüngeren Vergangenheit zeigen deutlich, dass durch Steuerpolitik auch innerhalb der EU eine Reduktion des Alkoholkonsums und der dadurch bedingten Krankheitslast möglich ist.

Auswirkungen einer höheren Versteuerung in Deutschland

Der enorme Nutzen einer höheren Alkoholbesteuerung für Deutschland wurde im vergangenen Jahr in zwei neu erschienenen Modellierungsstudien veranschaulicht. Im Vordergrund stand dabei die Auswirkung einer erhöhten Alkoholsteuer auf alkoholbedingte Krebserkrankungen in der Bundesrepublik. Gredner und Kolleg*innen demonstrierten, dass bei einer Steuererhöhung um 100% mehr als 200.000 Krebs-

erkrankungen in den nächsten 30 Jahren vermieden würden, was in etwa 4% der Krebserkrankungen, die im Zusammenhang mit Alkohol auftreten können, entspricht [23]. Alternative Szenarien einer Steuererhöhung, wie beispielsweise eine Steuererhöhung in Abhängigkeit des Alkoholgehalts des jeweiligen alkoholischen Getränks oder eine Preissteigerung um 25% aller fünf Jahre, resultierten in circa 95.000 bzw. 143.500 vermeidbaren Krebserkrankungen über den gleichen Zeitraum. Rovira und Kolleg*innen untersuchten den Einfluss erhöhter Alkoholsteuern auf alkoholbedingte Krebserkrankungen für vier verschiedene Länder, darunter auch Deutschland, für das Jahr 2018 [24]. Die Schätzungen ergaben, dass mehr als 3 % bzw. 7 % aller alkoholbedingten Krebsfälle in diesem Jahr hätten verhindert werden können, wenn die jeweiligen Alkoholsteuern für Bier, Wein und Spirituosen um 100% erhöht worden wären bzw. wenn Deutschland die gleiche Alkoholbesteuerung wie Finnland gehabt hätte. Im Vergleich zu den anderen Ländern, die in dieser Modellierungsstudie berücksichtigt wurden (Italien, Kasachstan und Schweden), hätten in Deutschland besonders viele alkoholbedingte Krebserkrankungen vermieden werden können; was nicht zuletzt an der großen Bevölkerungszahl, dem Alkoholkonsum sowie der Verbreitung von Krebserkrankungen hierzulande lag.

Schlussfolgerungen

Durch das gegenwärtige Steuersystem wird der Konsum von Bier und Wein subventioniert und alkoholische Getränke werden immer erschwinglicher. Eine einheitliche und an die Entwicklung des Haushaltseinkommens angepasste Steuerpolitik könnte dazu beitragen den Konsum und damit die alkoholbedingte Krankheitslast zu reduzieren. Die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass entsprechende Maßnahmen wirksam sind und auch hierzulande umsetzbar wären.

Literaturverweise

- [1] World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, Switzerland: World Health Organization (2018).
- [2] World Health Organization. Alcohol pricing in the WHO European Region. Update report on the evidence and recommended policy actions. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: World Health Organization (2020).
- [3] Chisholm D., Moro D., Bertram M., Pretorius C., Gmel G., Shield K., et al. (2018). Are the “best buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*. 79(4):514-22.
- [4] Sornpaisarn B., Shield K.D., Osterberg E. & Rehm J. (2017) Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies. Geneva: World Health Organization. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/tax_book/en/.

- [5] THE COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. (1992). Council Directive 92/84/EEC of 19 October 1992 on the approximation of the rates of excise duty on alcohol and alcoholic beverages. Official Journal of the European Communities.
- [6] THE COUNCIL OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. (1992). Council Directive 92/83/EEC of 19 October 1992 on the harmonization of the structures of excise duties on alcohol and alcoholic beverages. Official Journal of the European Communities.
- [7] Angus C, Holmes J, Meier PS. (2019). Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction*. 114(8):1489-94.
- [8] DIRECTORATE-GENERAL TAXATION AND CUSTOMS UNION. (2020). Excise Duty Tables: Part I - Alcoholic Beverages 1 April 2021. Available from: https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverages/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf.
- [9] Statista.(2020). Alcoholic drinks - Price per Unit. Europe.
- [10] Destatis. (2021). 61111-0003: Verbraucherpreisindex: Deutschland, Jahre, Klassifikation der Verwendungszwecke des Individualkonsums (COICOP 2-5-Steller Hierarchie) Wiesbaden: Statistisches Bundesamt [Available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>].
- [11] Destatis. (2021). 63121-0004: Einkommen und Einnahmen sowie Ausgaben privater Haushalte (Laufende Wirtschaftsrechnungen): Deutschland, Jahre, Haushaltstyp Wiesbaden: Statistisches Bundesamt [Available from: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online>].
- [12] Manthey J., Shield K.D., Rylett M., Hasan O.S.M., Probst C. & Rehm J. (2019). Alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: A global modelling study. *The Lancet*. 393(10190):2493-502.
- [13] Manthey J. (2018). Reduktion des Alkoholkonsums in Deutschland: Wirkungsvolle Maßnahmen zur Zielerreichung sind nicht in Sicht. In: Kamphausen G., Wense B. & Stöver H., editors. 5 Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018. Berlin: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V.; 2018. p. 114-23.
- [14] Shield K.D., Manthey J., Rylett M., Probst C., Wettlaufer A., Parry C.D.H., et al. (2020). National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*. 5(1):e51-e61.
- [15] BBC. Scotland to set 50p minimum unit price for alcohol 2018 [Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-scotland-scotland-politics-43197384>].
- [16] O'Donnell A., Anderson P., Jane-Llopis E., Manthey J., Kaner E. & Rehm J. (2019). Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015-18. *BMJ*. 366:l5274.
- [17] Anderson P., O'Donnell A., Kaner E., Llopis E.J., Manthey J. & Rehm J. Impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland and Wales: controlled interrupted time series analyses. *The Lancet Public Health*. accepted.
- [18] Manthey J., Hassan S.A., Carr S., Kilian C., Kuitunen-Paul S. & Rehm J. What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *Pharmacoeconomics*. accepted.

- [19] Pigou AC. *The Economics of Welfare*. London: Macmillan; 1920.
- [20] World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: WHO Press.
- [21] Štelemėkas M, Manthey J, Badaras R, Casswell S, Ferreira-Borges C, Kalėdienė R, et al. (2021). Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time-series analysis. *Addiction*.
- [22] Rehm J, Štelemėkas M, Ferreira-Borges C, Jiang H, Lange S, Neufeld M, et al. (2021). Classifying Alcohol Control Policies with Respect to Expected Changes in Consumption and Alcohol-Attributable Harm: The Example of Lithuania, 2000–2019. *Int J Environ Res Public Health*. 18(5):2419.
- [23] Gredner T, Niedermaier T, Brenner H. & Mons U. (2020). Impact of reducing alcohol consumption through price-based policies on cancer incidence in Germany 2020-50-a simulation study. *Addiction*.
- [24] Rovira P, Kilian C, Neufeld M, Rungay H, Soerjomataram I, Ferreira-Borges C, et al. (2020). Fewer cancer cases in four countries of the WHO European Region in 2018 through increased alcohol excise taxation: a modelling study. *Eur Addict Res*.

Sprit in Dosen – wie gut gemeinte Steuern paradoxe Auswirkungen haben können

Bernd Werse

Zusammenfassung

Vor 17 Jahren wurde zur Eindämmung des gerade bei Jüngeren verbreiteten Konsums die sogenannte Alkopopsteuer eingeführt. Seit einigen Jahren gibt es Fertigmischgetränke in Dosen nur noch mit 10% Alkohol zu kaufen, um die Sondersteuer zu umgehen. Entsprechend Umfragedaten werden diese Produkte auch (wieder) verstärkt von Jüngeren konsumiert, wobei v.a. eine Verlagerung von selbstgemischten Getränken stattgefunden hat. Die in gewissem Sinne schadensminimierende Intention des Gesetzes hat sich angesichts der durchweg ‚überdosierten‘ Dosen-Longdrinks ins Gegenteil verkehrt.

Alkopops – die Jüngeren unter uns werden sich kaum noch an diesen Begriff erinnern, denn er bezeichnet in erster Linie einen von der Branntweinindustrie befeuerten Trend der frühen 2000er Jahre: oft bunt gefärbte spirituosenhaltige Mischgetränke mit Namen wie Smirnoff Ice oder Bacardi Breezer wurden in kleinen Flaschen oder Dosen gebrauchsfertig angeboten. Die Werbung zielte auf ein junges Publikum ab und die zumeist süßen Geschmacksrichtungen weckten die Befürchtung, dass besonders junge Jugendliche oder Kinder so leichter an den Alkoholkonsum herangeführt werden sollten. Insbesondere diese Befürchtung führte relativ schnell zu einer Sondersteuer, für die sogar ein eigenes Gesetz, das Alkopopsteuergesetz, abgekürzt AlkopopStG (2004) eingeführt wurde. Demnach fiel für eine der seinerzeit üblichen 0,275-Liter-Flaschen mit 5,5% Alkohol 84 Cent der neuen Steuer an, was den Kauf unattraktiver machen sollte.

Tatsächlich sank in den Jahren nach Einführung des neuen Gesetzes der Absatz von Alkopops beträchtlich – alles deutete mithin auf einen Erfolg des neuen Gesetzes hin (BMF, 2008 & 2012). Nur: in Nachbarländern ohne eine derartige Sondersteuer, etwa Österreich, sank der Konsum etwa in gleichem Maße (Uhl et al., 2009) – es schien vielmehr so, als ob es sich ohnehin um einen kurzlebigen Trend unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen handelte.

Seit einiger Zeit – es lässt sich nicht genau eruieren seit wann, aber die Abbildung unten könnte ein Hinweis auf den ungefähren Zeitpunkt sein – hat sich das Blatt allerdings wieder gewendet. Ein Branchenmagazin jubelt angesichts dessen geradezu: „Die Dosen haben sich durchgesetzt und sorgen wieder für tolle Umsätze. Jetzt halt unter dem Namen Ready-to-Drink (RTD), Premixgetränk oder Designer Drink. (...) Es ist völlig egal, wo man hinblickt. Im klassischen Lebensmittelhandel, an Tankstellen, am Kiosk, auf der Großfläche oder in den kleineren Supermärkten. Bei den Formaten Rewe City, Rewe to Go und Express Edeka gehen die Convenience Produkte zum Beispiel besonders gut. Da dürfen die RTDs natürlich nicht fehlen.“ (Supermarkt Inside, 2019). Auch ein vermutlich wesentlicher Grund für diesen „Super Umsatz“ wird von „Supermarkt Inside“ nicht verschwiegen: Die Alkopopsteuer gilt nur für Mixgetränke

unter 10% Alkoholgehalt. Irgendwann begannen die Getränkehersteller damit, derartige „RTDs“ prinzipiell nur noch mit 10% Alkohol anzubieten, so dass man fertig gemischte Getränke (wieder) relativ günstig erwerben kann. Sieht man sich in entsprechenden Kühlregalen um, spielen dabei klassische Longdrinks wie Whiskey Cola, Gin Tonic, Wodka Lemon oder Cuba Libre eine zentrale Rolle. Indes: bestellt man sich im Lokal ein derartiges Getränk, so enthält dieses – vorausgesetzt der Barkeeper meint es nicht besonders „gut“ mit dem Gast – nur etwa halb so viel Alkohol wie die fertig gemischten Dosendrinks (4 cl Standardgröße mal 40% = etwa 16 ml Alkohol; Dosen: 0,33l mal 10% = 33 ml Alkohol).

Dass diese Umstellung trotz des im Unterschied zu den „Alkopops“ deutlich stärkeren Alkoholgeschmacks Auswirkungen auf das Konsumverhalten junger Menschen hat, zeigt eine Auswertung aus der jährlich durchgeführten repräsentativen Schülerbefragung des Monitoring-Systems Drogentrends in Frankfurt (Werse et al., 2020): In der Gesamtstichprobe der mindestens 15-Jährigen (Durchschnittsalter zuletzt: 19,4 Jahre; rund 1.500 Befragte pro Jahr) ist zwar gerade in den letzten Jahren aktueller Alkoholkonsum recht deutlich zurückgegangen; während 2010 noch 71% und 2016 68% im zurückliegenden Monat mindestens einmal ein alkoholisches Getränk zu sich genommen hatten, sank dieser Wert bis 2019 auf 56%. In diesen letzten drei Jahren ist der Konsum von Fertig-Mixgetränken aber gestiegen (siehe Abbildung). Die gleichzeitig rückläufigen Werte für Schnaps und Cocktails/Mixgetränke deuten dabei auf ein gewisses Maß an Substitution hin: wer sich vor einigen Jahren seine Drinks noch selbst mischte, griff in den letzten Jahren tendenziell mehr auf den fertig gemischten Spirit in Dosen zurück. Umgekehrt dürfte sich zuvor in den Jahren nach Einführung des AlkopopStG abgespielt haben.

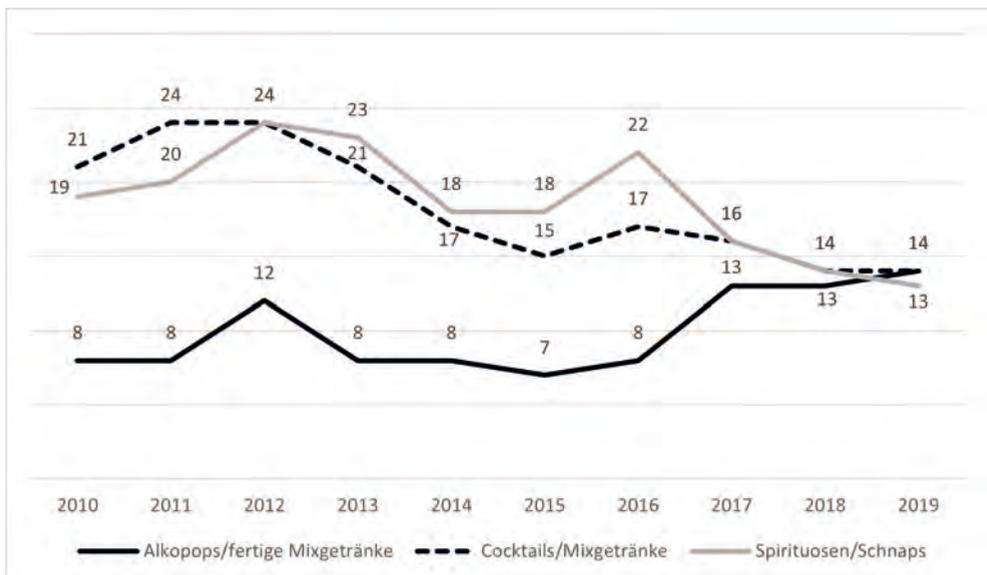


Abbildung: Anteile der mindestens 15-Jährigen in der Frankfurter MoSyD-Schülerbefragung, die im zurückliegenden Monat mindestens einmal eine der genannten Arten alkoholischer Getränke konsumiert haben, nach Jahr der Erhebung (%)

Es liegt mir gerade angesichts des gleichzeitigen Rückgangs bei anderen alkoholischen Getränken fern, diese Entwicklung zu dramatisieren. Allerdings mutet es zumindest sehr merkwürdig an, dass ein beträchtlicher Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen nur noch überdosierte Longdrinks gewöhnt ist, weil ein über 15 Jahre zuvor beschlossenes Gesetz, dessen Wirksamkeit stark umstritten ist (insbesondere im Hinblick auf den wahrscheinlichen Umstieg auf Selbstgemischtes), die Grenze bei eben diesen 10% gezogen hat. Dass Letzteres so erfolgte, hatte wohl mit der Abgrenzung zu Likörprodukten zu tun, aber dass das AlkopopStG überhaupt eingeführt wurde, hing wohl eher mit einer typischen ‚Moralpanik‘ gegenüber Jugendlichen zusammen. Die Befürchtung, dass Jugendliche oder Kinder zu früh zum Trinken verführt werden könnten, hatte sich im Übrigen, etwa in der MoSyD-Schülerbefragung, nicht bestätigt. Vor allem mutet es scheinheilig an, in einer Gesellschaft, in der Alkoholkonsum weiterhin allgegenwärtig ist und die Steuern und damit auch die Preise für Alkohol so niedrig wie in kaum einem anderen der umliegenden Länder sind (siehe Manthey et al., in diesem Band), nur diese speziellen Produkte mit einer Sondersteuer zu belegen – nicht ohne eine ‚Hintertür‘ einzubauen. Insofern sollte gerade angesichts der letztlich paradoxen Wirkung des AlkopopStG dieses schleunigst wieder abgeschafft werden, was auch eine Maßnahme zur Schadensminimierung (Vermeidung von Überdosierungen) darstellen würde. Stattdessen wäre es angebracht, insgesamt die Steuern für alkoholische Getränke so zu erhöhen, dass sich ein verhältnispräventiver Effekt einstellt. Damit wie auch mit weiteren Maßnahmen wie Werbeverböten, Verkaufsbeschränkungen etc. könnte der seit einigen Jahren zu beobachtende Trend zu späterem und geringerem Alkoholkonsum im Jugendalter gefördert werden.

Literatur

- AlkopopStG (2004). Gesetz über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen (Alkopopsteuergesetz - AlkopopStG). <https://www.gesetze-im-internet.de/alkopopstg/AlkopopStG.pdf>
- BMF (2008). *Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Steuerarten in den Kalenderjahren 2002 - 2005*. Bundesministerium der Finanzen, 18. April 2008, http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/2-kassenmaessige-steuereinnahmen-nach-steuerarten-1950-bis-2010-anlage09.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- BMF (2012). *Kassenmäßige Steuereinnahmen nach Steuerarten in den Kalenderjahren 2006 - 2009*. Bundesministerium der Finanzen, 24. Mai 2012, http://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Steuern/Steuerschaetzungen_und_Steuereinnahmen/2012-05-29-steuereinnahmen-nach-steuerarten-2006-2009.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- Supermarkt Inside (2019). Dosen mit Hochprozentigem sorgen für super Umsatz. 26. November 2019, <https://www.supermarkt-inside.de/dosen-mit-hochprozentigem-sorgen-fuer-super-umsatz/>

Uhl A. et al. (2009). Handbuch: Alkohol - Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009. Dritte überarbeitete und ergänzte Auflage. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.

Werse, B., Kamphausen, G. & Martens, J. (2020). MoSyD Jahresbericht 2019. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M. https://www.uni-frankfurt.de/99133712/MoSyD_Jahresbericht_2019.pdf

Folgen des leichten bis moderaten Alkoholkonsums in Deutschland

Carolin Kilian, Jakob Manthey & Christina Lindemann

Zusammenfassung

Die weit verbreitete Annahme, dass moderater Alkoholkonsum günstige Effekte auf die Gesundheit hat, ist irreführend und nicht evidenzbasiert. Aus der Literatur wird deutlich, dass der regelmäßige Konsum geringer Mengen Alkohol das Risiko für verschiedene Krebserkrankungen erhöht. Es gibt also keinen gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum. Gesundheitswarnungen auf alkoholischen Getränkebehältnissen können dazu beitragen, über diese Risiken aufzuklären.

Alkoholkonsum und alkoholbedingte Krankheitslast in Deutschland

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass im Jahr 2018 in Deutschland pro Kopf 10,8 Liter Reinalkohol getrunken wurde (World Health Organization, 2020b), womit Deutschland im europäischen Vergleich im oberen Drittel liegt (World Health Organization, 2019). Dem Epidemiologischen Suchtsurvey zufolge konsumierten etwa zwei von drei Erwachsenen im vergangenen Monat Alkohol (Atzendorf, Rauschert, Seitz, Lochbühler & Kraus, 2019). Unter denjenigen, die Alkohol konsumieren, berichteten circa ein Drittel über Rauschtrinkepisoden, also den Konsum von mehr als sechs alkoholhaltigen Getränken (ein Getränk entspricht etwa 300 ml Bier oder 100 ml Wein). Sowohl der Gesamtalkoholkonsum als auch das Rauschtrinken sind von gesundheitlicher Relevanz und tragen zur alkoholbedingten Krankheitslast bei (Rehm, Gmel, et al., 2017). Schätzungen zur alkoholbedingten Krankheitslast in Deutschland gehen davon aus, dass im Jahr 2016 etwa 45.000 oder 5% aller Todesfälle auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen waren (Shield et al., 2020). Hinzu kommen alkoholbedingte Unfälle und Erkrankungen ohne tödlichen Ausgang sowie Schäden, die Dritte durch den Alkoholkonsum anderer erleiden (Kraus, Seitz, Shield, Gmel & Rehm, 2019).

Die weite Verbreitung des Alkoholkonsums und eine nicht existente Alkoholstrategie (Manthey, 2018) bereiten die Grundlage für eine geringe Risikowahrnehmung in der deutschen Bevölkerung. So befand die Drogenbeauftragte der Bundesregierung im Sommer 2020, dass Zigaretten im Gegensatz zu Zucker oder Alkohol selbst bei bestimmungsgemäßem Gebrauch Gesundheitsschäden auslösen würden (<https://twitter.com/DaniLudwigMdB/status/1278993087017226241>).

Wir möchten diese Äußerung als Anlass nehmen, um die Gesundheitsrisiken von moderatem Alkoholkonsum zu beschreiben.

Der Zusammenhang zwischen Trinkmenge und alkoholbedingten Erkrankungen

Insgesamt gibt es mehr als 200 Krankheitsdiagnosen, die durch den Konsum von Alkohol verursacht werden können (Rehm et al., 2010; Rehm, Gmel, et al., 2017). Dabei sind einige, per Definition, vollständig auf den Alkoholkonsum zurückführbar, wie beispielsweise eine Alkoholvergiftung oder die Fetale Alkoholspektrumstörung (World Health Organization, 2018b), andere hingegen sind nur teilweise durch den Konsum von Alkohol bedingt, wie zum Beispiel einige Krebserkrankungen oder verschiedene Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zusätzlich unterscheiden sich die verschiedenen Krankheitsdiagnosen in ihrer Risikofunktion – also dem Verlauf der Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung in Abhängigkeit der Trinkmenge (Rehm, Gmel, et al., 2017; für Risikofunktionen siehe Supplement von Shield et al., 2020).

Für viele alkoholbedingte Erkrankungen beschreibt die Risikofunktion einen kontinuierlichen Anstieg des Risikos mit Zunahme der Trinkmenge; je mehr Alkohol eine Person also konsumiert, desto höher ist das Risiko für eine alkoholbedingte Erkrankung. Zwei solcher Risikofunktionen sind in Abbildung 1 dargestellt. Es wird deutlich, dass sich die beiden Funktionen für Brust- bzw. Magen- und Darmkrebs in ihrem Anstieg unterscheiden. Während das Risiko für Brustkrebs deutlich steiler ansteigt und sich bereits bei Trinkmengen von in etwa 65 Gramm Reinalkohol pro Tag verdoppelt hat, so verläuft die Risikofunktion für Magen- und Darmkrebs flacher und das Risiko ist erst bei täglichen Trinkmengen von 110 Gramm Reinalkohol verdoppelt. Weiterhin unterscheiden sich die Funktionen in den Schwellenwerten der Trinkmenge, ab dem das Erkrankungsrisiko signifikant ansteigt. Letzteres wird oft als Schwellenwert für einen „risikoarmen“ versus „riskanten“ Alkoholkonsum herangezogen (Deutsches Krebsforschungszentrum, 2017).

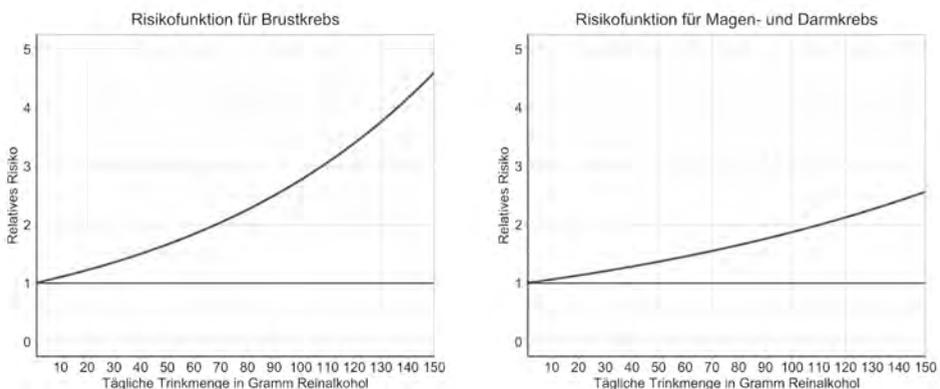


Abbildung 1. Risiko einer Brustkrebs- (bei Frauen) sowie Magen- und Darmkrebserkrankung in Abhängigkeit der täglichen Trinkmenge. Eigene Darstellung der Funktionen aus (Bagnardi et al., 2015; Shield et al., 2020).

Die Annahme, dass leichter bis moderater Alkoholkonsum positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben würde, ist weit verbreitet und basiert auf Studien, die geringe Mengen regelmäßigen Alkoholkonsums mit einer geringeren Mortalität in Verbindung brachten (z.B. Paganini-Hill, Kawas, & Corrada, 2007). Diese Studien weisen jedoch methodische Mängel auf und der Zusammenhang ist nicht so robust wie noch vor 10 Jahren angenommen (Chikritzhs et al., 2015; Stockwell et al., 2016). Für manche Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie für die koronare Herzkrankheit, bestehen allerdings robuste positive Effekte durch moderaten Alkoholkonsum (O'Neill et al., 2018; Rehm, Gmel, et al., 2017). Mögliche positive Gesundheitsfolgen des leichten bis moderaten Alkoholkonsums werden jedoch durch die Zunahme des Risikos für andere alkoholbedingte Erkrankungen konterkariert, so dass Wissenschaftler*innen und die WHO in den letzten Jahren darauf verwiesen haben, dass es bezugsnehmend auf alle alkoholbedingten Erkrankungen keinen Schwellenwert für gesundheitsfördernden bzw. gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum gibt (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; World Health Organization, 2020a). Im Nachfolgenden möchten wir diese Schlussfolgerungen anhand von zwei Gruppen alkoholbedingter Erkrankungen skizzieren.

Alkoholbedingte Krebserkrankungen

Die Internationale Agentur für Krebsforschung klassifiziert Ethanol – der neben Wasser der Hauptbestandteil von alkoholhaltigen Getränken ist – als ein Karzinogen, also eine krebserregende Substanz (IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, World Health Organization & International Agency for Research on Cancer, 2010; International Agency for Research on Cancer, 2012). Es sind sieben Krebserkrankungen bekannt, die infolge des Alkoholkonsums auftreten können: Lippen- und Mundhöhlenkrebs, Rachenkrebs, Kehlkopfkrebs, Speiseröhrenkrebs, Magen- und Darmkrebs, Leberkrebs sowie Brustkrebs (bei Frauen). Allein im Jahr 2018 wurden schätzungsweise fast 22.000 Krebsneuerkrankungen in Deutschland durch Alkohol bedingt, was in etwa 4% aller Krebserkrankungen entspricht (Rovira et al., 2020; World Health Organization, 2020a).

Wie bei den meisten anderen Erkrankungen, die durch Alkohol verursacht werden können, steigt das Risiko einer Krebserkrankung kontinuierlich mit der täglichen Trinkmenge an, wobei jedoch bereits geringe Trinkmengen das Erkrankungsrisiko deutlich erhöhen. Während das Risiko für Magen- und Darmkrebs durch tägliche Trinkmengen von mehr als zwei alkoholhaltigen Getränken substantiell ansteigt, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für andere alkoholbedingte Krebserkrankungen bereits bei geringeren täglichen Trinkmengen (Bagnardi et al., 2013, siehe Abbildung 1 sowie 2015). Kürzlich veröffentlichte Schätzungen deuten darauf hin, dass 2-3% aller durch Alkohol verursachter Krebserkrankungen in der Europäischen Union (EU) durch leichten bis moderaten Alkoholkonsum bedingt sind (Rovira & Rehm, 2020). Berücksichtigt man ausschließlich alkoholbedingte Krebserkrankungen, so ist in etwa einer von zehn Fällen auf leichten bis moderaten Alkoholkonsum zurückführbar (Rovira & Rehm, 2020; World Health Organization, 2020a); für Brustkrebs bei Frauen

ist es sogar jede fünfte Erkrankung (Shield, Soerjomataram & Rehm, 2016). Insgesamt wurde geschätzt, dass die Hälfte aller Krebsneuerkrankungen, die durch leichten bis moderaten Alkoholkonsum in der EU 2017 verursacht wurden (ca. 23.000 Fälle), Brustkrebskrankungen bei Frauen waren (ca. 11.000 Fälle) (Rovira & Rehm, 2020).

Alkohol – genauer gesagt sein zentraler Bestandteil Ethanol sowie das Abbauprodukt Acetaldehyd – kann Krebserkrankungen verursachen, indem er die DNA beschädigt und die Zellreparaturen beeinträchtigt (IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans et al., 2010). Gleichzeitig wirkt sich Alkohol auf den Hormonspiegel aus, zum Beispiel auf Östrogen, was ein entscheidender Mechanismus für die Entstehung von Brustkrebs ist (für weiterführende Literatur, siehe Shield et al., 2016). Angesichts dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse gibt es in Bezug auf Krebserkrankungen keinen gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; World Health Organization, 2020a). Die Bedeutung von Alkohol als veränderbarer Risikofaktor für Krebserkrankungen wurde im 2021 veröffentlichten Europäischen Plan zur Krebsbekämpfung („Europe’s Beating Cancer Plan“) anerkannt, der als Konsequenz eine Überprüfung der EU-Gesetzgebung zu alkoholpolitischen Maßnahmen vorsieht (European Commission, 2021).

Alkoholbedingte kardiovaskuläre Erkrankungen

Der Konsum von Alkohol wirkt auf unterschiedliche Art und Weise auch auf das kardiovaskuläre System. Eine weit verbreitete Annahme bezieht sich darauf, dass geringe Mengen Alkohol, insbesondere der Konsum von Wein, positive Effekte auf das Herzkreislauf-System haben können. Allerdings wurden verschiedene protektive Effekte in den letzten 10 Jahren durch zahlreiche Studien infrage gestellt oder sogar widerlegt. So werden beispielsweise einige der in Rotwein enthaltenen Stoffe zwar mit gesundheitsförderlichen Effekten in Verbindung gebracht (Castaldo et al., 2019), allerdings ist davon auszugehen, dass diese durch die gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Alkohol teilweise mehr als ausgeglichen werden (Fuchs & Chambless, 2007; Lachenmeier, Godelmann, Witt, Riedel & Rehm, 2014).

Welche Folgen hat also Alkohol für das kardiovaskuläre System? Bei Männern führt der regelmäßige Konsum von ein bis zwei alkoholischen Getränken pro Tag zu einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck (Briasoulis, Agarwal & Messerli, 2012; Michael Roerecke et al., 2018). Bei Frauen steigt das Risiko für Bluthochdruck erst bei etwas höheren Trinkmengen. Patient*innen, deren Konsum oberhalb bekannter Grenzwerte liegt, sollten von ihren behandelnden Ärzt*innen daher angewiesen werden ihren Konsum zu reduzieren, um den Blutdruck zu senken (Bolbrinker, Zaidi Touis, Gohlke, Weisser & Kreutz, 2018; Rehm, Anderson et al., 2017).

Alkoholkonsum steht weiterhin in einem komplexen Verhältnis mit dem Auftreten der koronaren Herzkrankheit – eine der weltweit führenden Todesursache (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Aus mehreren Meta-Analysen geht hervor, dass geringe Trinkmengen mit einem reduzierten Risiko für die koronare Herzkrankheit verbunden sind (Roerecke & Rehm, 2012, 2014). Allerdings verschwindet der protektive Effekt des Alkoholkonsums in geringen Mengen bei gelegentlichem Rauschtrinken,

also der Einnahme von mehr als sechs Getränken an einer Trinkgelegenheit (Roerecke & Rehm, 2010; Roerecke & Rehm, 2014).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der regelmäßige Alkoholkonsum von sehr geringen Mengen durchaus protektive Effekte für das kardiovaskuläre System haben kann. Empfehlungen zur Einnahme geringer Mengen zur Gesundheitsförderung sind angesichts des Risikos für andere Erkrankungen jedoch nicht angebracht.

Schlussfolgerungen

Es lässt sich zusammenfassen, dass bereits leichter bis moderater Alkoholkonsum gesundheitliche Folgen haben kann. Die Aussagen der Bundesdrogenbeauftragten zeigen jedoch, dass diese Risiken in Deutschland weitgehend unterschätzt werden. Behauptungen, dass geringe Trinkmengen keine gesundheitlichen Risiken bürden, sind schlichtweg falsch, wenn man dies auf alle Folgeerkrankungen von Alkohol bezieht. Dennoch sind solche Annahmen in der Bevölkerung weit verbreitet, wie das Beispiel Krebs zeigt: Befragungen aus verschiedenen Ländern ergaben, dass insgesamt das Wissen über Alkohol als Risikofaktor für Krebs unzureichend ausgeprägt war (Hertrampf, Wenz, Koller & Wiltfang, 2012; Lagerlund et al., 2015; Ryan et al., 2015; Scheideler & Klein, 2018) und zudem zahlreiche Fehlinformationen vorliegen. So wurde beispielsweise angenommen, dass das Krebsrisiko zwischen verschiedenen alkoholischen Getränken variiert oder nur schwerer Alkoholkonsum das Risiko erhöhen würde (Dixon et al., 2015).

Aktuelle Untersuchungen aus Deutschland sind uns nicht bekannt.

Die zunehmende wissenschaftliche Evidenz, dass es keinen gesundheitlich unbedenklichen Alkoholkonsum gibt, unterstreicht die Bedeutung alkoholpolitischer Maßnahmen mit dem Ziel, den Alkoholkonsum in der Bevölkerung zu reduzieren. Die von der WHO empfohlenen „Best Buys“ zur Reduzierung des Alkoholkonsums (World Health Organization, 2018a) sowie die Etablierung von Alkoholscreenings in der Allgemeinmedizinischen Versorgung sind hierbei Möglichkeiten den Konsum kosteneffektiv zu reduzieren (Chisholm et al., 2018; O'Donnell et al., 2014; für Modellierungsstudien zu vermeidbaren alkoholbedingten Krebserkrankungen, siehe Gredner, Niedermaier, Brenner & Mons, 2020; Rovira et al., 2020).

Darüber hinaus können Gesundheitswarnungen auf alkoholischen Getränken dazu beitragen, Konsument*innen über ihre gesundheitlichen Folgen aufzuklären und somit das Bewusstsein über Gesundheitsfolgen von einschließlich leichtem bis moderatem Alkoholkonsum zu schärfen (Hobin et al., 2020; Jané-Llopis, Kokole, Neufeld, Hasan & Rehm, 2020; World Health Organization, 2020a).

Gesundheitswarnungen können rein textbasierte Hinweise, bildbasierte Hinweise (Piktogramme) oder eine Kombination aus text- und bildbasierten Hinweisen sein. Es hat sich gezeigt, dass eine Kombination wirkungsvoller zur Aufklärung über die Gesundheitsfolgen des leichten bis moderaten Alkoholkonsums ist (Pettigrew et al., 2014; Wigg & Stafford, 2016). Dieses gilt insbesondere, wenn die Warnhinweise mit einem speziellen Krankheitsbild z.B. einer Krebserkrankung ergänzt werden (Buyck et al., 2015). Dass solche Warnhinweise auf alkoholischen Getränken tatsächlich das

Bewusstsein für alkoholbedingte Krebserkrankungen erhöhen können, konnte in einer quasi-experimentellen Untersuchung in Kanada gezeigt werden (Hobin et al., 2020). Zwei und sechs Monate nach der Entfernung der Gesundheitswarnungen auf den Etiketten alkoholischer Getränke war das Bewusstsein über den Zusammenhang zwischen Alkohol und Krebs in der Bevölkerung deutlich ausgeprägter im Vergleich zum Wissen vier Monate vor Anbringung der Gesundheitswarnungen. Weiterhin scheinen Personen mit einem höheren Bewusstsein über diesen Zusammenhang eher bereit zu sein, eine strengere Alkoholpolitik zu unterstützen (Bates et al., 2018; Hobin et al., 2020; Weerasinghe et al., 2020).

In Deutschland, wie auch in den meisten anderen EU-Ländern, gibt es bisher keine verbindlichen Regelungen zur Anbringung von Gesundheitswarnungen auf alkoholischen Getränken (Jané-Llopis et al., 2020). Eine solche Regelung, die wichtige Aspekte wie die Größe und Platzierung des Piktogramms sowie einen erläuternden Text vorsieht, könnte dazu beitragen, die Kenntnisse über die Risiken des leichten bis moderaten Alkoholkonsums in der Bevölkerung zu stärken. Die bereits auf manchen Getränkeflaschen existierenden Hinweise bezüglich der Risiken des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft (z.B. in Frankreich) könnten als Vorlage dienen und – analog zu den Hinweisen auf Tabakprodukten – schrittweise ausgebaut werden. Ein erster, vorsichtiger Schritt in diese Richtung könnte der Europäische Plan zur Krebsbekämpfung sein, in dem die Europäische Kommission eine Überprüfung von Gesundheitswarnungen bis 2023 vorsieht (European Commission, 2021).

Literatur auf <https://www.akzept.eu/drogenpolitik/#drogenbericht>

Alkohol und COVID-19: ein Update aus 2021

*Jakob Manthey, Sinja Klinger, Sinclair Carr, Carolin Kilian, Ludwig Kraus,
Sören Kuitunen-Paul, Georg Schomerus & Sven Speerforck*

Zusammenfassung

Im Jahr 2020 ist der Absatz von Bier stärker zurückgegangen, als erwartet. Umfragedaten zeigen, dass sich der Alkoholkonsum bei etwa der Hälfte der Befragten verändert und vor allem bei denjenigen zugenommen hat, die bereits vor der Pandemie hohe Trinkmengen berichteten. Weiterhin haben sich (teil-)stationäre Behandlungszahlen insgesamt stark reduziert, jedoch lag die Inanspruchnahme für alkoholbedingte Folgeerkrankungen (z.B. alkoholische Leberzirrhose) auf Vorjahresniveau. Ein Anstieg alkoholbedingter Probleme bei vorwiegend sozioökonomisch benachteiligten Personen ist möglich.

Einleitung

Im 7. Alternativen Drogen und Suchtbericht haben wir die Frage gestellt, ob das Jahr 2020 ein Meilenstein in der Alkoholpolitik sein wird und wie sich der Konsum sowie alkoholbedingte Krankheiten im Laufe der COVID-19-Pandemie möglicherweise verändern (Manthey, Kilian & Rehm, 2020). Ein Jahr später wollen wir versuchen, uns dieser Frage mithilfe bislang verfügbarer Daten zu nähern.

Absatz alkoholischer Getränke in Deutschland

Öffentlich verfügbare Steuerdaten des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS) deuten darauf hin, dass der Alkoholkonsum in Deutschland im Jahr 2020 insgesamt abgenommen hat, wobei ein stärkerer Rückgang bei Bier (-5,4%) im Vergleich zu Schaumwein (-2,1%) und Spirituosen (-0,9%) berichtet wurde (DESTATIS, 2021e). Auf Wein wird in Deutschland keine Alkoholsteuer erhoben, weshalb dem Statistischen Bundesamt dazu keine Daten vorliegen. Die Betrachtung des Bier- und Schaumweinabsatzes über den Zeitraum von 2011 bis 2020 (Abbildung 1) zeigt, dass dieser in den vergangenen Jahren kontinuierlich gesunken sind. Im Gegensatz zum Schaumweinabsatz liegt der Bierabsatz im Jahr 2020 leicht unterhalb des Niveaus, das aus Daten der vergangenen Jahre zu erwarten wäre. Die Veränderungen des Absatzes von Spirituosen liegen im erwartbaren Schwankungsbereich der letzten Jahre.

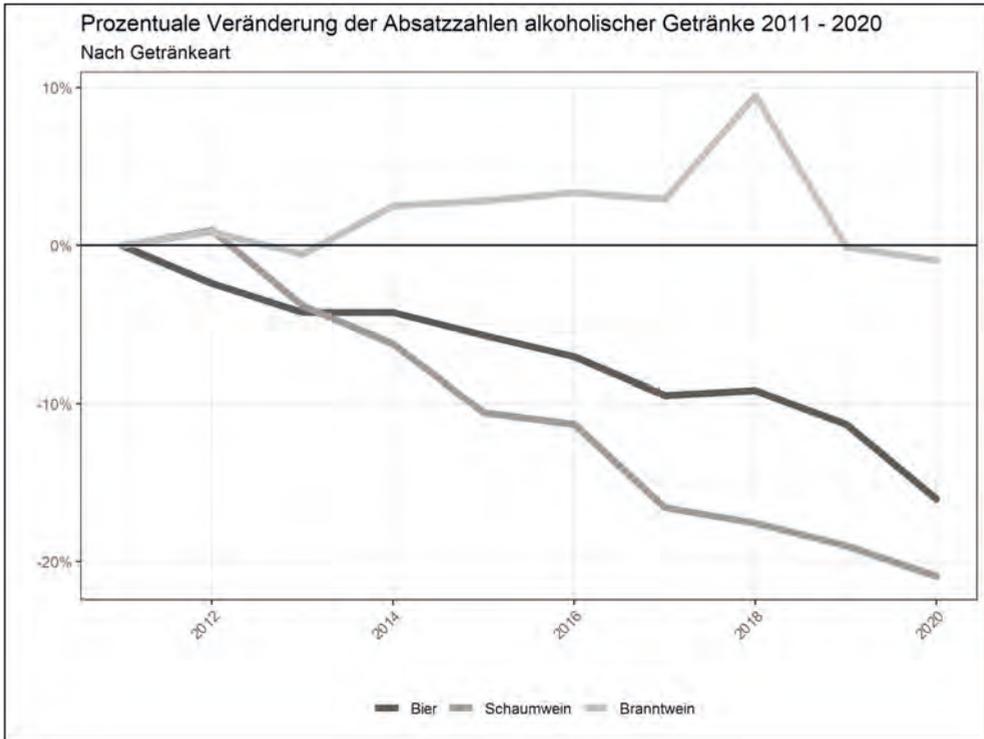


Abbildung 1 - Zeitreihe des Absatzes von Bier, Schaumwein und Branntwein basierend auf Zahlen des Statistischen Bundesamtes. Dargestellt ist die Veränderung des Pro-Kopf Absatzes von Bier (DESTATIS, 2021b), des Pro-Kopf Absatzes von Schaumwein (DESTATIS, 2021c) sowie der Gesamtmenge Alkohol aus Branntwein (bis 2017 (DESTATIS, 2018), ab 2018 (DESTATIS, 2021a))

Die monatlichen Absatzdaten für Bier im Jahr 2020 zeigen, dass der Konsum während den pandemiebedingten Einschränkungen im Frühjahr und Herbst deutlich zurückgegangen ist (DESTATIS, 2021d). Der stärkste Rückgang wurde im April beobachtet, in dem, im Vergleich zum Vorjahr, 17% weniger Bier verkauft wurde. Während der Absatz im August und September 2020 wieder etwas über dem Vorjahresniveau lag, zeigte sich ein weiterer starker Einbruch (um 14%) im November.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich durch die Senkung der Mehrwertsteuer in der zweiten Jahreshälfte auch die Verbraucher*innenpreise für alkoholische Getränke im Jahr 2020 reduzierten – entgegen dem Trend für andere Konsumgüter. Während die Verbraucher*innenpreise insgesamt um 0,5% gestiegen sind, nahmen die Preise für Bier (-0,9%), Spirituosen (-0,3%) und Schaumwein (-1,2%) teils deutlich ab.

Aus den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Daten sind zwei Punkte hervorzuheben:

- Erstens: der Konsum von Bier nahm stärker ab als der von Spirituosen und Schaumwein. Eine mögliche Erklärung wäre, dass der – durch Bier geprägte – Alkoholkonsum in Gastwirtschaften sowie in anderen sozialen Situationen, wie beispielsweise in Fußballstadien, während der Pandemie nicht im gleichen Ausmaß auch in privaten Haushalten stattgefunden hat.
- Zweitens: der geringere Rückgang von Spirituosen im Vergleich zu Bier deutet auf verschiedene Trinkverhalten in unterschiedlichen Konsumierendengruppen hin. Ergebnisse einer kürzlich durchgeführten, europaweiten Befragung zeigten, dass Spirituosen häufiger von Personen präferiert werden, die häufige Rauschtrinkepisoden berichten – d.h. einen Konsum sehr großer Mengen (im Durchschnitt ein Alkoholäquivalent von über 3 Liter Bier) an vergleichsweise wenigen Tagen (zumeist monatlich oder seltener) (Kilian et al., 2021). Im Gegensatz zu Spirituosen ist der Konsum von Bier (und Wein) stärker in soziale und häufig wiederkehrende Trinkmuster eingebettet. Die Absatzzahlen des Jahres 2020 könnten also darauf hinweisen, dass der Alkoholkonsum eher bei Personen mit einem regelmäßigen Konsum als bei jenen mit unregelmäßigem, aber besonders riskantem Konsum abgenommen hat. Um diese Hypothesen zu untersuchen, sind allerdings Informationen auf Personenebene notwendig.

Umfragedaten zur Veränderung des Alkoholkonsums

Eine genauere Aufschlüsselung der Veränderung des Alkoholkonsums während der COVID-19-Pandemie wird durch zwei Umfragen ermöglicht, die unabhängig voneinander im Frühjahr 2020 in Deutschland durchgeführt und deren Ergebnisse bereits veröffentlicht wurden (Georgiadou, Müller, Koopmann, Leménager & Kiefer, 2020; Manthey, Kilian, Schomerus et al., 2020). In beiden Erhebungen gab etwa die Hälfte der Befragten an, ihren Konsum verändert zu haben (Georgiadou et al.: 58,6%; Manthey et al.: 43-54%, siehe Manthey et al. (2021)). In der Befragung von Georgiadou und Kolleg*innen wurde eher ein Anstieg als eine Reduktion des Konsums berichtet (Georgiadou et al., 2020). Demgegenüber wurde zwar ein Anstieg der Konsumfrequenz in der Umfrage von Manthey und Kolleg*innen beobachtet, allerdings zeigte sich eine deutliche Reduktion im Rauschtrinken – also dem Konsum von mind. 6 alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit (Manthey, Kilian, Schomerus et al., 2020). In beiden Studien fanden sich Hinweise dafür, dass sich der Trend im Konsumverhalten zwischen verschiedenen Personengruppen unterscheidet. Insbesondere zeigte sich eine Tendenz der Zunahme (bzw. eine geringere Reduktion) des Konsums bei

- Frauen (Manthey, Kilian, Schomerus et al., 2020)
- Personen im mittleren Alter von 35 bis 54 Jahren (Manthey, Kilian, Schomerus, et al., 2020) bzw. 55 bis 64 Jahren (Georgiadou et al., 2020),
- Personen mit hohem allgemeinem Stressempfinden (Georgiadou et al., 2020) bzw. mit hoher finanzieller Belastung während oder durch die Pandemie (Manthey, Kilian, Schomerus et al., 2020),
- Personen mit geringerer Schulbildung (Georgiadou et al., 2020),

- Personen, die bereits vor der Pandemie hohe Trinkmengen berichteten (Georgiadou et al., 2020; Manthey, Kilian, Schomerus et al., 2020).

Welche Bevölkerungsteile einen Anstieg des Konsums aufwiesen, wurde auch in Befragungen in anderen Ländern untersucht. Die Umfrageergebnisse unterstreichen einen Zusammenhang des Stresserlebens und insbesondere ökonomischer Sorgen mit einem Anstieg des Trinkverhaltens während der Pandemie (siehe z.B. (Alpers et al., 2021; Callinan et al., 2021; Garnett et al., 2021; Gratz, Scamaldo, Vidana, Richmond & Tull, 2021; Oldham et al., 2021)). Dahingegen ist die Evidenz hinsichtlich der Verteilung nach sozioökonomischem Status und des Gesundheitszustands widersprüchlich. In einer britischen Kohortenstudie wurde beispielsweise ein Anstieg riskanten Alkoholkonsums nicht durch den Bildungsstatus oder durch das Vorliegen einer chronischen Krankheit moderiert (Daly & Robinson, 2021). Andere Befragungen in Großbritannien berichteten dagegen einen stärkeren Anstieg bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (Jackson, Beard, Angus, Field & Brown, 2021) sowie bei Personen mit höherem Einkommen (Garnett et al., 2021). Außerdem wurde eine Zunahme des Konsums häufiger bei Vorliegen einer Angststörung (Garnett et al., 2021) sowie bei einer Verschlechterung des psychischen oder körperlichen Gesundheitszustands während der Pandemie (Oldham et al., 2021) berichtet. Weiterhin wurde soziale Isolation, zum Beispiel durch Quarantäne, als Risikofaktor für einen Konsumanstieg identifiziert (Alpers et al., 2021).

Die verfügbaren Umfragedaten deuten insgesamt darauf hin, dass sich der Alkoholkonsum in der Bevölkerung während der Pandemie deutlich verändert hat. Die Schließung von Restaurants und die Absage von Festen hat im Sinne einer Reduktion von Trinkanlässen wahrscheinlich dazu beigetragen, dass viele Personen im Durchschnitt weniger tranken – darauf weist auch der ausgeprägte Rückgang im Rauschtrinken hin. Gleichzeitig zeigt sich, dass bestimmte Personengruppen, einschließlich derjenigen, die eine erhöhte Vulnerabilität für Konsumfolgeerkrankungen aufweisen (beispielsweise Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status oder mit hohen prä-pandemischen Trinkmengen), ihren Alkoholkonsum eher steigerten. Die Evidenzlage ist hierzu allerdings noch nicht eindeutig.

Krankenhausdaten zur Veränderung der Inanspruchnahme

Die Veränderungen des Alkoholkonsums in Deutschland müssen aufgrund der damit einhergehenden nachgewiesenen Schäden (Rehm & Imtiaz, 2016) auch mit gesundheitlichen Konsequenzen in Verbindung gebracht werden. Um die Veränderung alkoholbedingter Krankheiten während der Pandemie beschreiben zu können, kann die Auswertung von Krankenhausdaten als ein dafür geeignetes Mittel herangezogen werden. Für diesen Beitrag wurden frei verfügbare Leistungsdaten der im Kalenderjahr 2019 und 2020 entlassenen Behandlungsfälle analysiert, die im Entgeltbereich „DRG“ abgerechnet wurden. Darunter fallen alle voll- oder teilstationären Behandlungen, jedoch keine Rehabilitationsfälle. Für die folgenden vier Diagnosegruppen, nach ICD-10 Hauptdiagnose, wurden monatliche Krankenhausaufnahmen aus dem InEK Datenbrowser extrahiert (InEK = Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (2021)):

1. Alle Aufnahmen (keine Beschränkung)
2. Alle Aufnahmen für psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.X)
3. Alle Aufnahmen mit einer alkoholischen Leberkrankheit (K70.X)
4. Alle Aufnahmen mit einer alkoholbedingten Hauptdiagnose, die auf einen sehr starken Alkoholkonsum zurückgehen (andere unmittelbare Alkoholfolgestörungen, definiert durch: F10.5 - Psychotische Störung durch Alkohol; G31.2 - Degeneration des Nervensystems durch Alkohol; G62.1 - Alkohol-Polyneuropathie; K29.2 - Alkoholgastritis; I42.6 - Alkoholische Kardiomyopathie; K85.2 und K86.0 - Alkoholinduzierte akute und chronische Pankreatitis; T51.0, T51.8 und T51.9 - Toxische Wirkung von Alkohol).

Die Daten sind in *Abbildung 2 und 3* zusammengefasst.

Aus den monatlichen Krankenhausdaten geht hervor, dass es insgesamt einen starken Rückgang der Aufnahmen zeitgleich mit den bundesweit verschärften Ausgangsbeschränkungen im Frühjahr und Herbst 2020 gab. Zu beachten ist, dass es sowohl auf Landes- als auch Kreisebene zu abweichenden, teils verschärfteren Ausgangsbeschränkungen kam. Die monatlichen Vergleiche mit dem Vorjahr (*Abbildung 3*) zeigen, dass es im Jahr 2020 insgesamt deutlich weniger Krankenhausaufenthalte gab – teilweise wurde ein Rückgang von über 20% im Vergleich zu Krankenhausaufnahmen im gleichen Monat im Jahr 2019 verzeichnet. Ein ähnlicher Verlauf ist für die Diagnosegruppe F10 zu beobachten, jedoch ist der Rückgang hierbei weniger stark als für andere Diagnosegruppen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese Diagnosegruppe maßgeblich von der Diagnose F10.0 (akute Intoxikation) bestimmt wird. Der Anteil von F10.0 an allen F10 Diagnosen hat in den letzten Jahren stark zugenommen (Kraus et al., 2015) und in den Jahren 2019 und 2020 etwa zwei Drittel aller F10 Aufnahmen ausgemacht. Eine F10.0 Diagnosestellung beschreibt möglicherweise Fälle, in denen eine Person nach einer einzelnen, starken Rauschtrinkepisode („Komasaufen“) stationär behandelt wird. Wenn F10.0 als Anzeichen für Rauschtrinken während der Pandemie angenommen wird, könnte dies – in Übereinstimmung mit Umfragedaten – darauf hindeuten, dass episodisches Rauschtrinken während der Pandemie stark reduziert wurde. Da F10 Diagnosen auch bei stationären Entgiftungsbehandlungen vergeben werden, könnte der Verlauf jedoch auch darauf hinweisen, dass diese Behandlungen während der Pandemie zugunsten von Notfall- und Covid-19-Behandlungen zurückgestellt wurden. Da für diesen Beitrag jedoch keine psychiatrischen Behandlungsfälle (aus dem PEPP-Entgeltsystem) ausgewertet wurden, ist eine gesicherte Aussage zu der Entwicklung der Entzugsbehandlungen nicht möglich.

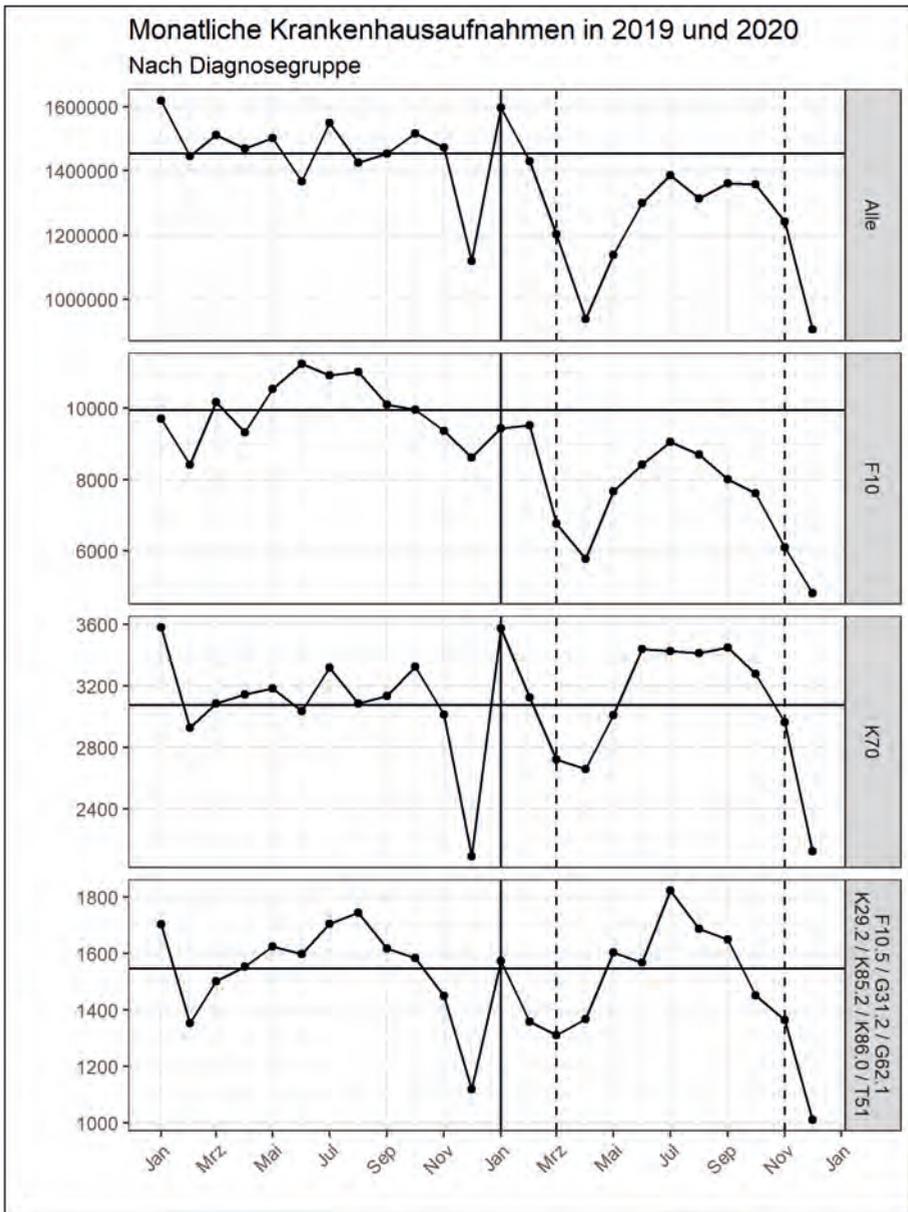


Abbildung 2 – Darstellung der monatlichen Krankenhausaufenthalte in Deutschland im Jahr 2019 und 2020, nach Diagnosegruppe (zur Definition der Diagnosegruppen, siehe Text). Die waagerechte Linie stellt den durchschnittlichen monatlichen Wert aus 2019 dar. Die senkrechte durchgezogene Linie stellte den Jahreswechsel dar, die senkrechten gestrichelten Linien stellen die Verschärfung der Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen im März und November 2020 dar.

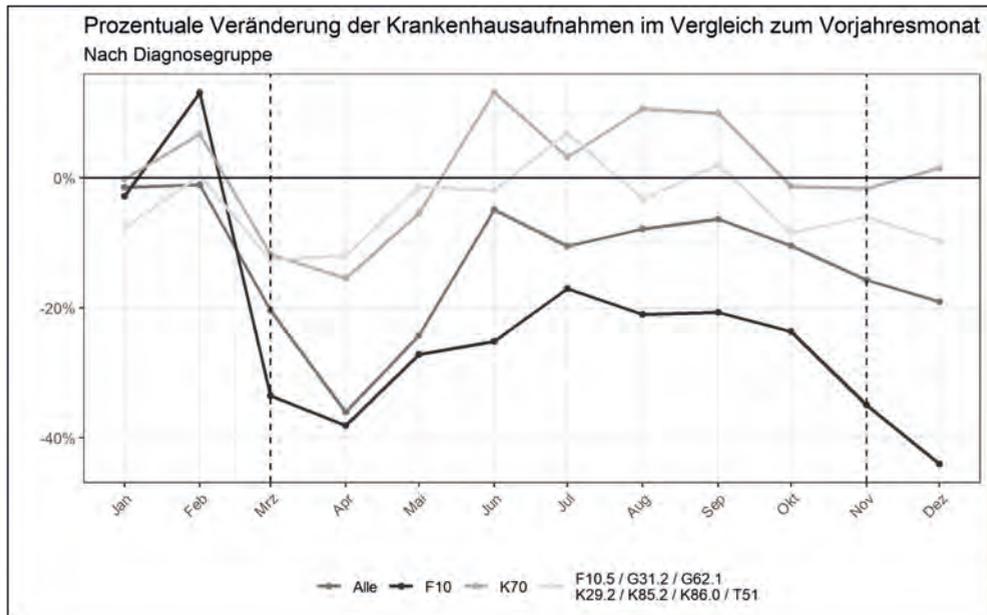


Abbildung 3 - Darstellung der monatlichen Veränderungen der Krankenhausaufenthalte in Deutschland im Jahr 2020 im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresmonat, nach Diagnosegruppe (zur Definition der Diagnosegruppen, siehe Text). Die senkrechten gestrichelten Linien stellen die Verschärfung der Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen im März und November 2020 dar.

Hervorzuheben ist der Verlauf der beiden Diagnosegruppen, die auf einen starken, chronischen Alkoholkonsum hinweisen, wie etwa alkoholische Leberzirrhose (K70), alkoholische Kardiomyopathie und alkoholische Pankreatitis („Alkohol – streng“). Nach einem Einbruch im Frühjahr 2020 sind die Aufnahmen für diese Krankheiten wieder stark angestiegen und lagen bis zum Herbst auf oder sogar über dem Vorjahresniveau (siehe *Abbildung 2 und 3*). Im Gegensatz zu den meisten anderen Diagnosegruppen zeigen die Krankenhausdaten keinen Rückgang von Aufnahmen, die auf einen starken, chronischen Alkoholkonsum hinweisen. Krankenhausaufnahmen spiegeln auch nicht die tatsächlichen Prävalenzen von Konsum oder Erkrankungen wider, sondern in erster Linie die Inanspruchnahme. Daher ist davon auszugehen, dass der Einbruch im Frühjahr auf eine Unterversorgung hindeutet, die sich auch in einem Anstieg der Mortalität widerspiegeln könnte.

Bewertung der vorliegenden Daten

Aus den verfügbaren Daten lässt sich folgendes Bild skizzieren: die pandemiebedingten Einschränkungen haben zu einem Rückgang des Gesamtalkoholkonsums geführt, der möglicherweise auf die Verringerung von Trinkgelegenheiten zurückgeht und vorrangig den Bierkonsum und Personen mit regelmäßigem bzw. leichtem Konsum betrifft. Durch die Senkung der Mehrwertsteuer wurden jedoch zeitgleich die Verkaufspreise von Alkohol im Jahr 2020 gesenkt, was wiederum einen noch stärkeren Rückgang des Konsums verhindert haben könnte.

Der Rückgang des Konsums ist nicht gleichverteilt. Betrachtet man die Umfrage- und Krankenhausdaten, zeigt sich, dass Rauschtrinkepisoden seltener berichtet wurden und die damit verbundenen Krankenhauseinweisungen ebenfalls stark zurückgegangen sind. Personen, die jedoch besonders viel und regelmäßig Alkohol tranken, haben ihren Konsum im Jahr 2020 wahrscheinlich eher gesteigert. Dementsprechend ist auch kein Rückgang bei alkoholbedingten, chronischen Erkrankungen zu beobachten.

Die konstant hohen Zahlen von Krankenhausaufenthalten durch alkoholbedingte, chronische körperliche Erkrankungen deuten auf eine mögliche Verschärfung der gesundheitlichen Ungleichheiten hin. Daten aus Tschechien zeigen, dass Todesfälle aufgrund von alkoholischer Leberzirrhose bei Personen mit niedrigem im Vergleich zu Personen mit hohem sozioökonomischen Status etwa dreimal so häufig auftreten (Pechholdová & Jasilionis, 2020). In den USA wurde gezeigt, dass alkoholische Leberzirrhose einen maßgeblichen Einflussfaktor für die Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen darstellt (Case & Deaton, 2017). In den neuen Bundesländern ist die altersstandardisierte Sterblichkeitsrate von alkoholischer Leberzirrhose ungefähr doppelt so hoch (14,9 pro 100.000) im Vergleich zu den alten Bundesländern Deutschlands (7,8 pro 100.000 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2021)).

Diese Ungleichheit könnte den nach wie vor bestehenden Nachteil in der Lebenserwartung bei Männern aus den neuen Bundesländern erklären (van Raalte, Klusener, Oksuzyan & Grigoriev, 2020).

Sozioökonomische Unterschiede im Trinkverhalten weisen in Deutschland bei Personen mit niedrigem im Vergleich zu Personen mit hohem sozioökonomischen Status auf eine geringere Konsumprävalenz, jedoch auf höhere Trinkmengen sowie eine höhere Prävalenz des Rauschtrinkens hin (Pabst, van der Auwera, Piontek, Baumeister & Kraus, 2019). Sozioökonomisch benachteiligte Personen verfügen über eine deutlich geringere Lebenserwartung (4-8 Jahre, siehe Lampert, Hoebel, and Kroll (2019)) und Alkoholkonsum spielt dabei eine nicht zu vernachlässigende Rolle (Probst, Kilian, Sanchez, Lange & Rehm, 2020; Probst, Roerecke, Behrendt & Rehm, 2014). Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass sich diese Diskrepanz im Jahr 2020 weiter verschärft haben könnte.

Ist das Jahr 2020 ein Meilenstein in der deutschen Alkoholpolitik?

Angesichts der Tatsache, dass in Deutschland seit Jahren keine substanziellen alkoholpolitischen Maßnahmen eingeführt wurden, kann das Jahr 2020 mit der temporären Schließung des Gastgewerbes und der Absage von Großveranstaltungen sowie den lokal und zeitlich begrenzten Ausschank- und Konsumverboten im öffentlichen Raum als Meilenstein in der deutschen Alkoholpolitik eingehen. Diese Maßnahmen scheinen den Gesamtalkoholkonsum leicht reduziert zu haben, wobei keine dieser Maßnahmen zu einer deutlichen Reduzierung der Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken geführt hat, denn diese waren auch zu Pandemiezeiten praktisch zu jeder Tages- und Nachtzeit erwerbbar und sogar per Lieferung erhältlich. Hervorzuheben ist, dass die meisten der erwähnten Maßnahmen nicht darauf abzielten, den Alkoholkonsum zu reduzieren, sondern das Kontaktverhalten. Nichtsdestoweniger oder gerade deswegen wurden die alkoholpolitischen Einschränkungen von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung unterstützt (COVID-19 Snapshot Monitoring, 2021).

Obwohl im Jahr 2020 im Durchschnitt etwas weniger Alkohol getrunken wurde, kann noch nicht abschließend beurteilt werden, ob die alkoholbedingte Krankheitslast in Deutschland tatsächlich gesenkt werden konnte. In England und Wales wurde trotz eines leichten Rückgangs der Verkaufszahlen (Richardson, Mackay, Giles, Lewsey & Beeston, 2021) eine Zunahme der alkoholbedingten Mortalität verzeichnet (Holmes & Angus, 2021). Angesichts dieser Entwicklung, der ungleichen Verteilung der Konsumveränderungen und der skizzierten Gefahr eines Anstiegs der gesundheitlichen Ungleichheiten in Deutschland sollten die Auswirkungen der Pandemie auf den Konsum von Alkohol und die dadurch bedingten gesundheitlichen sowie gesellschaftlichen Schäden genau beobachtet werden.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass der Alkoholkonsum und die dadurch bedingten gesundheitlichen Schäden durch alkoholpolitische Maßnahmen veränderbar sind. Eine umfassende alkoholpolitische Strategie hätte beispielsweise dafür Sorge tragen können, dass alkoholische Getränke durch die Senkung der Mehrwertsteuer nicht billiger werden. Außerdem hätte die Versorgung von Krankheiten, die auf einen starken, chronischen Alkoholkonsum zurückgehen und mit einem hohen Mortalitätsrisiko verbunden sind, auch zu Krisenzeiten jederzeit sichergestellt werden müssen.

Literatur

- Alpers, S. E., Skogen, J. C., Mæland, S., Pallesen, S., Rabben, Å. K., Lunde, L.-H. & Fadnes, L. T. (2021). Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3). doi:10.3390/ijerph18031220
- Callinan, S., Mojica-Perez, Y., Wright, C. J. C., Livingston, M., Kuntsche, S., Laslett, A. M., . . . Kuntsche, E. (2021). Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Drug Alcohol Rev*, 40(2), 183-191. doi:10.1111/dar.13200

- Case, A. & Deaton, A. (2017). Mortality and morbidity in the 21(st) century. *Brookings papers on economic activity*, 2017, 397-476. doi:10.1353/eca.2017.0005
- COVID-19 Snapshot Monitoring. (2021). Akzeptanz aktueller Maßnahmen. Retrieved from <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/politik/20-akzeptanz/#zustimmung-zum-alkoholverbot-erhebungswelle-23-13.10.20>
- Daly, M. & Robinson, E. (2021). High-Risk Drinking in Midlife Before Versus During the COVID-19 Crisis: Longitudinal Evidence From the United Kingdom. *American Journal of Preventive Medicine*, 60(2), 294-297. doi:10.1016/j.amepre.2020.09.004
- DESTATIS. (2018). *Finanzen und Steuern: Arbeitsunterlage zur Branntweinsteuerstatistik*. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchssteuern/Publikationen/Downloads-Verbrauchssteuern/branntweinsteuerstatistik-5734401177004.pdf>
- DESTATIS. (2021a). *Finanzen und Steuern: Arbeitsunterlage zur Alkoholsteuerstatistik*. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchssteuern/Publikationen/Downloads-Verbrauchssteuern/alkoholsteuerstatistik-5734401207004.pdf>
- DESTATIS. (2021b). *Finanzen und Steuern: BrauwirtschaftFachserie 14 Reihe 9.2.2*. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchssteuern/Publikationen/Downloads-Verbrauchssteuern/brauwirtschaft-2140922207004.pdf>
- DESTATIS. (2021c). *Finanzen und Steuern: Schaumweinsteuer- und ZwischenerzeugnissteuerstatistikFachserie 14 Reihe 9.5*. Retrieved from <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Steuern/Verbrauchssteuern/Publikationen/Downloads-Verbrauchssteuern/schaumweinsteuer-2140950207004.pdf>
- DESTATIS. (2021d). Pressemitteilung Nr. 046 vom 1. Februar 2021. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/02/PD21_046_799.html
- DESTATIS. (2021e). Pressemitteilung Nr. 148 vom 25. März 2021. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/03/PD21_148_799.html
- Garnett, C., Jackson, S., Oldham, M., Brown, J., Steptoe, A. & Fancourt, D. (2021). Factors associated with drinking behaviour during COVID-19 social distancing and lockdown among adults in the UK. *Drug and Alcohol Dependence*, 108461. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108461>
- Georgiadou, E., Müller, A., Koopmann, A., Leménager, T. & Kiefer, F. (2020). Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. *Ärzteblatt*, 117(25), 1251-1254.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Producer). (2021, 1 April 2021). Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10, Art der Standardisierung. Retrieved from www.gbe-bund.de
- Gratz, K. L., Scamaldo, K. M., Vidana, A. G., Richmond, J. R. & Tull, M. T. (2021). Prospective interactive influence of financial strain and emotional nonacceptance on problematic alcohol use during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1-10. doi:10.1080/00952990.2020.1849248

- Holmes, J. & Angus, C. (2021). Alcohol deaths rise sharply in England and Wales. *BMJ*, 372, n607. doi:10.1136/bmj.n607
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH. (2021). InEK Datenbrowser. Retrieved from <https://datenbrowser.inek.org/>
- Jackson, S. E., Beard, E., Angus, C., Field, M. & Brown, J. (2021). Moderators of changes in smoking, drinking, and quitting behaviour associated with the first Covid-19 lockdown in England. *medRxiv*. doi:10.1101/2021.02.15.21251766
- Kilian, C., Manthey, J., Kraus, L., Mäkelä, P., Moskalewicz, J., Sieroslawski, J. & Rehm, J. (2021). A new perspective on European drinking cultures: A model-based approach to determine variations in drinking practices across 19 European countries. *Addiction*. doi:<https://doi.org/10.1111/add.15408>
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D., Gmel, G., Shield, K. D., Frick, H. & Rehm, J. (2015). Temporal Changes in Alcohol-Related Morbidity and Mortality in Germany. *European Addiction Research*, 21(5), 262-272. doi:10.1159/000381672
- Lampert, T., Hoebel, J., & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 3-15. doi:10.25646/5868
- Manthey, J., Kilian, C., Carr, S., Bartak, M., Bloomfield, K., Braddick, F., . . . Rehm, J. (2021). Use of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Other Substances During the First Wave of the SARS-CoV-2 Pandemic in Europe: a Survey on 36,000 European Substance Users. *ResearchSquare*. doi:10.21203/rs.3.rs-150691/v1
- Manthey, J., Kilian, C. & Rehm, J. (2020). Das Jahr 2020 – ein Meilenstein in der deutschen Alkoholpolitik? In G. Kamphausen, B. Wense, & H. Stöver (Eds.), 7. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020*.
- Manthey, J., Kilian, C., Schomerus, G., Kraus, L., Rehm, J. & Schulte, B. (2020). [Alcohol Use in Germany and Europe during the SARS-CoV-2 Pandemic] Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *SUCHT*, 66(5), 247-258. doi:10.1024/0939-5911/a000686
- Oldham, M., Garnett, C., Brown, J., Kale, D., Shahab, L. & Herbec, A. (2021). Characterising the patterns of and factors associated with increased alcohol consumption since COVID-19 in a UK sample. *Drug Alcohol Rev*. doi:10.1111/dar.13256
- Pabst, A., van der Auwera, S., Piontek, D., Baumeister, S. E. & Kraus, L. (2019). Decomposing social inequalities in alcohol consumption in Germany 1995 - 2015: An Age-Period-Cohort Analysis. *Addiction*. doi:10.1111/add.14616
- Pechholdová, M., & Jasilionis, D. (2020). Contrasts in alcohol-related mortality in Czechia and Lithuania: Analysis of time trends and educational differences. *Drug and Alcohol Review*, 39(7). doi:10.1111/dar.13157
- Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S. & Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet Public Health*, 5(6), e324-e332. doi:10.1016/s2468-2667(20)30052-9
- Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S. & Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(4), 1314-1327. doi:10.1093/ije/dyu043

- Rehm, J. & Imtiaz, S. (2016). A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 11(1), 37. doi:10.1186/s13011-016-0081-2
- Richardson, E., Mackay, D., Giles, L., Lewsey, J. & Beeston, C. (2021). *The impact of COVID-19 and related restrictions on population-level alcohol sales in Scotland and England & Wales, March–July 2020*.
- van Raalte, A. A., Klusener, S., Oksuzyan, A. & Grigoriev, P. (2020). Declining regional disparities in mortality in the context of persisting large inequalities in economic conditions: the case of Germany. *International Journal of Epidemiology*, 49(2), 486-496. doi:10.1093/ije/dyz265

Alkoholkonsum im „Krisencafé“

Frank Langer & Marius Stutz

Zusammenfassung

Seit Anfang 2012 wurde in der Stadt Essen das Thema „Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit“ intensiv von der Presse aufgegriffen und in der Verwaltung diskutiert.

Die ambulante Suchthilfe – die Suchthilfe direkt Essen gGmbH (SDE) – hatte sich zu diesem Zeitpunkt schon länger damit auseinandergesetzt, u. a. da sich die Besucher*innen des Kontaktladens „Krisencafé“ wegen des Alkoholverbots im Café zum Trinken der mitgebrachten Alkoholika nach draußen, d.h. auf die Treppe zum Café oder auf den Parkplatz des Drogenhilfezentrums begeben mussten – eine für beide Seiten unbefriedigende Lösung.

Ab April 2013 wurde in einer dreimonatigen Pilotphase im „Krisencafé“ ein ‚kontrollierter‘ Alkoholkonsum erlaubt. Da die Neuerung von den Besucher*innen gut angenommen wurde, sozialverträglich verlief und zudem zu einer höheren Akzeptanz und Frequentierung des Angebots beigetragen hatte, wurde die neue Regelung ab dem 01.07.2013 im „Krisencafé“ fest implementiert. Im Jahr 2021 – acht Jahre später – ist die Möglichkeit, Alkohol in Maßen („moderates Trinken“) im Tagesaufenthalt zu konsumieren etabliert, selbstverständlich und in gewisser Weise ‚Normalität‘.

Die Suchthilfe direkt Essen gGmbH feiert in 2021 ihren 50sten Geburtstag und blickt durchaus mit Stolz auf einen langen Zeitraum ambulanter Suchthilfe und die geleistete Arbeit zurück. Entwickelt hat sie in der Stadt Essen mit etwas weniger als 600.000 Einwohner*innen ein diversifiziertes Suchthilfeangebot, das hohen Maßstäben gerecht wird. Im Drogenhilfezentrum (DHZ) in der passenden Straße (Hoffnungstraße 24, 45127 Essen), eröffnet in Jahr 2000, ist ein breites und integriertes Angebotsportfolio mit kurzen und unkomplizierten Zugängen vorzufinden.

Vom sogenannten Integrationsangebot mit Übernachtung („Notschlafen“) und dem Drogenkonsumraum im Erdgeschoss über den Kontaktladen „Krisencafé“ in der 1. Etage zur Substitutionsambulanz, eine von zweien, die wir betreiben; in der 2. Etage zur Beratungsstelle, die allen Essener Bürger*innen offen steht, die von einer Drogenproblematik berührt sind, in der 3. Etage bis zur Leitung und Verwaltung in der 4. Etage verfügt das Haus über Angebote mit unterschiedlichen Zielsetzungen.

Neben dem ‚Angebotspaket unter einem Dach‘ betreiben wir zudem in der Stadt Essen Dependancen wie die Arbeitsprojekte OPTI und PICKUP, die Anlaufstelle BASIS für Jugendliche und junge Erwachsene, die Intensivwohngruppe STEP OUT, das Betreute Wohnen (BeWo) sowie die Fachstelle für Suchtprävention.

Ausgangslage

Das Projekt „Streetwork in der Essener Innenstadt“ führt uns zurück zum Thema „Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit“ und damit auch zum Schwerpunkt „Alkoholkonsum in niedrigschwelligen Einrichtungen“.

Drogennutzende halten sich im öffentlichen Raum auf, was ihr gutes Recht ist. Und trinken (nicht alle) dort Alkohol, was ebenfalls ihr Recht ist, solange es sozialverträglich ist und nicht zu inakzeptablen Verhaltensweisen wie bspw. 'wildem Urinieren', Gewalt u. ä. und in der Folge zu Beschwerden führt.

Hier versteht sich Streetwork vornehmlich als Hilfeangebot und vertrauter Partner des Klientels und kann, da aus konsequenter Akzeptanz gegenüber den Drogennutzenden auch ein Akzeptiertwerden der Sozialarbeiter*innen in der Lebenswelt der Drogennutzenden („ein Auswärtsspiel“, wie es einmal der Kollege im Streetwork bezeichnete) resultiert, die erforderliche Sozialverträglichkeit betonen bzw. dazu motivieren und zudem auf die Angebote der SDE hinweisen und auch hier zur Nutzung motivieren. Auf den Hinweis der Drogennutzer „...aber im Krisencafe darf ich nicht mein Bierchen trinken“ haben wir reagiert, den Konsum erlaubt und somit eine Alternative zum Konsum im öffentlichen Raum geschaffen. Das hat (auch) einen ordnungspolitischen Aspekt, dem wir uns nicht gänzlich verschließen, da wir auch die Öffentlichkeit, die Politik, die Verwaltung, die Sicherheitsorgane und Essens Bürger*innen, insbesondere die, die sich über die Zustände beschweren, als Partner*in oder Auftraggeber*in begreifen.

Zielgruppe

Drogennutzer*innen und/oder Substituierte machen einen Teil der Trinkerszene im öffentlichen Raum der Stadt Essen aus, zur Szene aus dem Wohnungslosenmilieu gibt es eine Schnittmenge. Davon ist eine Gruppe als Mehrfachabhängige (polytoxikoman) zu betrachten, bei denen sich neben der Abhängigkeit von illegalisierten Drogen eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit entwickelt hat. Diese Menschen weisen diverse Problematiken auf, sind gesundheitlich und sozial stark beeinträchtigt sowie sozial isoliert und gesellschaftlich stigmatisiert.

Zudem gibt es die Drogennutzer*innen, bei denen der Alkoholkonsum als Gewöhnung zu bezeichnen wäre.

Drogennutzende trinken Alkohol häufig aus den gleichen Beweggründen wie Herr oder Frau Normalo: *„Alkohol ist beliebt. Denn er macht entspannt und locker. Es macht Spaß, mit anderen zusammen zu trinken. Man fühlt sich wohler. Die Sorgen sind weg.“* (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): Alkohol ist riskant. Ein Heft in leichter Sprache).

Wir wollen den Alkoholkonsum pauschal (in Einzelfällen aber durchaus) weder dramatisieren noch bagatellisieren; insbesondere Letzteres nicht, da wir wissen, dass der Grundsatz „je mehr Drogen konsumiert werden, desto mehr Alkohol wird zu sich genommen“ häufig gilt, sich dadurch z.T. massive psychische und physische Probleme ergeben und viele schon in professioneller Alkoholentgiftungsbehandlung waren.

Ziele und Maßnahmen

Da getrunken wird und für viele der Drogennutzer*innen das primäre Ziel der Alkoholabstinenz unrealistisch ist, steht der Aspekt des „kontrollierten Trinkens“ im niedrigschwelligen Angebot „Krisencafé“ im Fokus – der Alkoholkonsum wird erlaubt und gleichzeitig kontrolliert, ohne Belehrungen und ein allzu schnelles ins Gewissen reden und überzeugen wollen.

Ein Kollege aus der niedrigschwelligen Arbeit hat die Alkoholkonsumregeln zusammengefasst:

*„Erlaubt sind Bier und Wein. Härtere Alkoholika sind nicht erlaubt. Die Getränke bringen die Besucher*innen selbst mit, es erfolgt hier keine grundsätzliche Regulierung bzgl. der Menge. Verstöße gegen die Regeln, zum Beispiel das Trinken von Schnaps werden zunächst ermahnt, bei Wiederholung mit Hausverboten sanktioniert. Härtere Alkoholika sollen auch gar nicht auf den Tischen stehen, sondern bspw. im Rucksack bleiben. Besteht der Verdacht, dass ein*e Besucher*in bspw. Vodka im Orangensaft hat, riechen wir auch schon mal an der Flasche.“*

Wir halten diese Form der Kontrolle des Konsums in unseren Räumlichkeiten für legitim und angemessen, solange die Kontrolle nicht zum Selbstzweck wird und unserer Haltung entspricht, die sich in einer Akzeptanz – Wertschätzung ohne Bedingungen, Empathie, d.h. dem Versuch, das Verhalten aus der Perspektive der Klientin/der Klienten zu verstehen, Autonomie und Würdigung – ausdrückt.



“Krisencafé“ Fotos: Suchthilfe direkt

Ziele der konzeptionellen Erweiterung durch die Akzeptanz eines Alkoholkonsums im Kontaktladen „Krisencafé“ sind

- die Erhöhung der Attraktivität des Aufenthalts im Kontaktladen
- die Erhöhung der Frequentierung des Angebots
- die Etablierung eines moderaten Konsums als schadensminimierende Maßnahme (harm reduction and safer use)
-

- der sozialverträgliche Alkoholkonsum, d.h. ohne dass der Konsum andere Besucher*innen in ihrem Bedürfnis nach Ruhe stört und Verhaltensweisen wie Beleidigungen, Bedrohungen und Gewalt ,triggert‘
- die Thematisierung der Risiken eines exzessiven Alkoholkonsums.

Ergebnisse

Für die Erhebung der 3-monatigen Pilotphase in 2014 kamen folgende Instrumente zum Einsatz:

- Zählungen der Szeneansammlungen vor dem Haus und im direkten Umfeld
- Tägliche Zählung von Angebotsauslastung und Anzahl der Alkoholkonsumenten
- Nutzerbefragung mittels Fragebogen (quantitativ)
- Stichtagserhebungen
- Regelmäßige Feedback-Gespräche mit Mitarbeitenden zur Einschätzung der Sozialverträglichkeit sowie zur Arbeitsbelastung.



Foto: Suchthilfe direkt Essen

Ergebnisse der Pilotphase

- Durchschnittlich suchten täglich 116 Personen das Krisencafé auf (20% weiblich, 80% männlich).
- Durchschnittlich nutzten 20% die Möglichkeit, im Tagesaufenthalt Alkohol zu konsumieren (20-25 Personen pro Öffnungstag, davon 90% Männer, 10% Frauen).
- Die durchschnittliche Verweildauer aller Nutzer lag bei 57 Minuten pro Tag.
- Die durchschnittliche Verweildauer der „Trinker“ lag bei 100 Minuten pro Tag.
- 16% der Befragten gaben an, seit der Neuerung länger im Tagesaufenthalt zu verweilen.

- 91% der Befragten gaben an, nicht mehr als zuvor zu trinken, 7% tranken weniger als zuvor, 2% mehr.
- 40% gaben an, vor der Testphase Alkohol an Szenetreffs im Innenstadtbereich getrunken zu haben, davon sagen 25%, dass sie sich dort gar nicht mehr aufhielten.
- 45% derjenigen, die an Szenetreffs tranken, gaben an, seit der Neuerung weniger lange an Szenetreffs zu verweilen.
- Die Mehrzahl der Befragten sprach sich für eine dauerhafte Umsetzung der neuen Regelung im Krisencafé aus.
- Im direkten Umfeld des Drogenhilfezentrums Hoffnungstraße hielten sich bis zu 50% weniger trinkende Szenemitglieder im öffentlichen Raum auf.
- Die Nutzer*innen begrüßten die neue Regelung zum Alkoholkonsum im Krisencafé. Gerade die stark vereinsamten Personen, die im öffentlichen Raum Sozialkontakte pflegen, betonten die angenehme, ruhige Atmosphäre sowie die Möglichkeit, sozialarbeiterische Beratung und weitere Hilfen in Anspruch nehmen zu können.
- Mitarbeitende bewerteten die neue Regelung äußerst positiv.
- Das Aggressionspotential hat sich im Krisencafé nicht erhöht.
- Die Befragungsergebnisse und Erhebungen zeigen, dass sich die Szene im öffentlichen Raum durch diese Maßnahmen nicht komplett auflösen lässt, jedoch eine Milderung zu erreichen ist.

Fazit der Pilotphase

Die Neuerung wurde von den Nutzern gut angenommen. Einzelne sprachen sich dagegen aus. Die Auslastung des Krisencafés hat sich um 16% erhöht (Vergleich Vormonate), die „Trinker“ verweilen fast doppelt so lang wie die „Nicht-Trinker“. Die Testphase verlief sozialverträglich. Es wurde kein Anstieg von Aggression oder Gewalt verzeichnet.

Die neue Regelung wurde aufgrund der positiven Erfahrungen ab dem 01.07.2013 im Krisencafé fest implementiert.

Status Quo

Seit Mitte 2014, d.h. seit mehr als 7 Jahren ist es im Kontaktladen „Krisencafé“ erlaubt, Alkohol in Maßen zu konsumieren. Die Regel ist etabliert, wird nicht mehr hinterfragt und ist zu einer ‚gelebten Realität‘ und Normalität geworden.

In einer aktuellen Stichtagerhebung im April 2021 haben an einem Werktag in der Öffnungszeiten von 8:00 bis 15:00 Uhr 85 unterschiedliche Personen das „Krisencafé“ aufgesucht, von denen 13 im Laufe des Aufenthalts Alkohol zu sich genommen haben; das entspricht 15% der Besucher*innen. In früheren Erhebungen lag der Anteil der Besucher*innen, die Alkohol konsumiert haben, zwischen 20-30%. Am Erhebungstag

wurden zudem einige Besucher*innen nach ihrer Meinung bzw. Haltung zum erlaubten Alkoholkonsum befragt. Zwei O-Töne lassen erkennen, dass der Alkoholkonsum nicht nur von den Mitarbeitenden reglementiert wird, sondern auch einer sozialen Kontrolle durch die Besucher*innen des „Krisencafé“ unterliegt.

„*Ich finde das gut* (,dass im Cafe Alkohol getrunken werden kann, Anm. d. Verf.), *da sich die Leute ansonsten draußen besaufen würden. Hier drinnen ist mehr Kontrolle.*“ Christoph, 45 und

„*Ist schon in Ordnung. Wenn die Leute hier besoffen rumhängen, ist das aber auch nicht schön*“ Mike, 45.

Die regelmäßigen, meist täglichen Besucher*innen sind älter gewordene Drogenabhängige mit z.T. langer Suchtgeschichte und schätzen das „Krisencafé“ als Ort des Rückzugs (vom Leben auf der Straße), der Ruhe (neben dem stetigen Beschaffungsdruck) und als Ort des Austauschs unter Gleichgesinnten.

„*Ich geh‘ eigentlich jeden Tag in die Krise. Für mich is‘ das ein Ort des Aufenthalts und des Zusammenseins, speziell im Winter – Wärme, Essen und ein offenes Ohr*“

Patrick, 48.

Ausblick

Der Alkoholkonsum der Besucher*innen des „Krisencafé“ wird akzeptiert und dem autonomen Wunsch der Person nach der damit verbundenen angenehmen, entspannenden Wirkung überlassen. Gleichzeitig berührt der Alkoholkonsum, der i.d.R. in Kombination mit dem Konsum weiterer psychoaktiver Substanzen geschieht, einen Korrektur-Reflex bei den Mitarbeitenden, der entsteht, wenn diese den Eindruck haben, dass der/die Klient*in sein/ihr Verhalten in bestimmten Punkten besser ändern sollte. Diesem Reflex nicht nachzugeben bzw. ihn zu bändigen, ist tägliche akzeptanzorientierte Sozialarbeit, die sich darauf verlässt, dass jedem die Ressource/Fähigkeit zur Veränderung innewohnt und der/die Gegenüber sich paradoxerweise eher dann verändern kann, wenn man ihn/sie akzeptiert, wie er/sie ist. Was wir aktiv und sogar direktiv tun können, ist, die Motivation zur Veränderung täglich neu zu entdecken, zu eruieren und zu stärken. Dabei liegt im niedrigschwelligen Bereich der Suchthilfe der Fokus dezidiert auf der Motivierung zu safer use und harm reduction – Verhaltensweisen, zu denen wir mit unseren Besucher*innen einen Diskurs führen wollen – auf Augenhöhe. Dieser Anspruch erfordert zunächst den Beziehungsaufbau und eine Vertrauensbildung, was sukzessive dazu führt, dass auch mitunter unangenehme Inhalte angesprochen werden können, ohne dass diese zu grundlegenden Dissonanzen in der Arbeitsbeziehung führen.

Wie das gelingen kann, beschäftigt uns in nahezu allen internen Diskussionen über uns und unsere Leitbilder, Haltungen und Methoden, die immer und damit auch zukünftig und im Besonderen in der Krise/Pandemie auf dem Prüfstand stehen.

Literatur

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg. 2016): Alkohol ist gefährlich. Ein Heft in leichter Sprache, Hamm
- Ebert, K. (2009): Alkoholkonsum – (k)ein Thema für die Drogenhilfe?, in: Hg.: Schneider, W. & Gerlach, R.: Drogenhilfe und Drogenpolitik
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch, Freiburg
(Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit; Bd. 45)
- Suchthilfe direkt Essen (2014): Bericht zur Konzepterweiterung „Alkoholkonsum im Krisencafé“, Essen (intern)
- Suchthilfe direkt Essen (2014): Auswertung der Szenebefragung, Essen (intern)

Tabaksteuer auf E-Zigaretten: Ein Widerspruch gefährdet Ihre Gesundheit

Heino Stöver & Bernd Wense

Einleitung

Noch kurz vor Ende der Legislaturperiode plant die Bundesregierung eine Erhöhung der Tabaksteuer – ein aus Public Health Perspektive begrüßenswertes und längst überfälliges Vorhaben –, ergänzt dieses Vorhaben aber um die Einführung eines Nikotinsteuerkonzepts. Diese geplante Nikotinststeuer hat es in sich: Die Sticks für Tabakerhitzer sollen direkt genauso hoch besteuert werden wie Verbrennungszigaretten. E-Zigaretten, genauer: nikotinhaltige Liquids¹ – die überhaupt keinen Tabak enthalten – sollen in zwei Jahren auf ein Steuerniveau von etwa 75% der Verbrennungszigarette geführt werden (Deutscher Bundestag, 2021a).

Im Folgenden untersuchen wir die Vorgeschichte, Begründung und die erwartbaren Folgen dieses Plans.

Chronik

6.5.2020 - Antrag der Grünen

Dieser Antrag (Deutscher Bundestag, 2020a) bezweckte ebenfalls die Aufnahme von E-Zigaretten und Tabakerhitzern in das Tabaksteuerregime – allerdings nicht als deutschen Alleingang, sondern im Rahmen der gegenwärtig laufenden Überarbeitung der EU-Tabaksteuerrichtlinie, die ein harmonisiertes Rahmenwerk für die Besteuerung von brennbaren Tabakprodukten und künftig auch von Tabakerhitzern und E-Zigaretten, sowie möglicherweise tabakfreien Nikotinbeutel, darstellt.

Die Antragsteller*innen führen in der Begründung aus, dass Verbrauchssteuern auf alternative Nikotinprodukte einerseits als Einstiegshürde für Jugendliche und junge Erwachsene dienen können, fordern aber andererseits eine Berücksichtigung des Risikopotentials dieser Produkte: *„Notwendig sind weitere Steuerkategorien, die die einzelnen Tabak- und Rauchprodukte anhand der Schadstoffbelastung für KonsumentInnen klassifizieren und plausible Abstufungen ermöglichen.“*

¹ Als Steuergegenstand sind stets die Sticks, die in Tabakerhitzern verwendet werden, und nikotinhaltige Liquids für die Verwendung in E-Zigaretten zu verstehen.

7.9.2020 - Anhörung im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages²

Im Rahmen dieser Anhörung gaben verschiedene Expert*innen (u.a. einer der Autoren) ihre Einschätzung zum Potenzial von E-Zigaretten für den Rauchausstieg und die öffentliche Gesundheit ab. Dabei sprach man sich mehrheitlich dafür aus, die Höhe der Besteuerung am Risiko auszurichten:

- *„Die Höhe einer Besteuerung sollte sich also nach dem Risikopotential richten und zugleich eine Schwelle für den Ersteinstieg schaffen. Eine Quasi-Gleichstellung der Besteuerung von Verbrennungszigaretten und über 90%ig risikoreduzierten Alternativen wäre ein falsches Signal an die Raucher, die zum Umstieg oder Ausstieg bereit wären.“* (Prof. Martin Storck; Storck, 2020)
- *„Ein regulatorischer Rahmen, der den Wechsel von herkömmlichen verbrennbaren Tabakwaren zu risikoärmeren Dampf- und Rauchprodukten fördert, ist empfehlenswerter als ein Rahmen, der alle Formen des Rauchens zu unterbinden versucht. Gegebenenfalls empfiehlt es sich sogar, die am wenigsten gesundheitsschädlichen Dampf- und Rauchprodukte nicht mit einer speziellen Verbrauchsteuer zu belegen.“* (Prof. Berthold Wigger; Wigger, 2020)
- *„Daher bin ich nicht der Auffassung, dass E-Zigaretten trotz der unbestrittenen Risiken auch nur annähernd so hoch besteuert werden sollten wie herkömmliche Zigaretten“* (Dr. Bernd Werse; Werse 2020)
- Prof. Ute Mons betonte: *„dass der Umstieg von extrem schädlichen Produkten auf weniger schädliche Produkte unterstützt werden kann, indem man eine unterschiedlich hohe Besteuerung vorsieht.“* (Mons, 2020)

17.12.2020 - Ablehnung des Antrags (Wochenblatt, 2020)

5.2.2021 - Medienberichte über den Gesetzesentwurf der Bundesregierung (u.a. Spiegel Online, 2021³)

11.2.2021 - Gesetzesentwurf des Bundesministeriums der Finanzen (BMF 2021)

22.4.2021 - 1. Lesung im Bundestag

Der Plan

Sticks für Tabakerhitzer werden weiterhin als Rauchtobak eingestuft⁴, jedoch mit einer neu eingeführten „zusätzlichen Steuer auf Heat-not-Burn-Produkte“ belegt: *„Die zusätzliche Besteuerung wird in Höhe der Steuer auf Zigaretten abzüglich der Steuer für Pfeifentobak für die Heat-not-Burn-Produkte erfolgen. So wird [2022, Erg. der Verf.] eine Besteuerung in Höhe der Zigarette erreicht.“* (BMF 2021: 17)

2 <https://www.bundestag.de/finanzausschuss?url=L2Rva3VtZW50ZS90ZSh0YXJjaGl2LzlwMjAva3czNy1wS21maW5hbnpbl1kYw1wZi03MDCyM DA=&mod=mod538644>

3 Diesem Artikel ging eine Desinformationskampagne der Bundesregierung voraus, die auf parlamentarische Anfragen von oppositionellen Abgeordneten mehrfach antwortete, sie habe keine Pläne zur Änderung des Tabaksteuerregimes. Eine Chronik dazu findet sich auf der Seite des Verbraucher*innenverbands BVRA (2021). Der Spiegel kolportiert dabei ein Einverständnis der Tabakkonzerne mit diesem Entwurf, ein Vorwurf, der sich in Kreisen der Dampf*innen zum modernen Mythos gemausert hat. Angesichts der Vehemenz, mit der die Konzerne dem Plan widersprechen, darf bezweifelt werden, dass ein solches Einverständnis vorliegt (siehe Zeit Online, 2021). Eher plausibel ist die Vermutung, das vom Kanzlerkandidaten der SPD geführte BMF hätte den scheidenden Chef mit Wahlkampfmunition versorgt und/oder hätte nach einem vermeintlich einfachen Weg gesucht, Mehreinnahmen zu generieren, um die enormen Kosten der Pandemiebewältigung zu decken.

4 Ob Tabakerhitzer als Rauchtobak- oder rauchloses Tabakprodukt eingestuft werden, wird gemäß § 12 TabkerzG und §9 TabakerzV im Rahmen eines Zulassungsverfahrens auf Antrag der Hersteller dieser Produkte durch das BVL beschieden. Unseres Wissens nach sind die derzeit auf dem Markt befindlichen Tabakerhitzer (der Marken iqos und glo) als Rauchtobakprodukte eingestuft. Es ist den Herstellern unbenommen, welche Zulassung sie beantragen, jedoch besteht begründeter Zweifel, dass es sich bei den Aerosolen, die von Tabakerhitzen erzeugt werden, um Rauch handelt (Mayer 2020).

Die Steuer auf nikotinhaltige Liquids (im Entwurf als „nikotinhaltige Substanzen“ bezeichnet) soll zunächst 0,02 €, ab 2024 0,04 € pro in der Flüssigkeit enthaltenem Milligramm Nikotin betragen. Dies führt zu einer Steuerbelastung von *„im Vergleich zu der Steuer, die für eine vergleichbare Zigarettenmenge erhoben wird, [von] circa 75 Prozent.“* (ebd.: 19)

Die Begründung

Man kann nur vermuten, was das Finanzministerium mit der Einführung des neuen Steuergegenstands bzw. der Extra-Steuer bezweckt: die Sicherung der Einnahmen des Bundeshaushalts durch die Aufnahme von Zigarettensubstituten in das Besteuerungsregime⁵. Dem gegenüber steht die nicht weiter ausgeführte Behauptung der *„Erreichung eines Gleichgewichts zwischen dem Ziel konstanter Steuereinnahmen und den Zielen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“* (ebd.: 11).

Für Tabakerhitzer belässt man es bei der bloßen Feststellung, dass es ein Zigarettensubstitut sei und kein Genussprodukt: *„Genau wie bei Zigaretten ist der Hauptzweck von Heat-not-Burn-Produkten die Nikotinzufuhr. Heat-not-Burn-Produkte stellen folglich im Gegensatz zu den anderen Erzeugnissen der Kategorie Pfeifentabak keine überwiegend zu Genusszwecken verwendeten Tabakwaren dar, sondern werden im Rahmen bestehender Nikotinabhängigkeit konsumiert. Heat-not-Burn-Produkte substituieren insofern die Zigarette“* (ebd.: 12) – eine Behauptung, die ohne Belege die Möglichkeit negiert, dass Zigaretten oder Tabakerhitzer (auch) zu Genusszwecken verwendet werden könnten. Eine Rückkopplung mit Gesundheitszielen oder gesundheitlichen Auswirkungen der Nutzung von Tabakerhitzern findet dabei nicht statt.

Für E-Zigaretten findet sich in der Begründung lediglich der dürftige Hinweis: *„Die vorliegenden Daten zeigen, dass E-Zigaretten im Vergleich zu Tabakzigaretten weniger Schadstoffe im Aerosol enthalten. Sie sind jedoch trotzdem keine harmlosen Konsumprodukte und können schwerwiegende Krankheiten verursachen. Die gesundheitlichen Folgen des Langzeitkonsums von auf dem deutschen Markt zugelassenen E-Zigaretten lassen sich nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen derzeit noch nicht abschließend bewerten.“* (ebd.: 18)

Die Folgen

a. Für die Verbraucher*innen

Die Lenkungswirkung der Tabaksteuer ist hinlänglich belegt (überblicksartig: DKFZ 2019). Daher ist davon auszugehen, dass sie auch gegenüber Dampfer*innen ihre Wirkung zeigen wird. Es ist jedoch ein Irrglauben, dass die Lenkungswirkung ausschließlich eine Lenkung hin zum Rauch- bzw. Nikotinstopp bewirkt – anstatt davon weg. Es ist ebenfalls hinlänglich belegt, dass höhere Steuern die Verbraucher*innen zu günsti-

⁵ Es wird damit gerechnet, dass es ohne Gesetzesänderung zu einem kontinuierlichen Absinken der Tabaksteuereinnahmen von 14,1 Mrd. € (2022) auf 13,8 Mrd. € (2026) kommt. Die Gesetzesänderung soll einen starken Anstieg von 15,3 Mrd. € (2022) auf 17,3 Mrd. € (2026) bewirken. (ebd.: 19)

geren auf dem Markt erhältlichen Produkten⁶ oder zu günstigeren Produkten aus dem Grenz- und Schwarzhandel bzw. dem Onlinehandel lenken.

Bei konventionellen Tabakprodukten kennt das Finanzministerium diesen Mechanismus sehr genau, wenn sie die konventionellen Tabakprodukte geradezu mit Samthandschuhen anfasset: „*Verhinderung einer stärkeren Abwanderung von Konsumenten zu nicht im Inland versteuerten und/oder illegalen Tabakwaren (Schmuggel/Schwarzmarkt), insbesondere unter Beachtung der Pufferfunktion von Feinschnitttabak durch eine gezielt geschaffene Steuer- und Preisdifferenz zu Zigaretten*“ (BMF, 2021: 11). Diese sorgsam gehegte (jedoch im Tabakbereich gesundheitspolitisch unsinnige, da beide Produktarten verbrannt werden und dementsprechend gleich schädlich sind) „Pufferfunktion“ will das Ministerium bei E-Zigaretten dann nicht mehr kennen. Dies, obwohl offizielle Daten des Bundestages darüber vorliegen, dass E-Zigaretten in den meisten EU-Staaten mit keiner oder einer deutlich unter der in Deutschland geplanten Verbrauchsteuer belegt sind (Deutscher Bundestag, 2020b). Ferner liegen ebenfalls offizielle Erkenntnisse darüber vor, dass der Preisunterschied zwischen Zigaretten und den derzeit nur mit der Mehrwertsteuer belegten E-Zigaretten einen signifikanten Grund für Raucher*innen darstellt, den Umstieg auf E-Zigaretten zu vollziehen (Kotz et al., 2018).

Dagegen schildert der Branchenverband VdEH (Verband des eZigarettenhandels) die erwartbare Verhaltensänderung der Dampfer*innen wie folgt: „*Die [...] absehbare Folge wäre, dass die Verbraucher, die nicht ohnehin rückfällig werden und zum Tabakkonsum zurückkehren, sich nikotinhaltige E-Liquids im benachbarten Ausland besorgen würden, wodurch sie zwei Drittel des Preises sparen. Alternativ, was an aktuellen Diskussionen der Verbraucher in sozialen Medien bereits zu beobachten ist, werden einige Verbraucher sich den Rohstoff Nikotin in purer Form, einen hoch toxischen Stoff, aus Quellen in Drittstaaten besorgen.*“ (VdEH, 2021a: 4).

Diese Ausweichreaktionen sind keineswegs als lediglich erwartbare Mahnungen eines Branchenverbands einzustufen. Es gibt bereits ein vergleichbares Szenario. Italien hat 2014 eine Steuer eingeführt, die bei ca. 50% der jetzt in Deutschland geplanten Höhe lag. Dadurch ging die Zahl der Dampfer*innen dort um sage und schreibe 70% zurück (Saunders, 2020).

Eine aktuelle Umfrage unter Dampfer*innen und umstiegswilligen Raucher*innen kommt zu alarmierenden Ergebnissen: „*Jeder zweite Raucher, der sich einen Umstieg auf E-Zigaretten vorstellen kann, würde sich aufgrund der hohen Besteuerung am Umstieg auf E-Zigaretten gehindert sehen. Jeder dritte E-Zigarettennutzer, der vormals Raucher war, würde aufgrund des durch die hohe Besteuerung steigenden Preises wieder zur Tabakzigarette greifen*“ (VdEH, 2021b).

Generell kann der Zusammenhang zwischen (aufgrund von Steuern) stark steigenden Preisen für E-Zigaretten und einer Rückkehr zu Verbrennungszigaretten bzw. dem Nicht-Umstieg von Raucher*innen als gesichert gelten. Eine US-amerikanische Studie kommt zu dem Schluss: „*Estimates suggest that the e-cigarette tax increased adult smoking and reduced smoking cessation in Minnesota. [...] If this tax were imposed on a national level about 1.8 million smokers would be deterred from quitting in a ten year period. The taxation of e-cigarettes at the same rate as cigarettes could deter more than 2.75 million smokers nationally from quitting in the same period.*“ (Saffer et al., 2020: 225f.; siehe auch Stoklosa et al., 2016; Petek, 2020).

⁶ Dies ist auf dem deutschen Nikotinmarkt seit vielen Jahren zu beobachten: Im Bestreben, hohe Steuern auf Zigaretten zu vermeiden, weicht eine große Zahl von Raucher*innen seit Jahren auf selbst gestopfte Zigaretten aus. Dieses Produktsegment stellt immerhin ein Drittel des deutschen Tabakmarktes dar. (DKFZ 2020).

Die Lenkungswirkung droht sich also als Lenkung der Dampfer*innen zurück zur viel schädlicheren Verbrennungszigarette (im Zweifelsfall auf den günstigeren Feinschnitt) zu entpuppen. Statt einer Einstiegsbarriere für Jugendliche in den Nikotinkonsum stellt die geplante Besteuerung von E-Zigaretten also vielmehr eine Einstiegsbarriere für umstiegswillige Raucher*innen dar.

b. Für den E-Zigarettenhandel

Diese Ausweichreaktionen der Konsument*innen, die in ihrer überwiegenden Mehrzahl Kund*innen des Fachhandels mit E-Zigaretten sind, würden für den Handel katastrophale Auswirkungen haben. Im bereits angesprochenen Italien mussten 75% der Fachhandelsgeschäfte schließen (Saunders, 2020). In Ungarn, wo, verglichen mit den Nachbarländern, überproportionale Bürokratiekosten die Liquids verteuern, herrscht bereits Konkurrenz des inländischen Fachhandels mit Fachhändlern und insbesondere Onlinehändlern aus anderen Ländern, die den steigenden Bedarf der ungarischen Dampfer*innen decken (Daily News Hungary, 2019).

Daran lässt sich sicher ermesen, in welcher schwierigen Lage der – bereits durch die pandemiebedingten Schließungen und die skandalisierende Berichterstattung über Todesfälle in den USA durch E-Zigaretten (die sogenannte Evali⁷-Krise, sich als Todesfälle aufgrund gepanschter THC-haltiger Liquids herausstellte; siehe Werse et al., 2020) – arg gebeutelte deutsche Fachhandel durch die geplante Steuer kommen wird. Und dies vor dem Hintergrund der offiziell anerkannten Rolle des Handels, die Dampfer*innen mit sicheren Produkten zu versorgen: *„Man sollte nur Produkte im Fachhandel kaufen und dubiose Anbieter im Internet meiden“, sagt Elke Pieper, wissenschaftliche Mitarbeiterin am BfR.*“ (Welt, 2019).

c. Für den Bundeshaushalt

Die seitens des Finanzministeriums erwarteten Mehreinnahmen durch steigende Nutzer*innen und Verkaufszahlen (vgl. Entwurf S. 19) werden aufgrund der geschilderten Ausweichreaktionen seitens Verbraucher- und Branchenverbänden daher als „illusorisch“ (VdeH, 2021c) und „absurde Luftschlösser“ (Bundesverband rauchfreie Alternativen, BVRA, 2021) bezeichnet. Die Gewerkschaft der Polizei bezeichnet das Vorhaben kurz und prägnant als „Start-Up für Kriminelle“ (GdP, 2021). Auch hier können EU-Staaten als Beleg dienen:

- Italien hat seinen Versuch, eine überhöhte Steuer auf Liquids zu erheben, korrigiert und die Steuer 2019 um 90% gesenkt. Während der Erhebung der Steuer betrug die Steuereinnahmen statt der geplanten 200 Mio. € lediglich 15 Mio. €. (Caliciuri 2016).
- Ungarn hat die auf Liquids erhobene Steuer 2020 mehr als halbiert, um den entstandenen Schwarzmarkt zu bekämpfen (Vapor Products Tax, 2020).
- Estland hat Ende 2020 seine E-Zigarettensteuer ausgesetzt, um den Schwarzmarkt in den Griff zu bekommen (Nebelkrähe, 2020).

⁷ Evali: E-Cigarette or vaping product associated lung injury

Unterstützer und Gegner*innen des Vorschlags

Aus der demokratischen Opposition schlug dem Vorhaben von Beginn an harsche Kritik entgegen:

- Stefan Schmidt, Steuerexperte der Grünen: *„Je schädlicher das Produkt, desto höher die Steuer. Nach dieser Logik würden E-Zigaretten am niedrigsten besteuert und Zigaretten am höchsten.“*⁸
- Niema Movassat, drogenpolitischer Sprecher der Linken: *„Für viele Menschen ist es die Nikotinabhängigkeit, die es erschwert, mit dem Tabakrauchen aufzuhören. Der Umstieg von Tabak auf E-Zigarette ist harm reduction. Aber neue Steuerpläne des BMF für nikotinhaltige Liquids torpedieren den Umstieg zu tabakfreien Alternativen.“*⁹
- Gero Hocker, landwirtschaftspolitischer Sprecher der FDP: *„Eine zu hohe Steuer auf E-Zigaretten ist kontraproduktiv und bringt die Raucher nur zurück zur klassischen Tabakzigarette“* (Welt, 2021).
- Auch aus der Wissenschaft, inklusive den Autoren dieses Artikels, gab es deutlichen Widerspruch:
- *„Seriöse E-Zigarettenhändler haben schon hunderttausenden Tabakrauchern geholfen, auf weniger schädliche Produkte umzusteigen. Die ausufernde Besteuerung der E-Zigarette opfert diese jetzt dem Schwarzmarkt. Dringender Nachbesserungsbedarf!“* (Heino Stöver)¹⁰
- Prof. Daniel Kotz forderte eine *„evidenzbasierte Besteuerung“* und *„Auf keinen Fall sollte die eZigarette so besteuert werden, dass sie als Alternative zum Tabakrauchen unattraktiv wird.“* (EGarage, 2021)

Mit dem Beginn der parlamentarischen Beratungen im Bundestag wurde auch aus der Unionsfraktion Widerspruch laut: CSU-Steuerexperte Sebastian Brehm forderte: *„Die Steuererhöhungen bei den weniger schädlichen Tabakprodukten sollten nur halb so hoch ausfallen wie im Kabinettsentwurf vorgesehen.“* (Tagesspiegel, 2021). Auch die finanzpolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Antje Tillmann, äußerte sich ähnlich (Welt, 2021).

Die SPD hingegen zeigte sich immun gegenüber den allseitig vorgebrachten Argumenten: So weist der finanzpolitische Sprecher der SPD Kritik an der geplanten Besteuerungshöhe von E-Zigaretten mit dem Hinweis auf vermeintliche Attraktivität für Jugendliche ab: *„Die Industrie zielt auf neue Käuferschichten bei der Jugend und befürchtet, dass die preissensiblen Heranwachsenden durch die Steuer abgeschreckt werden können“* (Tagesspiegel, 2021). Weiterhin verurteilt er gemeinsam mit dem SPD-Berichterstatter Michael Schrodi die alternativen Nikotinprodukte in Bausch und Bogen: *„Der Konsum von E-Zigaretten und Tabakerhitzern ist ein großes Risiko für die Gesundheit, auch wenn dies in der Anhörung von Lobbyisten bestritten wurde.“* (SPD-Fraktion, 2021).

Diese Äußerung der SPD-Abgeordneten fordert eine direkte Replik geradezu heraus: Wir wissen nicht, was die Industrie bezweckt oder befürchtet, jedoch deuten vorliegende Daten eindeutig darauf hin, dass E-Zigaretten für Jugendliche zumeist uninteressant sind (zumindest übersteigt der Rückgang der regelmäßig rauchenden Jugendlichen in

8 https://twitter.com/Schmidt_MdB/status/1362672325179674634

9 <https://twitter.com/NiemaMovassat/status/138488905041789952>

10 <https://twitter.com/HeinoStoever/status/1384811016484179968>

den letzten Jahren den Anstieg regelmäßig dampfender Jugendlicher um ein Vielfaches). Sicherlich kann eine gewisse Eintrittshürde für die Zukunft helfen, diesen Status aufrechtzuerhalten (Werse, 2020; Werse et al., 2020). Es ist jedoch schon verblüffend, wenn ausgerechnet seitens der Sozialdemokratie nicht gesehen wird, dass mit einer hohen Steuer eine Eintrittsbarriere gerade für Menschen mit geringem verfügbarem Einkommen geschaffen wird. Insbesondere Raucher*innen mit niedrigem Einkommen – und in dieser Gruppe ist das Rauchen überproportional verbreitet – werden es nach den Steuererhöhungen deutlich schwerer haben, sich für E-Zigaretten zu entscheiden, dabei bräuchten diese sie am nötigsten (Stöver, 2020).

Besonders dreist ist indes die Abqualifizierung der Mehrheit der in der Anhörung anwesenden Wissenschaftler*innen als „Lobbyisten“, gegen die wir uns auch im Namen der Kolleg*innen deutlich verwahren. Die in der Anhörung vorgebrachten Erkenntnisse entsprechen dem Stand der Wissenschaft (Stöver et al. 2021); zudem bestreitet kein*e seriöse*r Wissenschaftler*in, dass auch E-Produkte gesundheitliche Risiken aufweisen – nur eben im Vergleich zur Verbrennungszigarette weitaus niedrigere.

Fazit/ Forderungen

Alternative Nikotinprodukte sind eine gute Option für Raucher*innen, die nicht aufhören können oder wollen. Das drastisch geringere Schadenspotential ist wissenschaftlich ebenso bestätigt wie die überproportionale Wirksamkeit des Umstiegs auf alternative Nikotinprodukte zum Rauchstopp (Stöver et al. 2021).

Diese Erkenntnisse wurden immer wieder öffentlich vorgetragen, u.a. auch bei der Anhörung im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages im September 2020.

Die Bundesregierung fällt zumindest hinter den Stand der Diskussion zurück, wenn sie diese Erkenntnisse nicht sogar wissenschaftlich ignoriert. Die Begründung der geplanten Einführung von hohen Verbrauchssteuern auf alternative Nikotinprodukte ist gelinde gesagt unausgereift. Das behauptete „*Gleichgewicht zwischen dem Ziel konstanter Steuereinnahmen und den Zielen im Bereich der öffentlichen Gesundheit*“ wird offensichtlich einseitig zugunsten der Steuereinnahmen ausgelegt.

Vergleichen wir die Steuerbelastung und das Risikopotenzial unterschiedlicher Rauch- und Dampfprodukte¹¹:

	Steuerbelastung 2024	Schadstoffgehalt/ Schadenspotential
Zigarette	100%	100%
Feinschnitt	47%	100%
Tabakerhitzer	100%	5-10% (BfR; Mallock et al., 2018)
E-Zigaretten	75%	5% (Public Health England; McNeill et al., 2018)

¹¹ Den Verfasser*innen ist bewusst, dass diese Übersicht lediglich die Schadensreduktion veranschaulicht. Zwischen dem Risikoniveau der Verbrennungszigarette und dem bei Alternativprodukten vorliegenden Risiko besteht aller Wahrscheinlichkeit nach ein signifikanter Unterschied – bspw. wäre es falsch abzuleiten, dass E-Zigaretten 5% der Krebstoten verursachen, die Verbrennungszigaretten verursachen (vgl. Mayer, 2020, S. 116f.)

Diese Zahlen bedürfen nach Ansicht der Verfasser keiner weiteren Erläuterung – sie sprechen eine deutliche Sprache. Die Folgen einer derart ungleichgewichtigen Besteuerung wären dramatisch: Eine Lenkungswirkung würde dergestalt herbeigeführt, dass erfolgreiche Umsteiger*innen auf Alternativprodukte teilweise zurück zur wesentlich schädlicheren Verbrennungszigarette bzw. dem billigen, aber nicht minder schädlichen Feinschnitt gelenkt würden. Andere Dampfer*innen würden sich über Schmuggel und Online-Handel aus dem Ausland versorgen oder sich selbst ihre Liquids zusammenschneiden – gerade beim Umgang mit einer in geringen Mengen toxischen Substanz wie Nikotin ein zusätzliches vermeidbares Gesundheitsrisiko. Umstiegswillige Raucher*innen schließlich würden demotiviert, zumal mit Feinschnitt bzw. Stopftabak weiterhin preisgünstigere Alternativen verfügbar sind. Damit erweist das Vorhaben der Bundesregierung der Tobacco Harm Reduction und damit den (ehemaligen) Raucher*innen einen Bärendienst. Wie der erwartbare Anstieg der Raucher*innenzahl in Deutschland mit den „Zielen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ zusammengebracht werden soll, bleibt ein Rätsel. Die EVALI-Krise und der Lockdown der E-Zigarettenshops hat das Wachstum der Zahl der Dampfer*innen bereits fast zum Erliegen gebracht; diese Steuergesetzgebung droht den Trend gänzlich umzukehren. Aus Public Health Perspektive ist dies nur als Katastrophe zu bezeichnen.

Darüber hinaus wird die Infrastruktur des Handels, die selbst vielfach von erfolgreichen Umsteiger*innen aus der Verbrennungszigarette betrieben wird, empfindlich geschädigt. Einzig der Bundeshaushalt könnte sich schadlos halten. Nimmt man das Wissen um die Preissensitivität der Dampfer*innen und den Vorschlag zusammen, dann sind Erhalt und Steigerung des Steueraufkommens zu erwarten – weil wieder mehr Zigaretten und Feinschnitt geraucht werden.

Diese „Modernisierung des Tabaksteuerrechts“ geht somit in die vollkommen falsche Richtung. Was gebraucht wird, ist eine Modernisierung des Nikotin(-steuer)rechts und der Haltung der Bundesregierung zur Harm Reduction:

- Die Besteuerung von Nikotinprodukten muss sich am Risiko der Produkte orientieren.
- Der Finanzbedarf der Bundesregierung darf nicht höher gewertet werden als das Recht von Raucher*innen auf Schutz ihrer Gesundheit.
- Die Bundesregierung muss einen ganzheitlichen Ansatz der Harm Reduction wählen:
 - Der Schutz von Jugendlichen und Nichtrauchern muss gewährleistet sein. Das ist durch die reichliche und wirksame Gesetzgebung der letzten Jahre der Fall.
 - Es ist an der Zeit, Millionen Raucher*innen in Deutschland den Weg in den Ausstieg zu ebnen, der oftmals nur über den Umstieg auf Alternativprodukte mit drastisch gesenktem Risiko möglich ist.
 - Dazu müssen diese Produkte attraktiv für Raucher*innen sein – auch preislich.
 - Zudem müssen Raucher*innen auf Basis von Fakten informiert werden – auch durch offizielle Stellen.

Wir appellieren an die Politik:

- Berücksichtigen Sie das unterschiedliche Risikopotenzial bei der Besteuerung und der weiteren Regulierung alternativer Nikotinprodukte!
- Schweden, Kanada, Neuseeland, Großbritannien machen es vor. Wie lange will Deutschland hinten anstehen?

Literatur

- BMF (2021): Referentenentwurf des Bundesministeriums der Finanzen – Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Tabaksteuergesetzes (Tabaksteuermodernisierungsgesetz–TabStMoG). 11.02.2021, https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Gesetzestexte/Gesetze_Gesetzesvorhaben/Abteilungen/Abteilung_III/19_Legislaturperiode/2021-04-19-TabStMoG/1-Referentenentwurf.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- BVRA (2021): Tabaksteuerpläne werfen politische Grundsatzfragen auf. Artikel vom 19.04.2021, <https://www.bvra.info/presse/tabaksteuerplaene-werfen-politische-grundsatzfragen-auf/>
- Caliciuri, S. (2016): Die E-Zigarette in Italien zwischen Gesundheits- und Steuerpolitik, in: Stöver, Heino (Hg.): Die E-Zigarette. Geschichte, Gebrauch, Kontroversen, Frankfurt/M.: 273-281
- Daily News Hungary (2019): Smoking and vaping rules in Hungary. Artikel vom 22.03.2019. <https://dailynewshungary.com/smoking-and-vaping-rules-in-hungary/>
- Deutscher Bundestag (2020a): Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: EU-Tabaksteuerrichtlinie zu einer Steuerrichtlinie für Rauch- und Dampfprodukte weiterentwickeln und an gesundheitlichen Auswirkungen ausrichten, Drucksache 19/18978, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/189/1918978.pdf>
- Deutscher Bundestag (2020b): Steuerrechtliche Behandlung von neuartigen Rauch- und Tabakprodukten in der Europäischen Union, 2020, <https://www.bundestag.de/resource/blob/690132/ea15e31a880dac31203da7ea98159c59/WD-4-015-20-pdf-data.pdf>
- Deutscher Bundestag (2021): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Tabaksteuerrechts (Tabaksteuermodernisierungsgesetz – TabStMoG). Drucksache 19/28655, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/286/1928655.pdf>
- DKFZ (2019): Deutliche Tabaksteuererhöhungen sind die wirksamste Maßnahme, um zum Nichtrauchen zu motivieren, Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfdP_2019_Tabaksteuererhoehungen_final.pdf
- DKFZ (2020): Deutscher Tabakatlas 2020, Heidelberg, <https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Tabakatlas-Deutschland-2020.pdf>
- EGarage (2021): “Die Lagerbildung sehe ich mit Sorge”. Artikel vom 24.02.2021, <https://www.egarage.de/die-lagerbildung-sehe-ich-mit-sorge/>

- GdP (2021): Neues Tabaksteuerrecht wird „Startup“ für Kriminelle. Artikel vom 01.03.2021, https://www.gdp.de/gdp/gdpbupo.nsf/id/DG_13_BZGZoll_Neues-Tabaksteuerrecht-wird-Startup-fuer-Kriminelle
- Kotz, D., Böckmann, M. & Kastaun, S. (2018): The use of tobacco, e-cigarettes, and methods to quit smoking in Germany—a representative study using 6 waves of data over 12 months (the DEBRA study). *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 235–42. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0235
- Mallock, N., Böss, L., Burk, R. *et al.* (2018): Levels of selected analytes in the emissions of “heat not burn” tobacco products that are relevant to assess human health risks. *Arch Toxicol* 92, 2145–2149 <https://doi.org/10.1007/s00204-018-2215-y>
- Mayer, B. (2020): Die E-Zigarette. Fakten & Mythen, Wien.
- McNeill, A., Brose, L.S., Calder, R., Bauld, L. & Robson, D. (2018). Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England.
- Mons, U. (2020): Stellungnahme zur Drucksache 19/18978, <https://www.bundestag.de/resource/blob/790820/2b906532394e1f69a809656ee5ef9c5c/04-Mons-data.pdf>
- Nebelkrähe (2020): Estland legt Liquidsteuer vorerst auf Eis. Artikel vom 21.12.2020, <https://nebelkraehe.eu/2020/12/21/estland-legt-liquidsteuer-vorerst-auf-eis/>
- Petek, G. (2020): The 2020-21 Budget: Taxation of E-Cigarettes. Legislative Analyst’s Office, <https://lao.ca.gov/reports/2020/4171/ecigarette-taxation-022420.pdf>
- Positionspapier „Neue Wege zur Eindämmung des Rauchens“, Frankfurt/ M. 2020, [Positionspapier_E-Zigarette_final_28102020.pdf](https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Veranstaltungen/Webinar_E-Zigaretten_2020/Positionspapier_E-Zigarette_final_28102020.pdf) ([frankfurt-university.de](https://www.frankfurt-university.de))
- Saffer, H., Dench, D., Grossman, M. *et al.* (2020): E-cigarettes and adult smoking: Evidence from Minnesota. *J Risk Uncertain* 60, 207–228. <https://doi.org/10.1007/s11166-020-09326-5>
- Saunders, N. (2020): What does the EU vaping tax mean for the UK. In: London Loves Business, <https://londonlovesbusiness.com/what-does-the-eu-vaping-tax-mean-for-the-uk/>
- SPD-Fraktion (2021): Pressemitteilung – E-Zigaretten müssen angemessen besteuert werden. 07.09.2020, <https://www.spdfraktion.de/presse/pressemitteilungen/e-zigaretten-muessen-angemessen-besteuert>
- Spiegel (2021): Scholz will Tabaksteuer erhöhen. Artikel vom 05.02.2021, <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/olaf-scholz-will-tabaksteuer-erhoehen-a-ca555b96-9687-48f3-a298-347fddb44150>
- Stöver, H. (2020): Für eine moderne Tabakkontrollstrategie in Deutschland, in: ders. (Hg.): E-Zigaretten, Tabakerhitzer – was wir wissen müssen, Frankfurt/ M., S. 31-42
- Stöver, H., Hering, T., Jamin, D. & Storck, M. (2021): Neue Wege zur Eindämmung des Rauchens: Tabakkonsum & Schadensminimierung (“Tobacco Harm Reduction”). Positionspapier von Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen, https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Veranstaltungen/Webinar_E-Zigaretten_2020/Positionspapier_E-Zigarette_final_28102020.pdf
- Stoklosa, M., Drope, J., Chaloupka, F.J. (2016): Prices and E-Cigarette Demand: Evidence From the European Union, *Nicotine & Tobacco Research*, 18(10): 1973–1980, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw109>

- Storck, M. (2020): Stellungnahme im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die EU-Tabaksteuerrichtlinie zu einer Steuerrichtlinie für Rauch- und Dampfprodukte weiterzuentwickeln und an gesundheitlichen Auswirkungen auszurichten (BT-Drucksache 19/18978), <https://www.bundestag.de/resource/blob/711050/40b859307b0d526dbefa1b562b944f13/05-Storck-data.pdf>
- Vapor Products Tax (2020): Hungary lowers its excise tax on e-cigarettes. Artikel vom 01.01.2020, <https://vaporproductstax.com/hungary-lowers-its-excise-tax-on-e-cigarettes/#:~:text=Lower%20excise%20tax,order%20to%20restrict%20illegal%20imports>
- VdeH (2021a): Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Tabaksteuergesetzes (Tabaksteuermodernisierungsgesetz - TabStMoG), Verband des eZigarettenhandels, <https://vd-eh.de/wp-content/uploads/2021/02/VdeH-Stellungnahme-TabStMoG.pdf>
- VdeH (2021b): Steuern auf E-Zigaretten. Umfrageergebnisse, 2021, [vdeh-umfrage-nikotinsteuer-2021.pdf](https://vd-eh.de/umfrage-nikotinsteuer-2021.pdf) (vd-eh.de)
- VdeH (2021c): Illusorische E-Zigarettensteuer: Desaster für Gesundheit und Wirtschaft. Artikel vom 02.03.2021, <https://vd-eh.de/illusorische-e-zigarettensteuer-desaster-fuer-gesundheit-und-wirtschaft/>
- Welt (2019): „Es wäre fatal, wenn Menschen zu Zigaretten zurückkehren“. Artikel vom 07.10.2019, <https://www.welt.de/gesundheit/plus201511640/Lungenerkrankungen-Wie-gefaehrlich-sind-E-Zigaretten.html>
- Welt (2020): Ein Versprechen der Regierung wird zum Glücksfall für Raucher. Artikel vom 10.09.2020, <https://www.welt.de/wirtschaft/article215354210/Tabaksteuer-Ein-Versprechen-der-Regierung-wird-zum-Gluecksfall-fuer-Raucher.html>
- Welt (2021): Steuer auf E-Zigaretten freut Schmuggler, Schieber, Fälscher, Artikel vom 21.04.2021, <https://www.welt.de/wirtschaft/article230538581/Steuer-auf-E-Zigaretten-ein-Fest-fuer-Schmuggler-Schieber-und-Faelscher.html>
- Werse, B. (2020): Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages zum Antrag von Bündnis90/Die Grünen mit dem Titel „EU-Tabaksteuerrichtlinie zu einer Steuerrichtlinie für Rauch- und Dampfprodukte weiterentwickeln und an gesundheitlichen Auswirkungen ausrichten“ (BT-Drucksache 19/18978 vom 6.5.2020), <https://www.bundestag.de/resource/blob/790432/c09d06b992f4f9571d75af5a0160d259/07-Werse-data.pdf>
- Werse, B., Martens, J. & Stöver, H. (2020): E-Zigaretten als Einstiegsdroge in das Rauchen? Update zur Diskussion um die „Gateway-Hypothese“. In: Akzept e.V. (Hg., 2020): 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020. Pabst: Lengerich: 192-197
- Wigger, B.U. (2020): Stellungnahme im Finanzausschuss des Deutschen Bundestages zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die EU-Tabaksteuerrichtlinie zu einer Steuerrichtlinie für Rauch- und Dampfprodukte weiterzuentwickeln und an gesundheitlichen Auswirkungen auszurichten (BT-Drucksache 19/18978), <https://www.bundestag.de/resource/blob/711458/f1c19b0a7a736f50abe602656f35c4ce/08-Wigger-data.pdf>
- Wochenblatt (2020): Bundestag lehnt grünen Vorschlag zur EU-Tabaksteuerrichtlinie ab. Artikel vom 18.12.2020, <https://www.wochenblatt.de/archiv/bundestag-lehnt-gruenen-vorschlag-zur-eu-tabaksteuerrichtlinie-ab-346647>

Zeit Online (2021): Höhere Tabaksteuer: Hersteller warnen vor Schwarzmarkt. Artikel vom 18.03.2021, <https://www.zeit.de/news/2021-03/18/hoehere-tabaksteuer-hersteller-warnen-vor-schwarzmarkt>

Harm Reduction
– Politik und Praxis



3

Substitutionsbehandlung – der drohenden Versorgungskrise mit strukturellen Änderungen begegnen

Dirk Schäffer & Urs Köthner

Zusammenfassung

Dieser Beitrag setzt sich mit den Strukturen der Substitutionsbehandlung in Deutschland auseinander und stellt Alternativen zu aktuellen Versorgungsmodellen vor. Dies mit dem Ziel, die Versorgung für aktuell substituierte Patient*innen zu sichern und eine Grundlage zu schaffen, die es ermöglicht, die bisher nicht erreichte Gruppe von Opioidkonsument*innen qualitativ hochwertig und entsprechend den individuellen Lebenskontexten zu behandeln.

Die aktuelle Situation

Der aktuelle Bericht zum Substitutionsregister (Januar 2021) des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) weist einen erneuten Rückgang der Zahl substituierender Ärzt*innen aus. Das Durchschnittsalter der aktuell substituierenden Ärzt*innen liegt bei fast 60 Jahren. Ein großer Teil der substituierenden Ärzt*innen ist also deutlich älter, sodass mit einem Ausstieg aus dem Berufsleben in den nächsten Jahren zu rechnen ist. Aber auch die erhobene Zahl von 2545 Ärzt*innen ist trügerisch. Denn jeder Fünfte (563 Ärzt*innen) nutzt die Konsiliarregelung und sie behandelt nur 1,5% der Patient*innen.

Wie dramatisch die Situation tatsächlich ist, wird deutlich, wenn man weiß, dass rund 14% der substituierenden Ärzt*innen, die Hälfte der Substitutionspatient*innen (ca. 41.000) behandeln. Sollten aus der Gruppe dieser Ärzt*innen altersbedingt oder aus anderen Gründen mehrere Behandler*innen ausscheiden, ist die Gefahr groß, dass wir in einigen Städten und Regionen tiefgreifende Versorgungsprobleme mit nicht absehbaren Folgen bekommen.

Parallel hierzu ist die Zahl substituierter Patient*innen auf 81.700 gestiegen. Hiermit werden aktuell nur etwa 50% der Personen erreicht, die aufgrund ihrer Opioidabhängigkeit grundsätzlich für die Substitutionsbehandlung zu erreichen wären.

Wir müssen uns der Realität stellen. Die Realität ist, dass alle Maßnahmen zur Gewinnung von Ärzt*innen in den letzten Jahren leider kaum Erfolg hatten. In den letzten 35 Jahren haben sich die Strukturen der Substitutionsbehandlung kaum verändert, obwohl die zahlreichen Reformen der BtmVV, insbesondere im Jahr 2017, die Behandlungsspielräume und die Rechtssicherheit der Ärzt*innen deutlich verbessert und erweitert haben und inzwischen eine sehr differenzierte, an die Lebenslage der Patient*innen angepasste Substitutionsbehandlung ermöglichen. Viele Ärzt*innen

sind über diese neuen Möglichkeiten nur teilweise informiert und nutzen z.B. erweiterte Take-Home-Möglichkeiten, wohnortnahe Versorgung und auch die Vielfalt der Medikamente nicht, um differenzierter und patientengerechter zu behandeln. Es ist unser aller Verantwortung alternative Modelle zur Behandlung in der Arztpraxis zu diskutieren und zu realisieren. Wenn es klar ist, dass es uns mittelfristig nicht gelingen wird eine größere Anzahl von Ärzt*innen für die Substitution zu gewinnen, müssen wir auch die bestehenden starren Strukturen der Substitution in der Arztpraxis verändern. Dies mit dem Ziel, auch zukünftig Zeit und Raum für einige der ca. 80.000 Opioidkonsument*innen zu schaffen, die sich evtl. für eine Substitutionsbehandlung entscheiden.

Wie können alternative Modelle der Substitutionsbehandlung aussehen?

Es gibt eine Vielzahl von alternativen Modellen zur Substitution in der Arztpraxis und Ideen zu Veränderungen der Behandlungsregime. Nachfolgend sollen einige dieser Alternativen vorgestellt werden. Hierbei ist wichtig, dass viele dieser Modelle bereits punktuell erfolgreich umgesetzt werden.

Niedrigschwellige Zugänge schaffen

Spricht man mit Menschen, die bisher noch nicht substituiert werden, so hört man vielfach, dass sie unsicher sind, ob sie den Anforderungen, die mit einer Behandlung in einer niedergelassenen Praxis in Verbindung stehen, gerecht werden können. Viele Opioidkonsument*innen haben seit Jahren oder Jahrzehnten keinen Kontakt zu einem Hausarzt geschweige denn zu einem Facharzt. Das Setting „Arztpraxis“ ist ihnen fremd. Dies hat Einfluss auf den Faktor „Vertrauen“, der für Drogengebraucher*innen von hoher Bedeutung ist. In der Drogenszene sprechen sich vor allem schlechte Erfahrungen mit dem Medizinsystem schnell herum und so werden viele Konsument*innen mit Berichten von Sanktionen aufgrund von Beikonsum konfrontiert, die sie noch mehr daran zweifeln lassen, ob sie den Erwartungen gerecht werden können. Zudem wirken Sanktionen extrem abschreckend, da viele Konsument*innen ihr gesamtes Leben lang mit Strafen und Sanktionen konfrontiert sind.

Im Rahmen der Coronapandemie wurde in Hamburg ein neues Modell der Substitutionsbehandlung realisiert. Hier bot das *Drob Inn* Opioidkonsument*innen, die vielfach obdachlos und unversichert waren, einen sehr niedrigschwelligen Zugang zu einer Substitutionsbehandlung in einem vertrautem Umfeld, in ihrer „Drobs“. Dort, wo die Szene ist und wo sie sich jeden Tag aufhalten. Innerhalb weniger Monate wurden 300 Personen in die Behandlung aufgenommen. Unabhängig von der Corona-Pandemie wird mit dieser neuen Form der Substitution ein erkennbarer Bedarf für besonders belastete Menschen aufgezeigt, die vom herkömmlichen System der Substitutionsbehandlung nicht erreicht werden. Ein solches Modell kann insbesondere im großstädtischen Kontext eine Ergänzung zu bestehenden Strukturen sein.

Substitution außerhalb der klassischen Arztpraxis

Der Mangel an niedergelassenen Ärzt*innen hat bereits vor geraumer Zeit einige Drogenhilfen dazu bewogen, die Substitution unter dem Dach der Drogenhilfe zu verankern. So hat beispielsweise die Drogenhilfe Bielefeld zwei Möglichkeiten zur Substitution geschaffen, indem sie mit einem niedergelassenen Arzt eine Kooperationsvereinbarung geschlossen hat. Dieser betreibt im Rahmen einer „Zweigsprechstunde“ zwei Substitutionsambulanzen an zwei Standorten der Bielefelder Drogenhilfe. Bemerkenswert ist der Ansatz hinsichtlich der verschiedenen Settings. Eine Behandlungsmöglichkeit wurde in einer Beratungsstelle realisiert.

Hier werden Patient*innen behandelt, die stabil sind, keinen Szenekontakt haben möchten und vielfach berufstätig sind. Im niedrighwelligen Zentrum mit Kontaktladen, Drogenkonsumraum etc. werden jene Patient*innen behandelt, die sich täglich oder mehrmals die Woche sowieso dort aufhalten und die Angebote der Drogenhilfe in Anspruch nehmen. Dieses Modell zeigt große Vorteile von medizinischer Behandlung und Psychosozialer Betreuung (PSB) unter einem Dach. Zudem wird den Patient*innen, die temporären Beikonsum von Kokain oder anderen Substanzen haben, die Möglichkeit geboten kontrolliert und unter hygienischen Bedingungen zu konsumieren. Wichtig ist hierbei, dass der Arzt von einem Team der Beratungsstelle unterstützt wird und von begleitenden Aufgaben der Dokumentation weitgehend entbunden ist. Durch die enge Kooperation zwischen Ambulanz und Drogenhilfe können sehr flexible Vergabezeiten und Modalitäten realisiert werden. Während überall händeringend Substitutionsärzt*innen gesucht werden, ist es in Bielefeld gelungen, Substitutionsärzt*innen, die bereits pensioniert sind, zur Mitarbeit zu gewinnen.

Wohnortnahe Behandlung durch stärkeren Einbezug von Apotheken und Pflegediensten

Immer noch nehmen viele zehntausend Patient*innen täglich teilweise weite Wege in Kauf, um behandelt zu werden. Enge Vergabefenster führen zu Ansammlungen vor und in der Praxis. Aufgrund der Tatsache, dass die Mehrzahl der Patient*innen älter und in schlechter körperlicher Gesamtkonstitution (COPD, (offene) Wunden an Beinen, teilweise stark übergewichtig) und wenig mobil sind, müssen wir uns fragen, warum wir diese Patient*innen zu tausenden täglich in die Praxis bestellen, anstatt wohnortnah durch die Apotheke, den Pflegedienst oder die Drogenberatung die Vergabe des Medikaments durchzuführen.

Individuelle Take-Home-Vergabe

Die Coronapandemie zeigt, dass bei einer Vielzahl von Patient*innen die eigenverantwortliche Einnahme des Medikaments deutlicher besser funktioniert, als zuvor vermutet. Die BtmVV und die aktuellen Ausnahmeregelungen bieten die Chance, die eigenverantwortliche Einnahme des Substituts schrittweise und sicher zu erproben. Von der täglichen Vergabe in der Praxis hin zu Praxisbesuchen dreimal in der Woche, dann zweimal wöchentlich. Auch dies sind erhebliche Erleichterungen für Ärzt*in und Patient*in. So kann eine Take-Home-Vergabe insgesamt zu einer Verbesserung der Behandlung beitragen, weil sie den Patient*innen die berufliche und soziale Teilhabe und familiäre Verpflichtungen erleichtert und ihre Eigenständigkeit fördert.

Alternative Kontaktaufnahme durch Telefon, Skype, Zoom etc.

Die Pandemie hat unsere Form der Kommunikation deutlich verändert. Auch wenn das persönliche Gespräch weiterhin die beste Form der Kommunikation ist, müssen wir, unter den aktuellen Bedingungen der Substitutionsbehandlung, alternative Gesprächs- und Kontaktformen etablieren und nutzen. So kann der Kontakt zu Patient*innen, die bisher täglich in die Praxis gekommen sind, und nun nur noch zweimal wöchentlich kommen, durch Telefon- oder Skypekontakte ergänzt werden. Einige Praxen haben dies bereits während des Lockdown erfolgreich etabliert.

Depotmedikamente können unterstützend wirken

Seit einiger Zeit verfügen Ärzt*innen und Patient*innen über eine weitere Alternative in der Behandlung durch ein Buprenorphin -Depotpräparat. Auch diese neue Option sollte geprüft werden, ob sie dazu beitragen kann, Ärzt*innen zu entlasten und gleichzeitig Patient*innen sicher und erfolgreich zu behandeln. Jeder fünfte Patient erhält ein Buprenorphinpräparat. Bei diesen Patient*innen ist, wenn gewünscht, eine Umstellung auf ein wöchentliches Depotpräparat zu überprüfen. Mit dieser Option wäre auch denjenigen eine Sorge genommen, die durch verstärkte Take-Home-Vergaben eine Speisung des Graumarktes befürchten. Wobei die ZIS-Studie zur Evaluation der BtmVV-Reform gezeigt hat, dass die verstärkte Nutzung der Take-Home-Verordnungen zu keiner erhöhten Verfügbarkeit von Substitutionsmitteln auf dem Schwarzmarkt geführt hat. Parallel zur Wochendepot könnten Ärzt*innen 1- bis 2-mal wöchentlich eine Kontaktaufnahme vereinbaren.

Zusammenfassung

Wenn man von außen auf diese Strukturen schaut, fehlt es vielerorts an Flexibilität und an dem Willen auch nach zehn- oder zwanzig Behandlungsjahren sich nochmals auf etwas Neues einzulassen und alternative Formen der Behandlung zu erproben. Dies muss sich verändern.

Uns stehen bereits Alternativen zu den aktuell immer noch sehr starren Behandlungsmodellen zur Verfügung. Im Sinne der Patientenzufriedenheit und der Versorgungssicherheit sind wir alle dazu aufgerufen uns ernsthaft mit diesen und weiteren Strukturveränderungen auseinanderzusetzen. Die vorhandenen Möglichkeiten durch die letzte Reform der BtmVV und die zusätzlichen Flexibilisierungen durch die Sars-Cov2-Arzneimittelversorgungsverordnung sind vielerorts nicht hinreichend bekannt und werden noch zu wenig genutzt. Wenn es uns kurzfristig gelingt, mehr Ärzt*innen dazu zu bewegen, die Bandbreite der Substitutionsmedikamente zu nutzen und die Flexibilisierungen in der Vergabe konsequent anzuwenden, dann kann es uns gelingen die Versorgung abzusichern, die Behandlungsvielfalt zu erhöhen. Dies versetzt uns in die Lage auch bei gleichbleibenden Behandler*innenzahlen Opioidkonsument*innen, die eine Substitutionsbehandlung wünschen, zu behandeln. Vergessen wir nicht, aktuell werden erst ca. 50% der Menschen behandelt, die grundsätzlich für eine Substitutionsbehandlung infrage kommen. Durch die Coronapandemie haben sich die Lebensbedingungen von Drogenkonsument*innen verschlechtert und es ist zu erwarten, dass sich mehr Opioidabhängige für eine Substitutionsbehandlung entscheiden, sofern sie denn einen Platz finden. Es ist unser aller Verantwortung dies zu ermöglichen.

Literatur

BfArM (Januar 2021). Bericht zum Substitutionsregister

Kirsten Lehmann, Silke Kuhn, Bernd Schulte, Uwe Verthein; Relevanz und Auswirkungen der 3. BtMVVÄndV für die Opioidsubstitutionstherapie, DOI: 10.1055/a-1330-6349

JES Bundesverband (2021). Niedrigschwellige Substitution unabhängig vom Versicherungsstatus, Drogenkurier 125

JES Bundesverband (Mai 2021). Drogenkurier 126

100000 Substituierte bis 2022 – Eine Zwischenbilanz nach einem Jahr

Dirk Schäffer, Heino Stöver & Claudia Schieren

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird eine Zwischenbilanz, 12 Monate nach dem Beginn der Initiative 100000 Substituierte bis 2022, vorgestellt. Es werden bereits umgesetzte Projekte und deren Effekte skizziert sowie Projekte, die in den folgenden 12 Monaten umgesetzt werden sollen, in den Blick genommen.

**100.000
SUBSTITUIERTE
BIS 2022**

Die Substitutionsbehandlung ist die häufigste Behandlungsform bei Opioidabhängigkeit in Deutschland und in Europa. Die verfügbaren Daten sprechen für dieses Konzept und belegen positive Ergebnisse im Hinblick auf den Verbleib in der Behandlung und die Reduktion des illegalen Opioidkonsums sowie die drogenbedingten gesundheitlichen Folgen und der Mortalität.

Substitutionsbehandlung in Deutschland

Deutschland befindet sich im europäischen Vergleich mit seinen 81.700 substituierten Opioidkonsument*innen (Juni 2020) bei einer geschätzten Gesamtzahl von 165.000 Opioidkonsument*innen mit etwa 50% Reichweite im oberen Drittel. Unsere französischen Nachbarn kommen auf eine Reichweite von etwa 85%. Hier ist allerdings zu beachten, dass Buprenorphin als Medikament zur Substitution von jedem Arzt verschrieben werden kann. Aber es gibt mit Malta (70%), Luxemburg (65%), Griechenland (65%) und Slowenien (60%) sowie England (60%) einige Länder, die eine teilweise deutlich höhere Reichweite in der Substitutionsbehandlung als Deutschland aufweisen.

Trotz zahlreicher wissenschaftlicher Belege der Wirksamkeit der Substitutionsbehandlung ist ihr Einsatz im Justizvollzug in Deutschland nicht annähernd so stark verbreitet wie in Freiheit: Lediglich 24%, also knapp ein Viertel aller opioidabhängigen Gefangenen in Deutschland befinden sich – mit großen regionalen Variationen – in einer Substitutionsbehandlung. Dabei dürften sich im Gefängnis die schwereren Verläufe von Abhängigkeit und dementsprechend ein höherer Bedarf finden. Neben der geringeren Zahl substituierter Patient*innen stellt die große Heterogenität im Umgang

mit Substitution das zentrale Problem dar. Damit wird deutlich, dass Gefangenen häufig eine ausreichende, medizinisch indizierte Behandlung verweigert wird und sie nicht von den Fortschritten der Suchtmedizin profitieren wie opioidabhängige Menschen außerhalb des Justizvollzuges. Zu den Missständen der Unterversorgung von opioidabhängigen Menschen im Justizvollzug haben wir im letzten Jahr eine Artikelserie in verschiedenen Medien (Fachjournale, Printmedien) zur besseren Aufklärung der beteiligten Professionen lanciert (Lesting et al., 2021; Häßler et al., 2021; Fahrman et al., 2021; Stöver et al., 2021; Keppler/Stöver, 2021).

Warum wurde diese Initiative ins Leben gerufen?

Während in früheren Publikationen der Bundesregierung sogenannte „Milestones“, also Ziele enthalten waren, die realistisch waren und erreicht werden sollten, sind solche Zieldefinitionen heute kaum noch zu finden. Die Substitutionsbehandlung, als die erfolgreichste Behandlung Opioidabhängiger, steckt in einer Versorgungskrise. Auf der einen Seite sind wir mit stetig sinkenden Zahlen von Behandler*innen und einem hohen Anteil von Behandler*innen konfrontiert, die die Konsiliarregelung nutzen. Das Durchschnittsalter der Behandler*innen liegt bei etwa 60 Jahren.

Auf der anderen Seite haben wir „erst“ 50% der Menschen erreicht, die grundsätzlich für diese Behandlungsform infrage kommen, und der Anteil der Menschen, die sich in einer Substitutionsbehandlung befinden, steigt sehr leicht.

Man kann diese Situation mit zwei Zügen vergleichen, die auf demselben Gleis aufeinander zufahren. Dies erscheint vielleicht etwas drastisch, aber nicht falsch. Denn wir nähern uns mit der bisherigen Struktur der Substitution und der Tatsache, dass es nicht gelingt, viele hundert Ärzt*innen für diesen Bereich der Suchtmedizin zu gewinnen, immer schneller einer massiven Versorgungskrise.

Ist es dann ratsam eine Initiative zu starten, die zum Ziel hat, noch 20.000 Patient*innen mehr zu behandeln?

Wir sind der Meinung ja, natürlich! Die Substitution ist erfolgreich und es muss unser Ziel sein, auch jene für die Behandlung zu motivieren, die sich bisher aus vielfältigen Gründen gegen eine Substitution entschieden haben. Denn Substitution rettet Leben und vermeidet schwere lebensbedrohliche Erkrankungen, sie bietet die Grundlage für eine soziale und berufliche Reintegration und beugt Drogennotfällen vor. Zudem ist es unser Ziel, Strukturen zu schaffen, die eine qualitativ hochwertige Behandlung gewährleisten.

Die zentralen Inhalte der Kampagne

Opioiddkonsument*innen informieren

Hierzu haben wir gleich zum Auftakt der Initiative ein neues Medium mit dem Titel „Heroin ist Teil deines Lebens? – Hast Du Bock auf ein neues Kapitel?“ erarbeitet und mit Unterstützung der Aids- und Drogenhilfe wurde dieses Medium mit einer Auflage von 10.000 Broschüren an Opioiddkonsument*innen verteilt. Zudem haben sich Substituierte bereit erklärt, in kurzen Videospots über ihre Erfahrungen zu berichten und zu erläutern, warum sie diese Behandlungsform empfehlen.

Niedergelassene Ärzt*innen für die Suchtmedizin interessieren

Zu unserer großen Freude ist es uns gelungen sechs Behandler*innen zu gewinnen, die ebenfalls in kurzen Videospots ihre Beweggründe sich der Suchtmedizin zu widmen, auf beeindruckende Weise vorstellen. Diese Videos wurden an viele medizinische Dachverbände mit der Bitte um Veröffentlichung gesandt. Mit Unterstützung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Daniela Ludwig, gelang es uns, die Videos allen KV-Spritzenvertreter*innen vorzustellen – dies ebenfalls mit der Bitte um Verlinkung. Selbstverständlich sind die Videos bei YouTube zu finden. Partner*innen der Industrie haben sich ebenfalls bereit erklärt, diese Videos auf ihren Portalen im Netz zu verlinken. Es ist zu früh, um zu bewerten, ob es uns gelingt, hiermit Ärzt*innen für die Substitution zu interessieren oder gar zu gewinnen.

Der Aktionstag Substitution am 5.5.2021

Das Thema Substitution spielt jeden Tag eine Rolle in der Arbeit von Aids- und Drogenhilfen sowie der Drogenselbsthilfe. Aber gerade in den letzten Monaten und Jahren hat es solch vielfältige Veränderungen gegeben, die nicht bis zu den Konsument*innen gelangt sind.

Mit dem *Aktionstag Substitution am 5. Mai* konnten wir erreichen, dass Einrichtungen aus dem gesamten Bundesgebiet das Thema Substitution in den Fokus rücken. Zudem gab es eine große Resonanz in der Regionalpresse. Das Ziel war mit Klient*innen über Neuerungen ins Gespräch zu kommen und mittels Kurzinterventionen evtl. vorhandene Fehlinformationen oder Halbwissen spielerisch zu entdecken und zu diskutieren. Der Aktionstag bot aber auch die Möglichkeit mit den Behandler*innen in der Stadt in Kontakt zu treten und sich (besser) kennenzulernen und wechselseitig einen Zugang zu Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln zu erhalten. Eine von den Initiatoren vorbereitete Ideensammlung diente als zusätzliche Hilfestellung.

Die für diesen Aktionstag realisierte Medienserie aus Plakaten, Flyern und war am Aktionstag restlos vergriffen. Die Tatsache das es so viele Rückmeldungen aus der vor Ort Arbeit dass trotz der pandemischen Lage gab, zeigt wie wichtig das Thema Substitution ist.

Das parlamentarische Webinar

Um rechtliche Rahmenbedingungen der Behandlung zu verändern ist die Unterstützung der Politik unabdingbar. Daher haben wir uns mit dem Aktionsbündnis „Neue Normalität“ und einem Partner der Industrie entschlossen, die aktuelle Situation und unsere Vorstellungen von notwendigen Veränderungen mit der Politik und Fachleuten aus der Praxis zu diskutieren. Wir sind zuversichtlich, dass wir die drogenpolitischen Sprecher*innen, die an diesem Webinar teilnahmen, für die Belange von Praktiker*innen, Ärzt*innen und Patient*innen sensibilisieren konnten.

Aktuell Substituierte im Fokus

Natürlich soll die Initiative dazu beitragen den vielfach schlechten Informationsstand der mehr als 81.000 Substituierten zu verbessern. Hierzu haben wir eigens für diese Gruppe ein neues Medium mit dem Titel „Neues zur Substitution“ hergestellt. Unter Beteiligung der Fachverbände und Patient*innenorganisationen sowie der Politik wurden Ausnahmeregelungen für die Substitution ermöglicht, die die Versorgung während der Pandemielage gewährleisten sollen. Diese Regelungen gelten aktuell bis Juli 2021. Die aktuellen Ausnahmeregelungen wurden in einer Kurzinformation zusammengefasst. Im Medienshop des JES Bundesverbands unter <https://www.jes-bundesverband.de/medienshop/> steht dieses Medium zum Download und zur Bestellung bereit.

Information über Fachpublikationen

Da wir als Initiatoren der Initiative der Meinung sind, dass wir unser Ziel von 100000 Substituierten und die Vermeidung einer tiefgreifenden Versorgungskrise nur durch strukturelle und rechtliche Veränderungen erreichen können, gilt es unsere Ideen einer „neuen Substitution“ in die Fachöffentlichkeit zu tragen. Wir haben unsere Ideen in Beiträgen in verschiedenen Medien vorgestellt.

Wie steht es um den Erfolg der Initiative 100000 Substituierte bis 2022?

Von unabhängiger Seite wurde uns bestätigt, dass wir in den ersten 12 Monaten viel geleistet haben. Die bisherigen Ergebnisse können sich vor dem Hintergrund, dass diese Initiative maßgeblich von drei Organisationen (JES, Deutsche Aidshilfe und akzept) getragen wird und ohne nennenswerte Finanzmittel auskommen muss, sehen lassen.

Wir haben viel in Bewegung gesetzt und viele Akteur*innen aktiviert. Wir haben eine Strukturdebatte initiiert. Klar ist fast allen, dass sich diese Behandlung verändern muss, um ihre Aufgaben auch in Zukunft bewältigen zu können. Zudem haben wir viele neue Informationen an Konsument*innen und für Substituierte verbreitet. Ob sich dies bereits auf die Zahl substituierter Patient*innen ausgewirkt hat, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht eingeschätzt werden.

Was kommt noch?

Wenn man offen auf den bisherigen Verlauf der Initiative blickt, ist es uns nicht gelungen, eine Kerngruppe – die substituierenden Ärzt*innen – zu aktivieren und einzubeziehen. Wir hätten uns gewünscht, dass uns die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), deren ureigene Interessen wir mit der Initiative vertreten, aktiv unterstützt. Nicht nur dass die DGS die Initiative nicht aktiv unterstützt, sie informiert auch nicht über die entstandenen Produkte in Form von Aktionstagen, Videos und Printmedien auf ihrer Internetseite. Uns lässt das besonders ratlos zurück, da uns viele Ärzt*innen aus der Praxis sehr wohl ihre Unterstützung signalisiert haben und sich auch aktiv beteiligen.

Was wollen wir noch tun? Natürlich werden die aktuell bekannten Teilprojekte fortgesetzt, aber wir werden uns im folgenden Jahr verstärkt dem Thema Diamorphin und dessen rechtlicher Ungleichbehandlung in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) widmen. Das Ziel ist, dass jede/r Substituierte die freie Wahl seines Medikaments haben sollte, ohne hierfür gescheiterte alternative Behandlungsversuche und zusätzliche psychiatrische Komorbiditäten nachweisen zu müssen. Wir werden zudem das Thema „niedrigschwellige Zugänge“ in den Fokus rücken. Denn eines wird deutlich, dass mit dem Hamburger Projekt im Drob Inn – auch unabhängig von Corona – ein unabweisbarer Bedarf an einer alternativen Zugangs- und Behandlungsform erbracht wurde. Nach der Bundestagswahl werden wir Gespräche mit den drogenpolitischen Sprecher*innen führen, um die neuen politischen Verantwortlichen für unsere Themen zu sensibilisieren. Schließlich wird es darum gehen, dass wir Regelungen, die sich im Rahmen der Pandemie als erfolgreich erwiesen haben, ohne Befristung in die BtMVV übernehmen.

Es kann sicher sein, dass wir die Jahreszahl 2022 im Namen unserer kleinen Initiative verändern müssen zu 2023 oder 2024. Dies wird uns aber nicht davon abhalten mit all denen, die uns unterstützen möchten, das Thema „Substitution“ weiter im Blick zu behalten. Dies mit dem übergeordneten Ziel, 100000 Menschen über die Substitutionsbehandlung zu erreichen und durch veränderte Strukturen eine hochwertige Behandlung zu gewährleisten.

Literatur

- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2019). Europäischer Drogenbericht 2019
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS); Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, 5. überarbeitete Auflage, Dezember 2019
- Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland: Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19, 16.03.2020
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM); Bericht zum Substitutionsregister Januar 2021
- Keppler, K. & Stöver, H. (2021). Opioidsubstitutionstherapie und Substitutionsmedikamente im Justizvollzug – Bestandserhebung und Vergleich. In Suchtmedizin 23, H. 2 (April 2021)
- Fährmann, J., Schuster, S., Stöver, H., Häßler, U. & Keppler, K. (2021). Der Anspruch auf Substitutionsbehandlung im Gefängnis. Über eine umstrittene Praxis im Justizvollzug und vor Gericht. In NStZ (im Druck)
- Häßler, U., Stöver, H., Keppler, K., Lesting, W., Fährmann, J. & Schuster S. (2021): Substitutionsbehandlung für Opiatabhängige im Justizvollzug
- Empirische Erkenntnisse und rechtswissenschaftliche Überlegungen zu den Vorteilen dieser Behandlung. In: Forum Strafvollzug 1/2021, 39ff
- Lesting, W.; Stöver, H.; Keppler, K.; Fährmann, J., (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung im Strafvollzug – praktische Schwierigkeiten und rechtliche Beurteilung. In Suchtmedizin 23, H. 2 (April 2021)
- Stöver, H. & Keppler, K. (2021): Opioidsubstitutionsbehandlung im Justizvollzug: Welche Belege für die Wirksamkeit, welche Hindernisse und welche Lösungsmöglichkeiten bestehen? In Suchtmedizin 23, H. 2 (April 2021)

Maßnahmenplan für eine nachhaltige Reduktion drogenbedingter Todesfälle in Deutschland

Heino Stöver & Dirk Schäffer

Einleitung

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle in Deutschland nimmt seit 10 Jahren kontinuierlich zu und hat im Jahr 2020 mit 1.581 Fällen einen neuen Höchstwert der letzten 20 Jahre erreicht (2001: 1.835). Diese Entwicklung und der gesundheits-/drogenpolitische Umgang damit sind nicht länger hinnehmbar. Beileidsbekundungen und das Signal, Maßnahmen der Schadensminderung weiter zu unterstützen, reichen an dieser Stelle nicht aus. Stattdessen gilt es in einer konzertierten Aktion einen Maßnahmenkatalog zwischen Bund und Ländern zu entwickeln mit konkreten Strategien, wie man den Tod vieler tausend Menschen, die aufgrund des Konsums illegalisierter Substanzen verstorben sind, vermeiden will.

Die vorhandenen Erkenntnisse werden in einem ersten Schritt zu den hier beschriebenen Strategien und Maßnahmen zusammengefasst.

Flächendeckende Verteilung von Naloxon

Der Anteil von Drogentodesfällen unter Einfluss bzw. Beteiligung von Opioiden liegt in den letzten Jahren zwischen 35% -60%.

Der Wirkstoff Naloxon ist ein Opioid-Antagonist, der die potenziell tödlichen Auswirkungen einer Opioid-Überdosierung schnell und sicher verhindern kann. Es gilt daher Strukturen zu implementieren, die zum Ziel haben alle Opioidkonsument*innen und die aktuell 81.700 substituierten Frauen und Männer sowie Personen, die als Partner*innen und Angehörige im Kontakt mit Opioidkonsument*innen stehen, mit einem Antidot als Nasenspray auszustatten. Zudem gilt es Mitarbeiter*innen aller Ebenen des Drogenhilfesystems (niedrig- wie auch hochschwierig) und freiheitsentziehender Einrichtungen (Polizei arrest, U-Haft, Strafhaft) einschließlich Einrichtungen der Besserung und Sicherung („Entziehungsanstalten“ gem. § 64 StGB, Maßregelvollzug) entsprechend auszustatten.

Hierzu gilt es durch die Bundesärztekammer, die Landesärztekammern sowie den Dachverband der Suchtmedizin sowie der Straffälligen- und Bewährungshilfe deutliche Signale an niedergelassene Suchtmediziner*innen sowie Allgemeinmediziner*innen mit hausärztlicher Versorgung zu senden, um die proaktive Verschreibung eines ent-

sprechenden Antidots für ihre Patient*innen sowie Personen, die den o.g. Zielgruppen angehören, sicherzustellen. Ein wichtiger Schritt dazu ist das am 1. Juli 2021 beginnende und auf drei Jahre angelegte Vorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit: „Konzeption, Umsetzung und Evaluation eines Wissenschaftlichen Modellprojekts zur Durchführung deutschlandweiter qualitätsgesicherter Take-Home Naloxon Schulungen (NALtrain)“.

Sofortige Maßnahmen im Hinblick auf nichttödliche Überdosierung

Eine schnelle fachkundige Intervention und Unterstützung nach einer nicht tödlichen Überdosierung vermeidet oder verringert das Risiko einer erneuten drogenbedingten Notfallsituation.

So gilt es Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe, sowie die Straffälligen- und Bewährungshilfe für Maßnahmen wie Safer-Use-Trainings, Erste-Hilfe-Maßnahmen, Konsumkontrollprogramme mit dem Ziel des Risikomanagements fortzubilden und sie so in die Lage zu versetzen, Drogengebraucher*innen entsprechende Angebote zu machen.

Strukturreform für die opioidgestützte Substitutionsbehandlung

Die opioidgestützte Substitutionsbehandlung hat sich in den letzten 40 Jahren zur erfolgreichsten Behandlungsform der Opioidabhängigkeit entwickelt: Sie ist die Methode der Wahl in der Behandlung opioidabhängiger Menschen.

Die Substitutionsbehandlung leistet einen wichtigen Beitrag zur Reduktion opioidbedingter Todesfälle, vermindert den Konsum illegalisierter Substanzen und trägt erheblich zu einer Reduktion von Infektionskrankheiten bei.

Damit die Substitutionsbehandlung diese positiven Effekte weiterhin generieren kann, ist eine Strukturreform dieser Behandlungsform unumgänglich. Um die bisherige Grenze der erreichten Opioidkonsument*innen von ca. 50% zu überwinden, gilt es die Behandlungsform deutlich zu individualisieren. Hierzu zählen u.a.

- Niedrigschwellige Zugänge zur Behandlung
- Substitution unter dem Dach der Drogenhilfe
- Die Nutzung der gesamten Palette der zur Verfügung stehenden Medikamente
- Die Gleichstellung der Substanz Diamorphin als First-Line-Medikament
- Die Individualisierung der Behandlung durch Telemedizin und wohnortnahe Behandlungsmodelle
- Die Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Wechsel der Lebensorte (Freiheit, Haft, Therapie etc.)
- Die Reform des Vergütungssystems.

Fokussierung auf den Konsum von Amphetamin und Metamphetamin

Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle unter Einfluss von Amphetaminen und deren Derivaten sowie der stetige Anstieg von Personen, die Amphetamine und Metamphetamine konsumieren, ohne zielgerichtete, medizinische und soziale Hilfestellungen zu erhalten, muss zu schnellen und wirksamen Maßnahmen führen.

Hierbei gilt es die Substitution von Amphetaminabhängigkeiten wissenschaftlich zu untersuchen und Angebote des Drug Checkings mit begleitenden Beratungsangeboten szenenah zu implementieren. In einer gemeinsamen Initiative von Politik, Fachverbänden, Wissenschaft und Betroffenen gilt es alles zu tun, um die rechtlichen und politischen Probleme, die einer Umsetzung entgegenstehen, zu diskutieren, um dann ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen.

Einrichtung von Drogenkonsumräumen in allen Bundesländern

Drogenkonsumräume gewähren täglich vielen tausend Drogenkonsument*innen sichere Bedingungen für einen hygienischen und sicheren Konsum illegaler und legaler psychoaktiver Substanzen.

Trotz vieler Millionen Konsumvorgänge mit weitgehend unbekanntem Wirkstoffgehalt ist es aufgrund des schnellen und fachlichen Eingreifens von Mitarbeiter*innen bisher nur zu zwei Drogentodesfällen in 30 Jahren gekommen, die jedoch auf massive Vorerkrankungen der Betroffenen zurückzuführen waren.

Die Notfalldokumentationen vieler Einrichtungen weisen aus, dass Drogenkonsumräume jährlich in ca. 1.000 Fällen medizinische Hilfe bei lebensbedrohlichen Notfällen leisten. Ohne die Angebote der Drogenkonsumräume läge die jährliche Zahl der drogenbedingten Todesfälle deutlich höher. Dies bedeutet, dass mit dem Ausbau dieser Angebotsform zumindest in allen Landeshauptstädten bzw. Großstädten ein wertvoller Beitrag zur Vermeidung drogenbedingter Todesfälle geleistet werden könnte. Zudem dient dieses Angebot vielen Konsument*innen als erste Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem. Die dort praktizierte erfolgreiche Vermittlung zu weiterführenden sozialen und medizinischen Angeboten leistet zudem einen Beitrag zur Risikominderung. Wir fordern dazu auf, das Thema „drogenbedingte Todesfälle und Maßnahmen zur Reduktion“ auf die Tagesordnung der Konferenz der Gesundheitsminister*innen zu setzen.

Monitoring der öffentlichen Gesundheit

Die wissenschaftliche Analyse der öffentlichen Gesundheit beinhaltet die kontinuierliche und systematische Erhebung, Analyse und Interpretation gesundheitsbezogener Daten, welche für die Planung, Umsetzung und Bewertung von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erforderlich sind. Die aktuell in Umsetzung befindliche Studie DRUCK 2.0 muss ein erster Schritt auf dem Weg zu einem kontinuierlichen

lichen Monitorings des Wissens, Verhaltens von Drogengebraucher*innen sein. Nur auf Grundlage eines kontinuierlichen Monitorings kann es gelingen passgenaue Hilfen auch zur Prävention von Drogennot- und Drogentodesfällen zu verankern.

Unterstützung von Menschen im Justizsystem und im Maßregelvollzug

Die hohe Prävalenz des Drogenkonsums bei Personen, die sich in Haft oder im Maßregelvollzug befinden, muss dazu führen die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Menschen als State of the Art durchzuführen. Hierbei gilt als Zielmarke eine 50%ige Abdeckung, wie sie auch außerhalb des Justizvollzugs erreicht wird (gegenwärtig ca. 24%), anzustreben. Im Maßregelvollzug wird dieses anerkannte, evidenzbasierte Therapieverfahren nur sehr zurückhaltend eingesetzt. Eine Ausweitung wäre ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Mit einer flächendeckenden Substitution wird das Risiko von drogenbedingten Todesfällen im Justiz- und Maßregelvollzug deutlich reduziert. Zudem gilt es alle Gefangenen, die als Konsument*innen illegalisierter Substanzen bekannt sind, im Rahmen der Entlassungsvorbereitung nach einer Kurzintervention mit einem Naloxon Nasenspray auszustatten.

Opioidsubstitutionsbehandlung auch in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter

Die stationäre medizinische Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (Entwöhnungsbehandlung) ist seit etwa 40 Jahren jenen Drogenkonsument*innen vorbehalten, die selbst- oder fremdbestimmt eine dauerhafte Abstinenz von legalen und illegalen Substanzen als Ziel formulieren. Die Tatsache, dass dies vielen Drogenkonsument*innen nicht gelingt und dass die medizinische Rehabilitation vielen opioidabhängigen Menschen verschlossen blieb, hat nach vielen Diskussionen dazu geführt, dass einige wenige Einrichtungen auch substituierte Patient*innen aufnehmen. Hierbei wird noch heute oftmals Wert darauf gelegt, dass eine Abdosierung innerhalb der Therapiezeit erfolgt. Ähnlich wie nach der Haftentlassung stellt eine vorzeitige oder fristgerechte Beendigung der Rehamassnahme ein hohes Risiko für Überdosierungen bei Rückfällen infolge fehlender Opioidtoleranz dar. Der größte Teil dieser Einrichtungen bleibt substituierten Menschen immer noch versperrt. Dies, obwohl sie hier wertvolle Hilfestellung zur Bewältigung eines Lebens mit begleitender Substitutionsbehandlung erhalten könnten. Es gilt gemeinsam mit den Rentenversicherungsträgern darauf hinzuwirken, dass alle medizinischen Rehabilitationseinrichtungen auch für substituierte Menschen geöffnet werden.

Zudem ist darauf hinzuwirken, dass Personen, die die stationäre Rehabilitation verlassen, nach einer Kurzintervention zur Aufklärung und Anwendung ein Antidot (Naloxon) erhalten.

Opioidsubstitutionsbehandlung im Justiz- und Maßregelvollzug: Wirksamkeit, Hindernisse und Lösungsmöglichkeiten

Heino Stöver, Karlheinz Keppler, Jan Fährmann, Wolfgang Lesting & Ulrike Häßler

Einleitung

Die Bundesärztekammer (BÄK) definiert Opioidabhängigkeit als eine behandlungsbedürftige, schwere chronische Krankheit (Behrend et al., 2013; Keppler et al., 2010). Die Substitution als wissenschaftlich umfangreich evaluierte Behandlungsform (Deutscher Bundestag, 2016; United Nations Office on Drugs and Crime et al. 2013, Koehler et al. 2013) stellt sicher, dass opioidabhängige Menschen ein Medikament zur Reduktion bzw. Aufhebung des Suchtdrucks erhalten, um sie in die Lage zu versetzen, ihren Alltag besser oder überhaupt zu bewältigen (Stöver & Keppler, 1998) und um weitere physische und psychische Stabilisierungen, Therapieaufnahmen (z.B. im Hinblick auf HIV/AIDS, HCV, aber auch medizinische Rehabilitation) und weitere Unterstützungen zu ermöglichen.

Die Substitutionsbehandlung stellt für viele Suchtkranke die einzige Möglichkeit dar, einen Weg aus der Abhängigkeit zu finden, weniger bzw. keine psychotropen Substanzen mehr zu konsumieren und sich gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, dass sie mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen leben können (Bundesdrogenbeauftragte, 2019; Moazen et al., 2019).

Der Anteil Suchtkranker und insbesondere Opioidabhängiger im Justiz- und Maßregelvollzug ist hoch (König, 2003; Häßler & Suhling, 2017; Stöver, 2018). Für den Justizvollzug zeigte sich im Jahr 2018, dass mindestens 6.013 von 39.699 Inhaftierten entweder von Opioiden oder von mehreren Substanzen abhängig waren (Stoll et al., 2019). Nach der Entlassung kommt es bei ca. 30 % der nach dem BtMG verurteilten Erwachsenen und bei über 45 % der verurteilten Jugendlichen zu Rückfällen in alte Konsummuster und zu damit verbundenen Straftaten (Deutscher Bundestag, 2016; Jehle et al., 2016).

Ein nicht unerheblicher Teil befindet sich vor Haftantritt bereits in einer Substitutionsbehandlung (Schulte, 2009). Studien verweisen auf hohe Rückfallquoten, wenn eine Substitutionsbehandlung trotz bestehender Indikation ausbleibt (Stoll et al., 2019).

Dabei besitzt die Substitutionsbehandlung viele Vorteile für Patient*innen, für das System Justizvollzug und die Öffentliche Gesundheit:

- Verbesserung der Lebensqualität
- Senkung von HIV/HCV/HBV-Infektionsrisiken
- Fortsetzung der Therapie nach Haftentlassung
- Reduktion des illegalen Opioidkonsums
- Reduktion opioidbedingter Mortalität in und nach der Haft
- Rückgang von entzugsbedingten Gewalttaten im Vollzug
- Rückgang der Beschaffungskriminalität (vgl. insgesamt: Stöver/Keppler, 2021; Fährmann et al., 2021).

Expert*innen gehen davon aus, dass zwischen unter einem Prozent (Sachsen) und bis 65% (Bremen) der opioidabhängigen Inhaftierten eine Substitutionsbehandlung erhalten (Stöver et al., 2019). Durchschnittlich werden bundesweit 24 % der Opioidabhängigen oder von multiplem Substanzkonsum abhängigen Inhaftierten substituiert – etwa die Hälfte des Prozentsatzes in Freiheit (Stoll et al., 2019). Schätzungsweise 70% der vor der Haft begonnenen Substitutionsbehandlungen werden während der Inhaftierung abgebrochen (Deutscher Bundestag, 2016; Wenner v. Deutschland, 2016), oft entgegen den Richtlinien der BÄK (Deutscher Bundestag, 2016). Wissenschaftliche Befunde zeigen, dass die Effektivität der Substitutionsbehandlung abnimmt, wenn die Behandlung an hohe Hürden geknüpft wird (Kourounisa et al., 2016), wie es zum Teil während des Strafvollzuges der Fall ist.

Die Heterogenität der Behandlung lässt sich gut daran illustrieren, dass manche Haftanstalten für eine Substitutionsbehandlung voraussetzen, dass sie bereits in Freiheit begonnen wurde und zum Zeitpunkt der Inhaftierung bestand. Andere Haftanstalten leiten eine Substitutionsbehandlung erst zur Vorbereitung der Haftentlassung ein, machen aber die Weitersubstitution nach Haftentlassung zur Voraussetzung. Weitere Haftanstalten bieten eine Substitutionsbehandlung unabhängig von derartigen Fragen an (Gross, 2021).

1. Probleme mit der Substitutionsbehandlung während der Haft

Die Substitutionsbehandlung (OST) in Haft bindet Ressourcen der für die Sicherheit im Vollzug Verantwortlichen und der medizinischen Abteilung. Die Substitution findet in einem Zwangskontext mit hohem Kontrollaufwand statt (z.B. keine freie Arztwahl, Täuschungsversuche etc.).

1.1 Täuschungsversuche

Insbesondere die Vermeidung von Täuschungsversuchen erfordert einen nicht unerheblichen Zeitaufwand. Für die Gefangenen besitzen die Medikamente außer einem Gesundheits- noch einen hohen Finanzaspekt – der Weiterverkauf ist oft lohnend und gewinnbringend. Das führt dazu, dass nicht-opioidabhängige Gefangene bitten, in eine Substitutionsbehandlung aufgenommen zu werden (Gross, 2021), oder dass OST-Pa-

tient*innen höhere Dosen verlangen, um von der verschriebenen Dosierungshöhe etwas weiterverkaufen zu können. Eine australische Studie berichtet von einem Diversionsanteil von 25% der Patient*innen in Opioid-Substitutionstherapien, die jemals einen Täuschungsversuch unternommen haben, 44% gebrauchten nicht-verschriebene Mittel und ein Drittel berichtete über den Weiterverkauf oder das Teilen von OST-Medikamenten (White et al., 2016).

Oral oder sublingual verabreichte Medikamente werden zur Handelsware, wenn Gefangene von Mitgefangenen unter Druck gesetzt werden, indem ihnen etwa Gewalt angedroht wird. Deshalb werden in Haft oft nur Medikamente vergeben, die gut kontrollierbar sind. Die neuen Depot-Medikamente erhalten vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung: subkutan spritzbares Buprenorphin-Depot kann wochen- oder monatsweise verabreicht werden, was einerseits den Vollzug entlastet und Ressourcen freisetzt, andererseits auch dem Patienten eine besondere Sicherheit und Behandlungskontinuität gibt. Berücksichtigt man die vollzuglichen Aspekte und benötigten Ressourcen ist das Buprenorphin-Depot nicht nur das für den Vollzug am besten geeignete Substitutionsmittel, auch um das Täuschungsrisiko zu minimieren. Es ist bei gesundheitsökonomischer Betrachtung darüber hinaus das kostengünstigste Substitutionsmittel, sofern der Patient dieses Medikament präferiert (siehe Keppler & Stöver, 2021).

1.2 Konsum illegaler psychotroper Substanzen

Im Vollzug werden der Konsum illegaler psychotroper Substanzen bzw. der nicht-bestimmungsgemäße Gebrauch von Medikamenten und Rückfälle oft als Grund genannt, um die Substitution zu beenden. Beikonsum führt in einigen Anstalten zu einem automatischen Abbruch der Substitution, was für die Patienten eine große Belastung darstellt. Gerade unter dem Aspekt des in den aktuellen BÄK-Richtlinien und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung fixierten neuen Umgangs mit Beikonsum und Rückfällen, wonach Beikonsum kein Grund ist, die Substitution zu beenden, und eine Opioidabstinenz (nur) angestrebt werden soll, wird nicht nur ein Umdenken im medizinischen Bereich erforderlich. Den nicht-medizinischen Mitarbeiter*innen des Vollzuges muss vermittelt werden, dass Beikonsum und Rückfälle zum Krankheitsbild der Suchterkrankung gehören. Beikonsum und Rückfälle müssen aufgearbeitet werden, sollten aber nicht zwangsläufig zur Beendigung einer Substitutionsbehandlung führen. Medizin und Suchtberatung müssen klare Regeln haben, wie auf Beikonsum zu reagieren ist. Diese Regelungen müssen sich an den Vorgaben der o.g. BÄK-Richtlinien orientieren.

1.3 Drogentests und vollzugliche Konsequenzen

Das klassische Kontrollinstrument des Vollzuges zur Feststellung des Drogenkonsums von Gefangenen ist die Durchführung von überwachten Urinkontrollen. Dies gilt auch (noch) für die Substitutionsbehandlung. Im Bereich des Justizvollzuges sollte daher

eine strikte Trennung zwischen Urinkontrollen aus vollzuglichem Grund, Urinkontrollen im Rahmen einer Substitution und Urinuntersuchungen aus medizinischem Grund stattfinden. Besonders problematisch ist es, wenn medizinisches Personal die Urinkontrollen aus vollzuglichem Grund abnehmen und überwachen muss. Hierbei verschwimmen die Grenzen zwischen Vollzug und Medizin, was besonders fatal ist, wenn das Ergebnis der Kontrolle zu disziplinarischen Reaktionen führt. Die disziplinarischen und andere vollzugs- bzw. vollstreckungsrechtliche Konsequenzen können für die Gefangenen gravierend sein, etwa eine Versagung von Lockerungen (Hafturlaub, Ausgang, Ausführungen), eine Gefährdung der vorzeitigen Entlassung oder eine Verlegung vom offenen in den geschlossenen Vollzug zur Folge haben. Dadurch wird das Arzt-Patient*innen-Vertrauensverhältnis erheblich belastet, wodurch letztlich die Überwindung der Sucht erschwert werden kann. Ist ein Beikonsum nachweisbar, sollte er immer im Zusammenhang mit dem klinischen Bild bewertet werden. Ein Zufallsfund bei klinisch unauffälligen Patient*innen sollte allenfalls Diskussionsgrundlage sein, nicht aber zwangsläufig zum Ausschluss aus der OST oder schwerwiegenden disziplinarischen Konsequenzen führen.

Alle üblichen Testverfahren – besonders die sogenannten Schnelltests – sollten nur mit großer Vorsicht interpretiert werden. Der Vorwurf des Beigebrauchs oder des Konsums illegaler Drogen mit den entsprechenden Konsequenzen ist im Gefängnis nur statthaft, wenn die Befunde durch gerichtsverwertbare Verfahren (z. B. GC, MS) gewonnen wurden. Andernfalls besteht für die Gefangenen die erfolgversprechende Möglichkeit, in einem Rechtsschutzverfahren nach § 109ff. StVollzG gegen etwaige vollzugliche Konsequenzen vorzugehen. Die üblicherweise eingesetzten Suchtests (Immunoassays) liefern nur in 85–95 % der Fälle zutreffende Werte. Auch in anderer Hinsicht sind Urinkontrollen störanfällig, weil sie trotz größter Aufmerksamkeit des beaufsichtigenden Personals manipuliert oder verfälscht werden können. Urinproben können zudem bei Abnahme und Verarbeitung verwechselt werden. Bei bestimmten Substanzen sind trotz langer Konsumpausen aufgrund der Rückverteilung aus dem Körperfett noch positive Befunde möglich. Besonders problematisch ist der Opiattest, da er alle opiatähnlichen Substanzen erfasst. Heroinkonsum muss daher immer durch eine zusätzliche Untersuchung nachgewiesen werden, da sonst das Risiko besteht, aufgrund einer fehleranfälligen Beweisgrundlage schwerwiegend in die Grundrechte der Gefangenen einzugreifen. Gerade, wenn es um Fragen der vorzeitigen Entlassung geht, kann ein falsches Testergebnis dazu führen, dass Gefangene zu Unrecht nicht entlassen werden und ggf. mehrere Monate oder schlimmstenfalls Jahre in Haft verbleiben.

Wichtig für die Arzt-Patient-Beziehung ist die bereits angesprochene klare Trennung zwischen vollzuglichen und medizinischen Urinkontrollen (Keppler, 2008). Die vollzuglichen Urinkontrollen ordnet die Haftanstalt an, um zu prüfen, ob heroinabhängige Häftlinge abstinent waren und daher als lockerungsgeeignet gelten können. Medizinische Drogenscreenings setzt der Arzt/die Ärztin im Zusammenhang mit Substitution oder bei Intoxikationen an. Diese medizinischen Drogenscreenings sollten außerdem strikt von Urinuntersuchungen getrennt werden, die rein medizinisch-diagnostischen Zwecken dienen (Urinstatus, HCG-Schwangerschaftstest, Uricult zum Nachweis pathogener Keime usw.).

1.4 Fehlendes Personal

Es besteht Einigkeit darüber, dass sich die Ziele einer Substitutionsbehandlung grundsätzlich mit begleitender psychosozialer Betreuung eher und besser erreichen lassen als ohne (WHO, 2009). Obwohl im Justizvollzug die für eine Suchtbehandlung benötigten personellen (Suchtberater*innen, Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen, Psycholog*innen), instrumentellen und organisatorischen Ressourcen grundsätzlich bereits vorhanden sind, fehlt oftmals eine spezielle psychosoziale Betreuung für Gefangene in Opioidbehandlungen und das hierfür erforderliche Personal. Die Substitutionsbehandlung gilt als besonders zeit- und arbeitsintensiv. Als Personalschlüssel fordern Bühringer et al. (1995) u.a. pro 40 Substituierte eine Krankenpflegekraft. Diese personellen Mittel sind in kaum einer Anstalt gewährleistet. Der generelle Pflegekräftemangel im medizinischen Bereich ist im Justizvollzug noch potenziert.

Weitere Schwierigkeiten können sich daraus ergeben, dass für die genannten Berufsgruppen die Schweigepflicht gegenüber der Anstaltsleitung aufgehoben sein kann, wenn es für die Belange des Vollzuges erforderlich ist. In diesem Kontext ist es sinnvoll, Überlegungen anzustellen, wie die Schweigepflicht im Vollzug gestärkt werden kann.

Neben der Weitersubstitution nach Inhaftierung gibt es auch Bedarfe zur Neueinstellung auf das Substitutionsmedikament. Hier bestehen in vielen Haftanstalten immer noch Restriktionen. Besonders augenfällig wird diese Problematik, wenn die Weitersubstitution nach Haftentlassung zur Voraussetzung des Beginns einer Substitutionsbehandlung in Haft gemacht wird.

1.5 OST und besondere Vollzugsformen

Ein weiteres Problem ist die Substitution bei drogenkonsumierenden Müttern in Mutter-Kind-Einrichtungen des Justizvollzuges. Früher galten drogenkonsumierende Mütter grundsätzlich als ungeeignet zur Unterbringung in Mutter-Kind-Einrichtungen. Diese Auffassung hat sich mittlerweile geändert. Wenn drogenkonsumierende Mütter sich in Substitutionsbehandlung befinden, wird eine Aufnahme in einer Mutter-Kind-Einrichtung nicht mehr ausgeschlossen. Problematisch bleibt es allerdings, wenn die Mütter mit Beikonsum oder Rückfällen auffallen und eine adäquate Versorgung des Kindes nicht mehr gewährleistet ist. Grundsätzlich gilt auch hier, dass Beikonsum und Rückfälle aufgearbeitet werden müssen, sie sollten aber nicht zwangsläufig zur Beendigung einer Substitutionsbehandlung führen.

Eine besondere Herausforderung für den Vollzug stellt die hohe Anzahl Opioid-abhängiger dar, die aufgrund von Ersatzfreiheitsstrafen, z. B. aufgrund der Nichtbezahlung einer Geldstrafe, für z.T. wenige Tage bzw. Wochen inhaftiert werden (Feest, 2017). Für diese Menschen muss eine Infrastruktur aufgebaut und eine Fortsetzung der Substitution bzw. Überleitung in eine Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung organisiert werden.

2. Probleme bei der Fortführung der Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung

Bei der Substitution sowohl innerhalb als auch außerhalb des Justizvollzuges besteht ein ausgesprochenes Stadt-Land-, West-Ost- und Nord-Süd-Gefälle. Je nachdem, in welche Umgebung oder Region ein*e substituierte*r Patient*in nach der Haft entlassen wird, ist die Suche nach weitersubstituierenden Ärzt*innen erschwert. Bei Entlassungen in eine Großstadt ist die Suche nach Ärzt*innen relativ leicht, bei Entlassungen in einen ländlichen Bereich ist es teilweise unmöglich, weitersubstituierende Ärzt*innen zu finden. Selbst wenn es gelingt, eine*n substituierende*n Ärzt*in zu finden, kann die Organisation der Weitersubstitution bei Entlassungen vor einem Wochenende schwierig sein. Häufig gilt in den substituierenden Praxen an den Wochenenden eine andere Vergaberegulation als in der Woche (z. B. Wochenendsubstitution in einer anderen Praxis).

Der Arztbrief, als eine wichtige Form der Information des einweisenden Arztes, bereitet in dreierlei Hinsicht Schwierigkeiten. Erstens stellen nicht alle Anstalten Arztbriefe bei Haftentlassung aus. Dies sollte zwingend vorgeschrieben und unbedingt umgesetzt werden. Zweitens gibt es Situationen, in denen die Übergabe eines Arztbriefes an den Gefangenen nicht möglich ist. Werden etwa Ersatzfreiheitsstrafen bezahlt, geht die Gefängnistür sofort auf. Der Anstaltsarzt erfährt von diesen sog. Blitzentlassungen jedoch häufig nichts. Ein weiteres Szenario: ein Untersuchungshäftling hat einen Haftprüfungstermin und der Haftrichter sieht keinen Haftgrund mehr. Dann kehrt der Häftling oft gar nicht mehr in die Haftanstalt zurück, sondern geht direkt nach Hause. Ähnlich läuft es bei Gerichtsverhandlungen: wird die betreffende Person nach einer Untersuchungshaft zu einer Gefängnisstrafe verurteilt, kann sie häufig nach Hause gehen und wird erst später zum Haftantritt geladen. Drittens kommt es vor, dass die Anstalt einen Arztbrief erstellt hat, die Patient*innen diesen aber vor lauter Begeisterung über die Haftentlassung vergessen. Dementsprechend sollten auch für solche Situationen Verfahrensweisen etabliert werden, die sicherstellen, dass die Arztbriefe so schnell wie möglich zu den Patient*innen gelangen.

Eine weitere Schnittstellenproblematik ist das Bestehen einer Krankenversicherung bei Haftentlassung (Keppler & Stöver, 2002). Wollen die Vollzugsmitarbeiter*innen die Haftentlassung vorbereiten und bereits vor der Entlassung die Krankenversicherung und die Situation bezüglich der ARGE oder des Jobcenters klären, so stoßen sie auf eine unüberwindliche Verweigerungshaltung. Versicherungen und Behörden verweisen darauf, dass sie erst nach erfolgter Haftentlassung zuständig sind und vorher auch nicht vorbereitend tätig werden. Aufgrund dieser Problematik gibt es mittlerweile in einigen Städten, z.B. in Köln oder Hannover (Dehnad, 2021), und Projekten (sog. PLUS-Projekte) Vereinbarungen, die die Schnittstellenproblematik lösen (Jamin & Stöver, 2021). Entsprechende Lösungsmöglichkeiten bedarf es aber bei allen Haftentlassungen.

3. Rechtliche Probleme

Im Vollzug und in von den Gefangenen initiierten Rechtsschutzverfahren wird eine Substitutionsbehandlung immer wieder verweigert (vgl. Lesting in Feest/Lesting/Lindemann § 62 LandesR Rn. 77 m.w.N.). Zahlreiche Entscheidungen sind nicht nur aus rechtlicher und medizinischer Sicht fragwürdig, sie widersprechen auch wissenschaftlichen Erkenntnissen (Fährmann et al., 2021). Vielfach beruhen sie auf unbestätigten Behauptungen oder fehlerhaften Annahmen, die immer wieder reproduziert werden (Fährmann et al., 2021), z.B. dass durch die Einführung von OST der Opioidgebrauch in der Anstalt steigt. Wenn Gefangene in andere Gefängnisse verlegt werden müssen, weil Anstaltsärzt*innen sich weigern, die Opioidsubstitutionsbehandlung vor Ort durchzuführen, wird der Kontakt zu ihren Bezugspersonen erschwert, da Besuche nicht oder nur noch im beschränkten Umfang möglich sind. Daten aus Frankreich legen nahe, dass institutionelle Weigerungen und das Scheitern einer kontinuierlichen Opioidsubstitutionsbehandlung entscheidende Faktoren sein können, die einerseits zur Erfolglosigkeit der Behandlung und drogenbezogener Mortalität, andererseits zum Scheitern der Wiedereingliederung beitragen (Marzo, 2009).

Die juristische Analyse zeigt, dass die medizinisch begründeten BÄK-Richtlinien auch im Justizvollzug umgesetzt werden müssen. Nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte kann eine verweigerte Substitutionsbehandlung bei Langzeitopiatabhängigen eine starke körperliche Belastung und extremen psychischen Stress verursachen, wodurch die Schwelle für die Anwendbarkeit des Art. 3 EMRK erreicht sein kann (EGMR NJOZ 2018, 464). Die Verweigerung einer medizinisch gebotenen Substitutionsbehandlung stellt demnach einen schwerwiegenden Eingriff in die Grund- und Menschenrechte von Inhaftierten dar.

Es bleibt zu hoffen, dass die Opioidsubstitutionsbehandlung nicht länger ideologisch beurteilt, sondern ihre Vorzüge für die Behandlung und Stabilisierung der Betroffenen genutzt werden und sie bei bestehender medizinischer Indikation wie jede andere Krankenbehandlung auch im Justizvollzug selbstverständlich durchgeführt wird (vgl. Lesting et al., 2021; Fährmann et al., 2021).

4. Grundlagen Guter Praxis der Substitutionsbehandlung im Justizvollzug

Vor dem Hintergrund der angesprochenen Belege der Wirksamkeit, aber auch der vollen zuglichen Probleme, ist es von großer Bedeutung, Grundlagen einer effektiven Opioidsubstitutionsbehandlung in Haft festzulegen. Dazu bestehen bereits Leitfäden (Pont et al., 2018; Gross, 2021). Hier sollen einige zentrale und essentielle Orientierungen für eine effektive, patientengerechte und gut kontrollierbare OST gegeben werden.

Die OST in Haft sollte so gestaltet werden, dass sie für jeden Gefangenen mit einer Opioidabhängigkeit zugänglich ist und die Behandlungsmodalitäten die Bedarfe der Patient*innen decken mit dem primären Ziel, Entzugssymptomatiken zu vermeiden, die Gesundheit zu schützen und die Resozialisierung zu fördern.

Wichtig ist außerdem, nach einer ausführlichen Aufklärung über verschiedene Medikamentenoptionen, um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, das Medikament zu verordnen, mit dem der/die Patient*in die besten Erfahrungen gemacht hat.

Ein Behandlungsangebot sollte allen (früher) opioidabhängigen Gefangenen gemacht werden und zwar unabhängig davon, ob sie gegenwärtig abstinent oder aus einer Substitutionsbehandlung in Freiheit kommen. Die Identität des Patienten/der Patientin muss vor jeder Unter-Sicht-Einnahme bestätigt werden, egal welches Medikament verschrieben wird.

Die Kontrolle der oralen bzw. sublingualen Einnahme bzw. die Injektion der Depot-Medikamente (Keppler & Stöver, 2021) ist von großer Bedeutung, einerseits für das Wohl des Patienten/der Patientin, andererseits aber auch, um die Substitution gegenüber ablehnend eingestellten Kräften im Vollzug abzusichern.

Dies erfordert, dass die Bediensteten in der Krankenabteilung aus- und fortgebildet werden, die Grundlagen guter Praxis einzuhalten, zu dokumentieren, die Einnahme zu überwachen und Zeichen des Missbrauchs zu erkennen sowie somatische oder psychiatrische Ko-Morbiditäten mit zu berücksichtigen. Diese Kompetenzen schließen auch ein, die Besonderheiten innerhalb der Patientenschaft zu berücksichtigen: ältere Patienten, Patienten mit langen Haftstrafen und solche mit psychiatrischen Störungsbildern, Frauen, Minderheiten etc. (Alam et al., 2019).

Weitere Unterstützungen und Behandlungen können hier starten, z.B. eine psychosoziale Betreuung, Einbezug von Psychiater*innen, Sozialarbeiter*innen etc.

5. Substitution im Maßregelvollzug – kaum vorhanden

Immer mehr Menschen mit Opioidgebrauchsstörungen befinden sich im Maßregelvollzug. Die Zahl strafgerichtlicher Anordnungen steigt seit Jahren kontinuierlich an, wobei solche im Zusammenhang mit Opioidabhängigkeit verstärkt im Vordergrund stehen. Dies ist an der Belegung der Anstalten abzulesen, die sich in den letzten 10 Jahren nahezu verdoppelt hat auf inzwischen ca. 4.500 Untergebrachte (Pollähne, 2021). Allerdings wird die Substitutionstherapie im Maßregelvollzug nur äußerst zurückhaltend eingesetzt. Die Gründe für diese Restriktion bestehen zum einen in der Kontroverse, ob die Substitution den rechtlichen Anforderungen der Unterbringung nach § 64 StGB entspricht „die Person ... zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren“ (vgl. Völlm & Cerci 2021). Knecht (2013) stellt jedoch eindeutig klar, dass die Substitution in Übereinstimmung mit § 64 StGB steht.

Außerdem zweifeln v.a. Praktiker*innen daran, dass substituierte Patient*innen überhaupt in der Lage sind, sich auf die Therapie einzulassen. Dass dies ein deutsches Phänomen bzw. eine Fehlannahme ist, zeigen Berichte v.a. aus unseren Nachbarländern (vgl. akzept, 2010). Schließlich werden praktische Probleme, wie z. B. fehlende Expertise und Zulassung für die Substitutionstherapie, sowie Probleme bei der gemeinsamen Behandlung von substituierten und nicht-substituierten Patient*innen angeführt. Diese Aspekte sind zweifelsohne besondere Herausforderungen im Maßregelvollzug, können aber durch entsprechende Fort- und Weiterbildungen, Schulungen und Therapievereinbarungen mit den Patient*innen recht schnell überwunden werden.

Schlussfolgerungen

Die Substitutionsbehandlung in Freiheit (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 2021) wie auch in der Haft (Häßler et al., 2021; Fährmann, 2021) stellt für viele Suchtkranke die einzige Möglichkeit dar, einen Weg aus der Opioidabhängigkeit zu finden, weniger bzw. keine psychotropen Substanzen mehr zu konsumieren und sich gesundheitlich und sozial so zu stabilisieren, dass sie mit ihrer Abhängigkeit unter menschenwürdigen Umständen leben können. Studien belegen, dass die substitutionsgestützte Therapie nicht nur zu einer verbesserten Compliance mit dem Behandlungsprogramm, niedrigeren Mortalitätsraten und einer verbesserten psychosozialen Einbindung führt, sondern auch zu einer geringeren Rückfallhäufigkeit bezüglich Straftaten (z. B. Saulle, Veching & Gauling, 2017).

Für viele opioidabhängige Gefangene und Patient*innen im Maßregelvollzug stellt die Substitutionsbehandlung eine zentrale Grundlage für weiterführende Behandlungen dar (HIV/HCV/HBV-Therapien, medizinische Rehabilitationen, psycho-soziale Stabilisierung etc.) (Keppler et al., 2011).

Es bleibt zu hoffen, dass diese Vorzüge genutzt werden und die Substitution bei bestehender medizinischer Indikation wie jede andere Krankenbehandlung auch im Justiz- und Maßregelvollzug selbstverständlich durchgeführt wird.

Literatur bei Heino Stöver

„Entziehungsanstalten“ zur Disposition gestellt: Vom Scheitern des Maßregelvollzuges in der Suchttherapie

Helmut Pollähne

Einleitung

Die Devise „Therapie statt Strafe“ (BtMG 1981) – bei der es ja immer nur um „Behandlung statt Vollstreckung“ ging, in der Realität allerdings (zu) oft auch nur um „Therapie und Strafe“ – hatte rechtlich in dem System der §§ 35 ff. BtMG ihren Niederschlag gefunden (ausf. *Binder & Lang*, 2021), nicht zuletzt um dem Gesetzgeber, der an der Prohibition und damit auch an der Kriminalisierung Drogenabhängiger festhielt, ein besseres Gewissen zu verschaffen. Der Bedarf an Therapieplätzen für Menschen, die Straftaten „auf Grund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen haben“ (§ 35 BMG), ist weiterhin hoch, die Praxis jener Therapien bleibt jedoch ebenso umstritten wie ihr Erfolg (vgl. auch *Schmidt-Semisch*, 2020, *Schalast*, 2017, *Pollähne*, 2017 und *Böllinger*, 2015).

Parallel dazu hat sich im System der sog. Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 61 ff. StGB) die Unterbringung in „Entziehungsanstalten“ gem. § 64 StGB als verschärfte Variante jenes Paradigmas „Therapie statt/und Strafe“ zu einer Sanktion gegen Drogenabhängige entwickelt, die sich zunehmender Beliebtheit erfreut. Eine solche ‚Zuneigung‘ zu dieser Maßregel teilen aber nicht alle: Vielmehr wird im Lichte ihrer nachhaltigen Expansion vermehrt eine umfassende Reform, wenn nicht Abschaffung der Maßregel gefordert. Da es nur noch eine Frage der Zeit ist, bis sich der Gesetzgeber (in der 20. Legislaturperiode) damit befassen wird, kommt auch der ADSB an dem Thema nicht (mehr) vorbei.

Unterbringung in einer „Entziehungsanstalt“?

Vorab sei in der gebotenen Kürze in Erinnerung gerufen, wovon die Rede ist: Das Strafgericht soll die Zwangsunterbringung in einer solchen geschlossenen Entziehungsanstalt (die diesen Namen seit den 1960er Jahren trägt; früher, also ab 1933: Trinkerheilanstalt) anordnen, wenn der Angeklagte die ihm zur Last gelegten Straftaten beging, weil er den „Hang“ hat, „berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen“ (so der antiquierte Sprachgebrauch), und die Gefahr besteht, dass er auch zukünftig „erhebliche rechtswidrige Taten“ begehen wird, die auf diesen Hang zurückzuführen sind (§ 64 S. 1 StGB). Anders als im Zusammenhang mit Alkohol handelt es sich bei

den erheblichen rechtswidrigen Taten Drogenabhängiger zumeist um Fälle sog. Beschaffungskriminalität (seien es Delikte des BtMG, als insb. Drogenhandel, seien es anderweitige zur illegalen Beschaffung von Drogen bzw. den Mitteln für deren Erwerb, also etwa Diebstähle, Einbrüche etc.).

Das Gericht soll eine solche geschlossene Zwangstherapie – in aller Regel neben einer Freiheitsstrafe – nur anordnen, wenn im Einzelfall die konkrete Aussicht auf einen Erfolg der „Entziehungsbehandlung“ besteht, oder in den Worten des Gesetzes (das damit den Vorgaben des BVerfG von 1994 folgte) „die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt ... zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen“ (§ 64 S. 2 StGB). Das Ziel der Behandlung in jenem „Maßregelvollzug“ sei es, den Untergebrachten „von seinem Hang zu heilen und die zugrunde liegende Fehlhaltung zu beheben“ (§ 137 StVollzG). Dass die genannten Rechtsgrundlagen alleine schon wegen ihres – gelinde gesagt – befremdlichen Sprachgebrauchs dringend reformbedürftig wären, liegt auf der Hand, reflektiert aber nur den kleineren Teil der aktuellen Probleme.

Die Maßregel wird – nach Rechtskraft des Urteils – vor der Begleitstrafe vollstreckt (es sei denn, letztere beträgt deutlich mehr als drei Jahre: § 67 Abs. 2 und 3 StGB) und auf diese angerechnet bis auf ein verbleibendes Restdrittel (Abs. 4). Das Ziel – nach Therapierfolg (der regelmäßig überprüft wird: § 67e StGB) – ist die Aussetzung der Maßregel und der Reststrafe auf Bewährung, wobei letzteres bereits nach Erreichen des Halbstrafenzeitpunkts möglich ist (§§ 67d Abs. 2, 67 Abs. 2 und 5, 57 StGB). So weit so gut, jedenfalls in der Theorie des Gesetzgebers. Die praktischen Probleme sind vielfältig:

Maßregelvollzug zwischen Übermaß und Erledigung

Zunächst zurück zur Eingangsthese, die Entziehungsanstalt ‚erfreue‘ sich zunehmender Beliebtheit: Die Zahl strafgerichtlicher Anordnungen steigt seit Jahren kontinuierlich an (Steinert, Traub & Weitz in: Müller & Koller, 2020, 90 ff.), wobei solche im Zusammenhang mit Drogenabhängigkeit verstärkt im Vordergrund stehen (Seifert 2021; Riedemann/Berthold 2020; Konrad, Huchzermeier & Rasch 2019, 196). Dies ist in der Belegung der Anstalten abzulesen, die sich in den letzten 10 Jahren nahezu verdoppelt hat auf inzwischen ca. 4.500 Untergebrachte. Der Maßregelvollzug gem. § 64 StGB ist notorisch „am Limit“ (Querengässer et al., 2020): Die Einrichtungen sind kontinuierlich ausgelastet und z.T. überbelegt; es bestehen Wartelisten, die entweder dazu führen, dass Verurteilte zu Unrecht im Justizvollzug in sog. „Organisationshaft“ verharren (müssen) oder aber mit ihren gerichtlich und gutachterlich attestierten massiven Drogenproblemen in Freiheit sich selbst überlassen bleiben.

Auf der Suche nach Gründen für diese Entwicklung ist zunächst einmal festzustellen, dass die Gesetzeslage nicht nur weitgehend unverändert gilt, sondern 2007 sogar mit dem Ziel der Reduktion von Einweisung und Belegung – insoweit vergeblich – verschärft wurde. Der BGH trägt mit dazu bei, den Einweisungs- und Belegungsdruck zu erhöhen: Regelmäßig sendet er (ungeachtet dessen, wer jeweils warum Revision

eingelegt hat) Signale aus, die Unterbringung gefälligst anzuordnen, wenn die Voraussetzungen vorliegen (ausf. *Walther 2020* und *Radtke* in: Müller & Koller, 2020, 57 ff.). Dass signifikant häufiger Drogenabhängige erhebliche rechtswidrige Taten begehen, ist hingegen nicht belegt. Das alles kriminologisch, rechts- und drogenpolitisch zu bewerten, fällt schwer, muss hier aber auch nicht geleistet werden.

Entlassungen zum Halbstrafenzeitpunkt, eigentlich gesetzgeberisches Programm, sind selten: Soweit die Therapie erfolgreich verläuft, können die Verurteilten froh sein, wenigstens zum Zweidrittelzeitpunkt entlassen zu werden. Parallelstrafen aus anderen Verfahren sind nicht selten, bergen jedoch – außer in sog. Härtefällen (§ 67 Abs. 6 StGB) – die Gefahr, dass sich an eine erfolgreiche Therapie im Maßregelvollzug noch Strafvollstreckung anschließt, die droht, erreichte Therapieerfolge wieder zunichte zu machen. Wird zu viel Strafe vor der Maßregel vollzogen, droht wiederum die ggf. vorhandene Motivation Betroffener verloren zu gehen.

Wie erwähnt, wird der Therapieerfolg (und die sog. Entlassungsreife) regelmäßig gerichtlich überprüft, wobei allerdings jeweils auch die o.g. Frage im Raum steht, ob der weitere Maßregelvollzug (immer) noch eine konkrete Aussicht auf einen Therapieerfolg verspricht; andernfalls erfolgt – früher oder später – die sog. Erledigung (§ 67d Abs. 5 StGB) mit der Folge einer Verlegung in den Vollzug der Strafe, die dann in der Regel bis zur sog. Endstrafe vollstreckt wird. Die Erledigungsquote schwankt von Zeit zu Zeit und von Ort zu Ort, beträgt aber teilweise bis zu 70 % (*Pollähne & Kemper, 2007*).

Fehleinweisungen?

Sind sog. „Fehleinweisungen“ das Problem, oder erweist sich der § 64-Komplex selbst als kriminalpolitische Fehleinweisung in das Strafrecht? (*Pollähne & Kemper, 2007*; *Steinert, Traub & Weitz* in: Müller & Koller, 2020, 84 ff.) Die anhaltenden Versuche, durch verbesserte Diagnostik resp. Selektion die Einweisung solcher Personen in den Maßregelvollzug zu verhindern, für die dieser entweder gar nicht gedacht ist oder aber die früher oder später sowieso ‚erledigt‘ werden (vgl. *Querengässer & Schiffer 2020*; *Rotermund 2017*), erweist sich als Sackgasse. Da wird auch eine erweiterte Unterbringung zur Begutachtung gem. § 81 StPO und/oder eine probatorische Einstiegsphase absehbar nicht weiterhelfen (so aber *Querengässer et al. 2016*; vgl. auch *Koller & Müller, 2021* mit dem Vorschlag eines Vorbehalts der Anordnung).

Dabei gerät zudem leicht aus dem Blick, in welchem Ausmaß der Justizvollzug selbst belastet wird durch Gefangene mit mal mehr mal weniger massiven Suchtproblemen bzw. – je nach Perspektive – Strafgefangene wegen ihrer Drogenprobleme im Gefängnis besonderen Belastungen ausgesetzt sind: Im bestehenden System ist es eine völlig offene Frage, ob sich in den Entziehungsanstalten mehr Personen befinden, die nicht dorthin, sondern ins Gefängnis ‚gehören‘, oder ob nicht umgekehrt im Justizvollzug mehr Personen zu finden sind, die ‚eigentlich‘ im Maßregelvollzug untergebracht sein müssten. Günstigstenfalls ein Nullsummenspiel: so kommt man nicht weiter.

Gerade in puncto Beschaffungskriminalität kommt zudem die Absurdität der strafrechtlichen Prohibition besonders drastisch zum Ausdruck: Die künstliche Erzeugung resp. Aufrechterhaltung eines Schwarzmarktes für illegalisierte Drogen brockt dem

Kriminaljustizsystem doch erst die Probleme ein, die es mit Bordmitteln gar nicht lösen kann. Das fragwürdige System der 35er-Therapien ist dafür nur ein Ausdruck, der durch die Entziehungsanstalten noch zugespitzt wird. Über die Notwendigkeit auch (teil-)stationärer Angebote der Suchttherapie ist damit selbstverständlich noch gar nichts gesagt, aber die letztlich durch die jeweilige Begleitstrafe (und damit letztlich durch Tatschuld) induzierte überlange Dauer der suchtherapeutischen Freiheitsentziehung von nicht selten 2 bis 3 Jahren entbehrt jeder fachlichen Legitimität. Insgesamt erscheint – nicht zuletzt aus der fachlichen Perspektive – die gesamte Konstruktion und Praxis als unverhältnismäßig (Steiner, Traub & Weitz in: Müller & Koller, 2020, 84 f.).

Eine Reform scheint also überfällig: aber welche?

Auf ein „so kann es nicht weitergehen“ können sich alle mühelos verständigen, eher gestern als heute. Reformvorschläge liegen auf dem Tisch (Querengässer et al., 2016; Schalast, 2017; Koller & Müller, 2020 und 2021; Wathen, 2020; DGPPN, 2021).

„More of the same“ darf es nicht geben. Den letztlich justiziell erzeugten Belegungsdruck durch den weiteren Ausbau von Entziehungsanstalten aufzufangen, ist keine Lösung. Die bestehenden strukturellen und praktischen Probleme stationärer Kriminal-Sucht-Therapie würden damit allenfalls zeitlich verlagert, die Lage nur vorübergehend entspannt, letztlich aber auf quantitativ höherem Niveau perpetuiert.

„Weg damit“ (esse delendam) ist aktuell aber auch keine Forderung, die weiter hilft: Ob und ggf. wofür und in welchem rechtlichen Rahmen die bestehenden „Entziehungsanstalten“, die durchweg ohnehin mal mehr, mal weniger an Justizvollzugsanstalten erinnern, gebraucht werden, wäre eine fachliche Debatte wert (zum ambulanten System der Schweiz Höfer et al. in: Müller & Koller, 2020, 137 ff.) – die beschriebenen Probleme wären damit aber auch nicht „weg“. Ob es dafür des § 64 StGB (zzgl. all der z.T. erwähnten Begleitvorschriften) als Grundlage bedarf, ist jedoch eine andere Frage. Die Abgrenzung der Anwendungsbereiche des § 35 BtMG einerseits und des § 64 StGB andererseits ist (ungeachtet des Sonderproblems der von § 35 BtMG nicht erfassten Alkoholiker) ohnehin kaum nachvollziehbar (diff. Binder & Lang, 2021).

Das Ganze als „Zusatzangebot“ zum Regelvollzug zu organisieren (Querengässer et al., 2016; ähnlich Konrad, Huchzermeier & Rasch, 2019, 200 f. und Steiner, Traub & Weitz in: Müller & Koller 2020, 99 f.) erscheint diskutabel, wobei Blicke über den nationalen Tellerrand (vgl. zur Schweiz Höfer et al. in: Müller & Koller, 2020, 137 ff.) hilfreich sein können, blendet aber die notorischen Unzulänglichkeiten des Justizvollzugssystems gerade in puncto Gesundheitsversorgung, Drogenberatung und Suchttherapie aus.

Der Versuch, die Einweisungszahlen über eine Änderung der Rechtsgrundlagen im StGB zu reduzieren (ausf. Koller & Müller, 2021), ist 2007 pp. bereits einmal gescheitert (s.o.): Aktuelle Vorschläge zur Umformulierung des § 64 erweisen sich auch deshalb als nicht zielführend. Den Begriff „Hang“ z.B. durch „Abhängigkeit“ o.Ä. zu ersetzen, hilft nicht wirklich weiter (vgl. auch Walthen, 2020 und DGPPN, 2021) und könnte sich letztlich als wirkungslose Modernisierung erweisen (s. auch Konrad, Huchzermeier & Rasch 2019, 200); auch die Anknüpfung an eine Verminderung der

Schuldfähigkeit (*Schalast, 2017*, ähnlich *DGPPN, 2021*; noch weitergehend *Koller & Müller, 2021*) wäre eher systemfremd (vgl. zum Ganzen auch *Binder & Lang, 2021*).

Vorschläge, das Vollstreckungsrecht rund um § 64 StGB unattraktiver zu gestalten, um Angeklagten einen Anreiz zu nehmen, dem Weg in die Entziehungsanstalt den mutmaßlichen Vorzug zu geben (ausf. zum vermeintlichen „Missbrauch“ *Schalast 2017*), sind zurückzuweisen: Ganz abgesehen davon, dass zahlreiche Angeklagte ohnehin nicht gut beraten sind, auf die § 64-Karte zu setzen, sollte z.B. nicht weiter darüber nachgedacht werden, die in § 67 Abs. 5 StGB verankerte Erleichterung der Halbstrafenaussetzung – in der Praxis ohnehin nur selten erreichbar (s.o.) – zu streichen (so aber etwa *Schalast, 2017* und *DGPPN, 2021*), sondern den Anwendungsbereich der vorzeitigen Aussetzung bereits nach der Hälfte der Strafe für alle Gefangenen auszuweiten. Wer vermeintliche Fehlanreize beseitigen will, müsste ja konsequenterweise auch das Recht des Maßregel-Vollzuges verschärfen, also etwa sog. Lockerungen oder den offenen Vollzug reduzieren: Rechtlich und fachlich ein Weg in die Irre.

Es fällt nach allem schwer, ein Patentrezept zu formulieren, dass es in Anbetracht der Komplexität der Problemlagen auch nicht geben wird. Wichtig wäre, das Gesamtsystem auf den Prüfstand zu stellen, also den drogen- und kriminalpolitischen, strafrechtlichen und -justiziellen Umgang mit Drogen und Sucht. Die aktuelle Fixierung auf die „Entziehungsanstalten“ wird der Herausforderung nicht gerecht. Die Reformvorschläge erscheinen kurzsichtig und werden die meisten Probleme eher verschieben als lösen.

Literatur

- Binder, D. & Lang, C. (2021): Die trichterliche Entscheidung zur therapeutischen Behandlung betäubungsmittelabhängiger Straftäter. *Strafverteidiger* 41: 273-278.
- Böllinger, L. (2015): Drogenprohibition - Verfassungswidrige Verirrung des Strafrechts. *Vorgänge* 54 (212): 95-105.
- DGPPN (2021): Neuregelung des § 64 StGB aus psychiatrischer Sicht. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. www.dgppn.de/schwerpunkte/aktuelle-positionen-1/aktuelle-positionen-2021/Neuregelung-64-StGB.html
- Koller, M. & Müller, J. (2021): Ein Vorschlag zur Reform des § 64 StGB. *Strafverteidiger* 41: 265-273.
- Konrad, N., Huchzermeier, C. & Rasch, W. (2019): Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. 5. Aufl. Kohlhammer: Stuttgart.
- Müller, J. & Koller, M. (Hrsg.) (2020): Reformansätze zur Unterbringung nach § 64 StGB. Der zweischneidige Erfolg der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt. Kohlhammer: Stuttgart.
- Pollähne, H. (2017): Zwischen Therapie und Strafe. *Strafverteidiger* 37: 337-342.
- Pollähne, H. & Kemper, A. (2007): Fehleinweisungen in die Entziehungsanstalt (§ 64 StGB). LitVerlag. Berlin.
- Querengässer, J. et al. (2016): Neue Wege in die Entziehungsanstalt. Reformvorschläge für den § 64 StGB. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 36: 508-513.

- Querengässer, J. et al. (2020): Entziehungsanstalten am Limit – normaler Evolutionsprozess oder drohender Kollaps? *Werkstattsschriften Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 27: 28-43.
- Querengässer, J. & Schiffer, B. (2020): Die Prognose des Behandlungserfolgs einer Unterbringung gemäß § 64 Strafgesetzbuch – methodische (Selbst-)Kritik und Neuausrichtung. *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform* 103: 121-128.
- Rotermund, P. (2017): Prädiktoren für Therapieabbrüche unter besonderer Berücksichtigung der Privilegierung im Maßregelvollzug gemäß § 64 Strafgesetzbuch. Diss. Uni Jena.
- Schalast, N. (2017): Missbrauch der Entziehungsanstalt. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 37: 433-439.
- Schmidt-Semisch, H. (2020): Von der Abstinenz zur Akzeptanz. *Das Parlament* 70 (49-50): 24-30.
- Seifert, D. (2021): Unterbringung im Maßregelvollzug gem. § 64 StGB. In: Dreßing, H. & Habermeyer, E. (Hrsg.) (2021): *Psychiatrische Begutachtung*. 7. Aufl. Urban & Fischer / Elsevier: München, 434-450.
- Walther, A. (2020): Reformbedarf bei der Maßregel des § 64 StGB. *Juristische Rundschau* 73: 296-307.

„Letztlich empfahl der Anstaltsarzt meinem Bruder, sich im Hof Drogen zu besorgen“

Claudia Jaworski hat ihrem heroinabhängigen Bruder Substitutionsmittel ins Gefängnis geschmuggelt, weil ihm die Therapie in Haft verweigert wurde – und steht nun selbst vor Gericht. Aus einer besorgten Schwester wurde eine Aktivistin.

Interview: Marion Nawrath; Bericht: Holger Wicht

Zusammenfassung

Es ist ein Teufelskreis: Sucht, Straffälligkeit, Inhaftierung – und wieder von vorne. Jahrelang hat Claudia Jaworski ihrem drogenabhängigen Bruder dabei zusehen müssen. Es schien keinen Ausweg zu geben. Während seines letzten Gefängnisaufenthalts, in der JVA Bernau in Bayern, entschied sie sich einzugreifen: Bei einem Besuch brachte sie ihm das Substitutionsmittel Subutex mit. Doch die beiden wurden kurz nach der Übergabe erwischt.

Frau Jaworski, Sie sind eigentlich Fernsehredakteurin, üben den Beruf aber momentan nicht aus. Wie kam es dazu?

Das hängt mit dem Fall meines Bruders zusammen. Ich war in der Entertainment-Branche tätig, aber als ich nach und nach Einblick bekommen habe, was sich hinter den Mauern unserer Gefängnisse abspielt, konnte ich diesen Spagat nicht mehr bewältigen. Prominenten schenken wir eine Bühne und rücken sie ins Rampenlicht, obwohl es auf der anderen Seite Menschen gibt, die nicht gesehen und nicht gehört werden. Das ist ein gewaltiges Ungleichgewicht, das ich moralisch nicht aushalten konnte.

Erzählen Sie uns von Ihrem Bruder.

Mein Bruder ist jetzt 36 und seit 17 Jahren heroinabhängig. Ich habe lange zugeguckt, wie er sich im Kreis dreht, und hatte entsprechend viel Gelegenheit zu begreifen, dass Sucht eine schwere chronische Erkrankung ist. Ich muss zugeben, dass auch ich mich lange vom Abstinenzgedanken habe leiten lassen: Richtig macht man es demnach nur, wenn man vollkommen clean ist – am besten sofort. Diese Vorstellung ist immer noch vorherrschend in unserer Gesellschaft. Dementsprechend habe ich das Thema Sucht moralisch betrachtet und ihm mangelnden Willen und Charakterschwäche unterstellt. Das ist fatal, weil es die medizinischen Aspekte völlig außer Acht lässt. Einem suchtkranken Menschen ist nicht geholfen, wenn man ihm Vorwürfe macht. Ich habe meinem Bruder damit Unrecht getan. Das zu begreifen, war ein Erkenntnisprozess, der Zeit brauchte.

Wie kam es dazu, dass Sie schließlich Substitutionsmittel ins Gefängnis gebracht haben?

Zunächst mal: Alle seine Inhaftierungen beruhten auf konsumnahen Delikten, also auf genau solchen Schwierigkeiten, die sich mit einer fachgerechten Substitutionsbehandlung eigentlich vermeiden lassen. Sein Leben war ein ständiges Wechselspiel zwischen Freiheit und Haft. 2018 landete er in der JVA Bernau. Er hatte zu seiner Substitutionspraxis häufig pendeln müssen, hatte aber kein Geld dafür. Also fuhr er entweder schwarz oder finanzierte sich die Tickets auf fragwürdige Weise. Erneut landete er in der Illegalität – und wieder im Gefängnis.

Wurde die Substitution im Gefängnis nicht fortgesetzt?

Nein. Aber das habe ich leider erst spät erfahren. Mein Bruder erzählte uns, seiner Familie, vieles nicht mehr, weil wir diese Vorwurfshaltung hatten. Wer hat schon Lust sich permanent Moralpredigten anzuhören und sich zu rechtfertigen? Aber wir haben ihn regelmäßig besucht, alle zwei Wochen. Dabei habe ich beobachten müssen, dass mein Bruder besorgniserregend abbaute. Sowohl psychisch als auch körperlich. Irgendwann habe ich ihm auf den Zahn gefühlt. Er erzählte mir, dass er ein Disziplinarverfahren nach dem anderen bekam.

Er wurde für Fehlverhalten innerhalb der JVA bestraft?

Sobald du eine positive Urinkontrolle hast, wenn also der Konsum von „Betäubungsmitteln“ – darunter fallen Drogen, aber auch Substitutionsmittel – nachgewiesen wird, werden alle Register gezogen. Bis hin zum Bunker.

„Bunker“ hört sich mittelalterlich an. Was genau bedeutet das?

Das ist ein anderes Wort für Isolationshaft. Als wäre es nicht genug Strafe, dass Häftlinge wegen positiver Urinkontrolle keine Einkäufe tätigen oder fernsehen dürfen. Ihnen wird jede Möglichkeit zur Zerstreuung genommen, die in Haft aber elementar ist. Oft verlieren sie sogar ihren Job. Und dann kommt die Bunkerstrafe noch obendrauf. Mein Bruder saß Tage, einmal sogar mehrere Wochen am Stück, isoliert in einer kleinen Einzelzelle mit einem winzigen Fenster. Nur die Bibel darfst du dort lesen. Dementsprechend war er depressiv und psychisch instabil. Erst als er mir davon berichtet hat, habe ich erfahren, dass ihm über den kompletten Zeitraum der Haft das Substitutionsmittel verweigert worden war. Letztlich wurde er für die Folge des Fehlverhaltens des Anstaltsarztes bestraft. Das ist doch irre!

Substitution nimmt den Suchtdruck – hätte also weiteren Substanzkonsum verhindern können. War das der Moment, in dem Sie beschlossen haben selbst zu handeln?

Nicht sofort. Ich fand das zwar entsetzlich und habe mich gefragt, wie es sein kann. Aber zunächst habe ich angefangen mich in die Suchtproblematik einzulesen und Fachleute zu konsultieren. Ich habe viele Bücher gelesen, die die Psychodynamik hinter der Opiatabhängigkeit erklären. Damals hörte ich auch zum ersten Mal vom Äquivalenzprinzip: Die medizinische Versorgung in Haft darf nicht schlechter sein als die von Kassenpatient*innen draußen. Da ist mir klargeworden: Die Strafe ist der Freiheitsentzug. Der darf aber nicht zusätzlich zum Entzug von Menschenrechten beziehungsweise medizinischer Versorgung führen.

Was hat den Ausschlag gegeben, dass Sie tätig wurden?

Ich habe in diesem Moment endlich verstanden, dass mein Bruder Substitution brauchte. Dann habe ich noch aus der Presse erfahren, dass in seiner JVA ein Häftling zu Tode gekommen war und dass Verdacht auf unterlassene Hilfeleistung bestand. Da beschloss ich einzugreifen, um meinem Bruder ein solches Schicksal zu ersparen. Immerhin ist der Auslöser gewaltvoller Auseinandersetzungen meistens drogenbedingt.

Hat Ihr Bruder denn in Haft nicht nach Substitution gefragt?

Doch, gleich zu Beginn. Die Behandlung wurde ihm so selbstverständlich verweigert, dass er die Hoffnung verlor. Der Anstaltsarzt schlug ihm allen Ernstes vor, sich „das Zeug“ auf dem Hof zu besorgen. Damit hat er seine Fürsorgepflicht verletzt und eigentlich auch gegen die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung verstoßen. Unfassbar.

Also haben Sie die Sache selbst in die Hand genommen und ihm Subutex organisiert, ein Medikament, mit dem er auch vorher schon behandelt worden war. War Ihnen klar, dass Sie sich damit strafbar machen?

Mir war vor allem klar, dass mein Bruder dringend Hilfe brauchte und dass es keine Chance gab, eine Substitutionsbehandlung in der JVA schnell zu erwirken, ohne den Rechtsweg zu beschreiten. Für mich war das eine „Notstandshandlung“, wie es juristisch heißt. Der Zustand meines Bruders war so alarmierend, dass ich aus tiefer Überzeugung gehandelt habe. Ich habe ihm zwei Tabletten unauffällig in die Hand gedrückt. Leider ist er noch während meines Besuchs damit aufgefliegen.

Was ist passiert?

Mein Bruder musste auf die Toilette und es gab eine schnelle Routinekontrolle. Dabei werden die Hosentaschen abgeklopft und so weiter. Er hat die Tabletten zwar vorher noch schnell rausgeholt, aber sie haben sie trotzdem entdeckt.

Wurden Sie sofort verdächtigt?

Ja. Auch wenn mein Bruder geleugnet hat, die Tabletten von mir zu haben. Ich habe dann wegen des Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz einen Strafbefehl über 90 Tagessätze à 80 EUR erhalten. Macht 7200 EUR.

Wenn Sie das Geld gezahlt hätten, wäre die Geschichte für Sie erledigt gewesen. Warum lassen Sie es trotzdem auf eine Verhandlung ankommen?

Ich will unbedingt die verborgenen Zusammenhänge aufs Tapet bringen. Ich möchte erzählen, warum ich so gehandelt habe. Und ich möchte, dass so viele Menschen wie möglich davon erfahren. Deswegen habe ich mich auch sehr über das Medieninteresse gefreut. Eigentlich sollte mein Fall schon letztes Jahr verhandelt werden, aber einen Tag vor dem Termin hat der Bayerische Rundfunk einen kritischen Beitrag über die Substitutionspolitik der JVA Bernau ausgestrahlt. Noch am selben Tag hat die Richterin die Verhandlung ohne Begründung abgesagt.

Das Engagement für Ihren Bruder hat Ihr Leben komplett umgekrempelt. Wie reagiert Ihr Umfeld darauf?

Viele fragen mich entsetzt, warum ich mich freiwillig an den Pranger stelle und was mein Arbeitgeber wohl sagen wird, wenn er mein Führungszeugnis sieht. Genau diese Haltung finde ich ja so fragwürdig. Wenn deren Verständnis von Moral lautet, möglichst glimpflich davon zu kommen, beschmutze ich gerne meine weiße Weste. Was ist ein Eintrag ins Führungszeugnis im Vergleich zu systematischen Rechtsbeugungen hinter den Mauern? Sich um meine Zukunft zu sorgen, ist niedlich. Wirklich essenziell und akut ist die Sorge um die Lage von Inhaftierten, die menschenunwürdig behandelt werden.

Verletzt Sie diese Haltung?

Ja, denn das ist ja genau die Doppelmoral die ich anprangere. Es wird nur die eine Seite der Mauer gesehen. Manchmal bin ich regelrecht verzweifelt darüber. Natürlich ist es unbequem, das Thema anzugehen. Und es erfordert Mut. Aber wenn jemand wie ich, jemand mit einer weißen Weste, in einem Rechtsstaat bei einem legitimen Anliegen eine illegale Handlung als einzigen Ausweg sieht, dann ist doch wohl dies das eigentliche Problem.

Was erhoffen Sie sich von der Verhandlung?

Zunächst einmal, dass sie nicht zu einem bürokratischen Routineakt verkommt. Das lass ich nicht zu. Es wäre schon viel gewonnen, wenn die Justiz sich ihren Auftrag der Fürsorgepflicht und der Justizvollzugskontrolle in Erinnerung riefe und ihre Aufgabe nicht nur auf das Demonstrieren staatlicher Autorität und Hoheit beschränken würde. Langfristig würde ich mir eine Sensibilisierung des öffentlichen Bewusstseins für Suchterkrankungen wünschen. Denn was wirklich geächtet gehört, ist eine andere Art von Abhängigkeit: die Pfadabhängigkeit.

Das bedeutet, dass immer wieder die gleichen Wege beschritten werden – auch wenn es bessere Alternativen gäbe. Was meinen Sie hier konkret damit?

Unsere Gefängnisse, gerade in Bayern, sind auf einem mittelalterlichen „Strafe muss sein“-Trip hängen geblieben. Einer permanent um sich selbst kreisenden Logik à la „das Gefängnis ist ein Gefängnis ist ein Gefängnis“. Warum Alternativen, wenn es Gefängnisse gibt? Strafe muss sein, sonst wäre es keine Strafe. Was Recht ist, muss Recht bleiben. DAS ist ein wirklich fragwürdiges Abhängigkeitsmuster, was endlich abgesperrt oder abgeschafft gehört!

Frau Jaworski, wie geht es Ihrem Bruder heute?

Inzwischen ist er wieder in Freiheit und bekommt die Behandlung, die ihm zusteht.

Vielen Dank für das offene Gespräch!

Der Prozess gegen Claudia Jaworski findet nach Redaktionsschluss vor dem Amtsgericht Rosenheim statt. Die Deutsche Aidshilfe berichtet darüber auf aidshilfe.de.

Harm Reduction als Kooperationsmodell: Die Entwicklung einer landesweiten Empfehlung für schadensmindernde Ansätze in NRW

Domenico Fiorenza

Zusammenfassung

Der Beirat der Suchtkooperation NRW (ehemals Landesstelle Sucht NRW) und die Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW haben im August 2020 eine gemeinsame Harm-Reduction-Empfehlung verabschiedet. Sie beschreibt den gegenwärtigen „state of the art“ der Harm-Reduction-Maßnahmen für drogengebrauchende Menschen, auf den sich das Land NRW, die Kommunen und Freien Träger geeinigt haben. Nicht nur das Ergebnis, auch der Prozess wurde von den beteiligten Akteuren als wegweisend wahrgenommen: Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ebenen sowie zwischen den beiden Hilfesystemen HIV/Aids und Sucht hat einen starken Konsens erzeugt. Dies kann eine Blaupause für andere Bundesländer sein.

Drogenpolitik wird auf Bundesebene gemacht – dieser Eindruck könnte entstehen, folgt man aktuellen und vergangenen Debatten um drogenpolitische Reformen. Richtig ist, dass Gesetze und Verordnungen auf Bundesebene den gesetzlichen Rahmen vorgeben. Innerhalb dieses Rahmens haben Länder und Kommunen jedoch Spielraum und können eigene Akzente setzen. Bekanntes Beispiel ist § 10a des (bundesweit geltenden) Betäubungsmittelgesetzes, der seit dem 1. April 2000 erstmalig den Betrieb von Drogenkonsumräumen regelte. Acht von 16 Bundesländern haben sich seit der Gesetzesänderung vor mehr als 20 Jahren auf den Weg gemacht, diesen Spielraum auszunutzen. Unter diesen Bundesländern findet sich auch NRW mit der Verordnung über den Betrieb von Konsumräumen vom 26. September 2000. Die Umsetzung wiederum findet in den Kommunen und in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe statt, in NRW in den aktuell elf Drogenkonsumräumen.

In NRW ist der gesetzliche Rahmen vielfach zugunsten von Harm Reduction und Gesundheitsförderung ausgestaltet worden

Ähnlich wie der Betrieb von Drogenkonsumräumen werden die Rahmenbedingungen vieler weiterer Harm-Reduction-Maßnahmen auf Landes- und auf kommunaler Ebene entscheidend mitbestimmt. Dies gilt beispielsweise für den Umfang und die Ausgestaltung von Beratungs- und Testangeboten, der Konsumutensilienvergabe (z.B. über Spritzenautomaten) oder die Vergabe des Notfallmedikaments Naloxon. In Nordrhein-Westfalen ist dieser Spielraum oftmals zugunsten der Gesundheitsförderung drogengebrauchender Menschen ausgestaltet worden. Harm Reduction ist in Nordrhein-Westfalen ein etabliertes und bewährtes Konzept in der Arbeit vieler Aidshilfe- und Drogenhilfeeinrichtungen.

Einige Zahlen zur Veranschaulichung:

- 2019 wurden in zehn Drogenkonsumräumen in NRW (elf Konsumräume seit 2020) 298.940 Konsumvorgänge erfasst sowie 25.585 medizinische Hilfen und 17.227 psychosoziale Interventionen geleistet (Landesstelle Sucht NRW, 2020)
- 2020 wurden über 111 Spritzenautomaten 142.000 Spritzensets bezogen, darüber hinaus wurden 1.645.057 lose Spritzen durch mehr als 70 Einrichtungen ausgegeben (Aidshilfe NRW, 2021)
- Mindestens elf Einrichtungen halten zielgruppenspezifische Beratungs- und Testangebote auf HIV und Hepatitis C für drogengebrauchende Menschen vor, hinzu kommen mehr als zehn allgemeine Beratungs- und Testangebote in Aidshilfen und über 50 in den Beratungsstellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Suchtkooperation NRW/Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW, 2021)

Bei drogenbedingten Infektionskrankheiten und Todesfällen ist kein Rückgang zu verzeichnen

Diesen und weiteren vielfältigen Maßnahmen stehen 401 drogenbedingte Todesfälle in NRW in 2020 gegenüber, ein Anstieg von rund 40 Prozent gegenüber 2019 (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2021). Die ohnehin seit mehreren Jahren auf Bundes- wie auf Landesebene steigenden Zahlen sind sicherlich durch die Corona-Pandemie und den zeitweisen Wegfall von bzw. die Einschränkungen bei Hilfsangeboten weiter verschärft worden, so auch die Analyse der Bundesdrogenbeauftragten. Doch auch vor Corona war der Handlungsbedarf ersichtlich. 29.980 drogenbezogene nicht-tödliche Notfälle wurden 2017 vollstationär in den Krankenhäusern in NRW behandelt (Bundesamt für Statistik 2018). Knapp 15 Prozent aller HIV-Neuinfektionen in NRW wurden in 2019 durch injizierenden Drogengebrauch verursacht, auch hier die Tendenz in den letzten Jahren leicht steigend (Robert Koch-Institut, 2020a), sowie knapp 64 Prozent aller Hepatitis-C-Erstdiagnosen (Robert Koch-Institut, 2020b). Nicht zuletzt aus der DRUCK-Studie sind die hohen Prävalenzen von Infektionskrankheiten bei drogengebrauchenden Menschen, Defizite bei der Verfügbarkeit von Konsumutensilien und Informationsbedarf zu Prävention und Safer Use bekannt (Robert Koch-Institut, 2016).

Handlungsbedarf wurde auf ministerieller Ebene identifiziert

Konkreter Auslöser für die Bildung einer landesweiten Arbeitsgruppe Harm Reduction war die Studie „harm reduction 24-7: Die Versorgung von harm reduction-Materialien über Automaten für Drogenkonsumenten in NRW“ von Daniel Deimel (Deimel et al., 2018). Die Studie hatte auf bestehende Versorgungslücken hingewiesen und Handlungsempfehlungen aufgezeigt. Denn auch in NRW sind gleichwertige Lebensverhältnisse, was den Zugang zu Angeboten der Schadensminimierung und Gesundheitsförderung für drogengebrauchende Menschen angeht, flächendeckend noch längst nicht gegeben. Weiße Flecken auf der Landkarte verweisen auf die ungleichmäßige Verteilung von Spritzenautomaten. Drogenkonsumräume sind bis auf wenige Ausnahmen vor allem ein Großstadt-Thema. Andere Maßnahmen, wie etwa die Schulung zu und Vergabe von Naloxon als lebensrettendes Notfallmedikament, sind trotz breiter Evidenz bisher nur punktuell in Modellprojekten erprobt worden.

Auf Initiative des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW bildete sich im Frühjahr 2019 die Arbeitsgruppe Harm Reduction mit dem Auftrag, eine landesweite Harm-Reduction-Empfehlung zu entwickeln. Die Arbeitsgruppe wurde paritätisch besetzt durch je fünf Mitglieder benannt durch den Beirat der Suchtkooperation NRW (ehemals Landesstelle Sucht NRW) und die Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW.¹ Beate Jagla, Leiterin der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW, und Dorothee Mücken, Leiterin der Geschäftsstelle der Suchtkooperation NRW, steuerten und koordinierten den Prozess.

Die Arbeitsgruppe Harm Reduction setzte bereits durch ihr Format neue Maßstäbe der Kooperation

Bereits die Einrichtung der Arbeitsgruppe war ein Novum: Dies war die erste gemeinsame Arbeitsstruktur beider Gremien, die in dieser Form seit 2011 bestehen. Und sie kann als voller Erfolg bezeichnet werden. Die Arbeitsweise war von Beginn an durch einen offenen Diskurs ohne Denkverbote, durch einen wertschätzenden Austausch von Wissen und Haltungen und das Engagement für ein gemeinschaftliches Ziel geprägt. Der Diskurs orientierte sich an fachlichen Standards, nicht an möglichen Bedenken der vertretenen Institutionen. Zugleich war die Entwicklung der Empfehlung getragen von dem Konsens, mögliche institutionelle Begrenzungen auszuhalten und konstruktiv einzubinden.

Im Verlauf von drei Workshops von Mai bis Dezember 2019 erarbeiteten die Mitglieder der Arbeitsgruppe² sowie die beiden Geschäftsstellen eine gemeinsame Defini-

1 Der Beirat der Suchtkooperation NRW und die Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW sind zwei voneinander unabhängige Gremien. Sie bestehen aus Vertreter*innen der Spitzenverbände der Kommunen und der Freien Wohlfahrtspflege im jeweiligen Fachgebiet (HIV-Prävention und Aidshilfe bzw. Suchtprävention und Sucht(selbst)hilfe) unter Leitung des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales NRW und stellen den fachlichen Austausch der jeweiligen Akteure in NRW sicher. Weitere Informationen zur Zusammensetzung der Gremien finden sich unter www.suchtkooperation.nrw und www.aids-nrw.de.

2 Benannt durch den Beirat der Suchtkooperation NRW wurden folgende Mitglieder: Angelika Schels-Bernards (Referentin für Sucht- und AIDS-Hilfe, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln), Mathias Speich (Fachreferent Suchthilfe und Hilfen nach §67 SGB XII, Der Paritätische NRW), Silvia Wilske (Fachliche Leitung der Krisenhilfe Bochum), Trudpert Schoner (Suchthilfekoordination für die Landeshauptstadt Düsseldorf) und Bettina Brünner (Suchtkoordination Stadt Köln). Benannt durch die Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW wurden folgende Mitglieder: Sabine Wentzky (AIDS-Koordinatorin der Stadt Essen), Reinhild Wantia (Psychiatriekoordination und Aidskoordination Kreis Borken), Domenico Fiorenza (Aidshilfe NRW), Willehad Rensmann (aidshilfe dortmund) und Marco Jesse (VISION, Köln).

tion der fachlichen Grundlagen und der Zielgruppe und trugen Informationen über die gesundheitlichen Risiken der Zielgruppe und die bisherige Angebotsstruktur zusammen. Vor allem aber entwickelten sie Empfehlungen zur Kommunikation und Zusammenarbeit sowie zu konkreten Harm-Reduction-Ansätzen und Maßnahmen vor Ort. Wesentlich waren hierbei die Ressourcen, die durch die Geschäftsstellen zur Verfügung gestellt wurden. Diese ermöglichten ein für eine derartig breite Empfehlung relativ schlankes und schnelles Verfahren. Ebenso signifikant war die gemeinsame Sitzung des Beirats der Suchtkooperation NRW und der Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW – ebenfalls ein Novum – lediglich durch die Corona-Pandemie mit wenigen Monaten Verzug, im August 2020. Großes Vertrauen in die Arbeit und die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Harm Reduction und Kompromissbereitschaft auf den letzten Metern ermöglichten schließlich die Verabschiedung der gemeinsamen Empfehlung.

Die Empfehlung hält Standards der Zusammenarbeit, aber auch konkrete Maßnahmen fest

Am Anfang aller Bemühungen sollte, so die Empfehlung, eine lokale Bedarfsanalyse mit den zuständigen Personen in Politik und Verwaltung, in der Freien Trägerschaft und der Selbsthilfe sowie unter Einbindung angrenzender Themen- und Politikfelder stehen. Auf dieser Grundlage sind Maßnahmen einzuleiten und zu ergänzen mit dem Ziel, gleichwertige Lebensverhältnisse für die Zielgruppe in NRW herzustellen. Unerslässlich hierfür ist es, die Kommunikation und Zusammenarbeit regional, aber auch überregional, zu stärken.

Folgende konkrete Maßnahmen behandelt die Empfehlung:

- Information und Prävention im Bereich übertragbarer Infektionen,
- Spritzen-, Utensilien- und Kondomabgabe,
- Beratung zu Safer Use und Safer Sex,
- Beratung und Tests zu HIV, Hepatitiden, sexuell übertragbaren Infektionen,
- Drogenkonsumräume,
- allgemeine medizinische Hilfen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Vermittlung,
- und Überdosismanagement mit Naloxon.

Keine der genannten Maßnahmen für sich ist zunächst einmal sonderlich revolutionär. Neu ist, dass es ein gemeinsames Verständnis der jeweiligen Maßnahmen gibt (Beispiel bedarfsgerechte Konsumutensilienvergabe statt Spritzentausch), und dass das genannte Maßnahmenbündel den aktuellen fachlichen Standard darstellt. Das bedeutet nicht, dass alle Einrichtungen alle genannten Maßnahmen in vollem Umfang zur Verfügung stellen können oder sollen. Das Land NRW, die Kreise bzw. kreisfreien Städte und die Freien Träger sind jedoch auf Grundlage der Empfehlung dazu aufgerufen, ihr bisheriges Angebot auf dem Hintergrund der Empfehlung zu überprüfen und notwendige Maßnahmen bedarfsorientiert zu ergänzen.

Zudem gilt: Beratung ist gemäß der Empfehlung ein wesentlicher Bestandteil von Harm Reduction. Harm Reduction ist einzubetten in ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsförderung: Es ist kein rein „technisches“ Konzept und umfasst mehr als die Bereitstellung von sterilen Konsumutensilien oder sterilen Konsumorten. Unerlässlich sind ebenso die Beratung zu Safer Use und Safer Sex, zu Prävention, Diagnostik und Behandlung von Infektionskrankheiten, zu alternativen Konsumformen, zur Wirkweise und Zusammensetzung von Substanzen, ggf. auch Substanz- und Schadstoffanalysen.

Fazit

Die Bundesdrogenbeauftragte Daniela Ludwig kam angesichts der kürzlich veröffentlichten Drogentodeszahlen zum Schluss, dass es an der Zeit ist, neue Modelle der Harm Reduction in der Praxis zu erproben. Richtig neu sind die wenigsten Harm-Reduction-Methoden – nicht in Deutschland und nicht in NRW, und erst recht nicht, wenn man einmal einen Blick über den Tellerrand ins europäische Ausland wagt. Dennoch lohnt es sich, das Thema noch einmal neu auf die Tagesordnung zu setzen und einen akteursübergreifenden Diskurs zu initiieren. Denn eine weitere wichtige Botschaft ist: Kooperation lohnt sich! Harm Reduction ist nicht nur ein Randthema für niedrigschwellige Aids- und Drogenhilfeeinrichtungen. Entscheidend ist, dass auf vertikaler Ebene Harm Reduction als wichtiger Baustein der Arbeit mit drogengebrauchenden Menschen über alle Ebenen hinweg anerkannt und mitgetragen wird. Auf horizontaler Ebene ist eine Vernetzung verschiedener Fachbereiche und Hilfesysteme wesentlich.

Abzuwarten bleiben letztlich die konkreten Auswirkungen für die Praxis und insbesondere auf die Lebenswirklichkeit drogengebrauchender Menschen. Empfehlungen wirken oft mittelbar und langfristig und müssen vor Ort mit Leben ausgefüllt werden. Die Erfahrung aus NRW jedenfalls zeigt: Bereits der Prozess kann zu einer wesentlichen Stärkung des Themas und zu einer Stärkung der Vernetzung beitragen und somit den Grundstein legen für eine zukünftig noch nähere Zusammenarbeit.

Literatur

- Aidshilfe NRW (2021): Umfrage zur Abfrage von Einmalspritzen in den Jahren 2018 bis 2020.
- Beirat der Suchtkooperation NRW/Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW (2021): Harm Reduction: Risiken mindern – Gesundheit fördern. Empfehlung zur Schadensminimierung für Menschen in Nordrhein-Westfalen, die illegale psychoaktive Substanzen konsumieren, Köln.
- Bundesamt für Statistik (2018): Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2017.
- Daniel Deimel et al. (2018): harm reduction 24-7: Die Versorgung von harm reduction Materialien über Automaten für Drogenkonsumenten in NRW.

- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2021): Zahl der an illegalen Drogen verstorbenen Menschen während der Coronapandemie um 13 Prozent gestiegen. Pressemitteilung vom 25.03.2021.
- Landesstelle Sucht NRW (2020): Jahresbericht 2019. Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen, Köln.
- Robert Koch-Institut (2020a): HIV im Jahr 2019 in Deutschland: Neuinfektionen und Gesamtkrankheitslast, in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 48, 26. November 2020.
- Robert Koch-Institut (2020b): Hepatitis C im Jahr 2019, in: Epidemiologisches Bulletin Nr. 30/31, 23. Juli 2020.
- Robert Koch-Institut (2016): Abschlussbericht der Studie „Drogen und chronische Infektionskrankheiten in Deutschland“ (DRUCK-Studie), Berlin.

Noch 9 Jahre – eine Zwischenbilanz in Bezug auf die Erreichung der WHO-Eliminierungsziele (HIV, HCV) in Deutschland

Anna Dichtl, Heino Stöver & Dirk Schäffer

Einleitung

Im Folgenden wird auf Grundlage der aktuell verfügbaren Daten eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation von PWID und Gefangenen als von HIV und HCV besonders betroffenen Gruppen vorgenommen. Weiter werden beispielhaft zielgruppenspezifische Entwicklungen in der Praxis vorgestellt, auf deren Basis eine vorsichtige Zwischenbilanz gezogen und abschließend ein Ausblick auf den Weg bis 2030 vorgenommen wird.

HIV und HCV zählen nach wie vor mit zu den schwerwiegendsten gesundheitlichen Folgen des Drogengebrauchs. Angelehnt an die nachhaltigen Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals, SDGs) der **Agenda 2030** der Vereinten Nationen (UN) hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2016 die erste Strategie zur Eliminierung der Virushepatitis bis zum Jahr 2030 vorgelegt [1]. Auch die Beendigung von Aids bis zum Jahr 2030 wurde als Ziel der SDGs formuliert. Als Rahmen für die Umsetzung der Ziele der Agenda 2030 in Deutschland wurde 2017 die **deutsche Nachhaltigkeitsstrategie** verabschiedet [5]. Die „Strategie zur Eindämmung von HIV, Hepatitis B und C und anderen sexuell übertragbaren Infektionen bis 2030“ („**BIS2030**“) [6] ersetzt eine vormals ausschließlich auf HIV und Aids fokussierte Strategie von 2005.

Eine umfassende Bewertung des Stands der Eliminierung von HIV und HCV in Deutschland ist derzeit nicht möglich, da noch nicht alle der WHO definierten Kern- und Zusatzindikatoren erhoben werden, um den Verlauf der Eliminierung von HIV und HCV überwachen zu können. Das RKI hat kürzlich als Ansatz für die Schließung dieser Datenlücken gemeinsam mit zahlreichen Expert*innen Vorschläge zur Konstruktion besagter Indikatoren und der Verwendung relevanter Datenquellen gemacht (Zimmermann R, Külper-Schiek W, Steffen G, et al. Wie lässt sich die Eliminierung von Hepatitis B, C und D in Deutschland messen? Ergebnisse eines interdisziplinären Arbeitstreffens. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2021; 64: 77–90. doi:10.1007/s00103-020-03260-2).

Die von der WHO formulierten Ziele bis 2030

Um die Beendigung von HIV und HCV bis 2030 zu erreichen hat UNAIDS drei Ziele formuliert, um dies für HIV/AIDS zu erreichen:

- 95 Prozent der Menschen, die mit HIV leben, sollen bis 2030 ihren Infektionsstatus kennen
- 95 Prozent von diesen sollen eine antiretrovirale Behandlung erhalten
- und wiederum von 95 Prozent der Menschen in Therapie die Viruslast erfolgreich unterdrückt sein.

Für 2020 liegen die Zwischenziele jeweils bei 90 Prozent. Global betrachtet sollen bis 2020 die Neuinfektionen im Jahr auf 500.000 bei Erwachsenen, bis 2030 auf 200.000 gesenkt werden. Außerdem soll die Diskriminierung von Menschen mit HIV und AIDS vollständig beseitigt werden [4]. In Bezug auf HCV schreiben die WHO-Ziele fest,

- dass bis 2030 90 Prozent aller HCV-Infizierten diagnostiziert sind
- und 80 Prozent der Behandlungsbedürftigen behandelt sind
- zudem soll die Inzidenz um 90 Prozent reduziert werden (bis 2020 um 30%)
- sowie der HBV- und HCV-assoziierten Todesfälle um 65 % (bis 2020 um 10%).

Noch 9 Jahre bis 2030 – HIV und HCV in den Schlüsselgruppen aktuell

In Deutschland wurden die Ziele der WHO in Bezug auf die Allgemeinbevölkerung im Jahr 2019 mit Werten von 88% - 96% - 96% also bereits teilweise erreicht [2]. Bei einer Betrachtung der Situation der besonders vulnerablen Gruppen zeichnet sich insgesamt jedoch ein etwas anderes Bild.

Situation bei PWID aktuell

In Bezug auf HIV steigt der Anteil von PWID an den jährlich gemeldeten Neuinfektionen in Deutschland nach einem jahrelangen Rückgang in den letzten Jahren kontinuierlich an, von 6% im Jahr 2012 auf mittlerweile 13,8% aller Neuinfektionen im Jahr 2019. 2019 haben sich ca. 360 Menschen beim intravenösen Drogengebrauch mit HIV infiziert [2]. Insgesamt haben sich 10,8 % aller in Deutschland mit HIV lebenden Menschen beim intravenösen Gebrauch von Drogen infiziert [2].

Wie schon beschrieben, wurde im Jahr 2019 für 64 % der Fälle mit Angaben zum Hepatitis C-Übertragungsweg intravenöser Drogengebrauch (IVD), als wahrscheinlichster Übertragungsweg angegeben, was bedeutet, dass PWID die bei Weitem vulnerabelste Gruppe für HCV darstellen [3]. Bei 2,9% (44) der Fälle hat die Infektion wahrscheinlich in Haft stattgefunden. Insgesamt gilt zu beachten, dass die Gesamtheit der Fälle einen hohen Anteil chronischer HCV-Fälle umfasst, da der Großteil der Neuinfektionen asymptomatisch verläuft und die Referenzdefinition alle HCV-Infektionen

mit erstmaligem Labornachweis umfasst. Bei 79% aller Fälle mit Informationen zum Stadium handelte es sich 2019 bereits um chronische Fälle.

Situation bei Gefangenen aktuell

Die Datenlage zu HIV und HCV bei Gefangenen ist noch lückenhafter als für andere Schlüsselgruppen. Infektionserkrankungen gehören mit zu den wichtigsten Gesundheitsstörungen im Strafvollzug. Gefangene sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 48- bis 69-mal häufiger mit Hepatitis C und 7- bis 12-mal häufiger mit HIV infiziert [10]. In einer Querschnittsstudie von Radun et al. [11] waren 17,6% der untersuchten Gefangenen mit HCV, 0,8% mit HIV infiziert. Ca. die Hälfte der Gefangenen, die jemals Drogen injizierten war HCV-positiv, 1,6% waren HIV-positiv. Die Studie von Schulte et al. aus dem Jahr 2009 kommt zu ähnlichen Ergebnissen; der Anteil von PWID an allen Gefangenen belief sich auf 21,9%. Die HCV-Prävalenz betrug insgesamt 14,3%, von denen sich 5,5% im letzten Jahr behandeln ließen. Die HIV-Prävalenz betrug 1,2%, von denen sich 86,5% in einer antiretroviralen Therapie befanden [12].

Im Rahmen der DRUCK-Studie [9] wurde eine Assoziation von HCV-Infektion mit Hafterfahrung aufgezeigt; mit einer steigenden Dauer und Häufigkeit der Hafterfahrungen stieg auch die HCV-Prävalenz. In einer aktuellen Publikation wurde die Assoziation von HCV- sowie HIV-Infektion und Inhaftierung für PWID in 17 europäischen Ländern bestätigt [13].

Seit vielen Jahren gibt es keine überregionale Studie zu HIV/Hepatitis in Haft, ein systematisches bundesweites Screening existiert ebenfalls nicht, jedoch erheben einige Bundesländer und Justizvollzugsanstalten mit unterschiedlichen Teststrategien regelmäßige Daten zu Infektionskrankheiten unter Gefangenen. Bezüglich der Behandlungsprävalenz in deutschen Gefängnissen kommen Müller et al. [15] zu dem Schluss, dass HIV-Behandlungen als einzige von vier untersuchten Behandlungen (HIV-, HCV-, Tuberkulose-Behandlung und OST) zu einem den geschätzten Zahlen an infizierten Gefangenen angemessenen Anteil angeboten werden. Die Prävalenz der HCV-Behandlungen erweist sich jedoch als zu niedrig, ebenso wie der Anteil von Substitutionsbehandlungen in einigen Bundesländern (siehe hierzu auch [16]).

Schritte auf dem Weg zur Eliminierung von HIV und HCV

Rückblickend kann die DRUCK-Studie in Bezug auf die Eliminierung von HIV und HCV in der Schlüsselgruppe der PWID in Deutschland als richtungsweisend gewertet werden. Im Mittelpunkt der im Anschluss an die DRUCK-Studie formulierten Empfehlungen standen

1. die bedarfsorientierte Ausgabe von Konsumutensilien
2. die gezielte Kurzberatung zu Transmissionswegen von HCV/HIV,

3. die Einrichtung von Angeboten zur HIV/HCV-Beratung und -Testung in niedrigschwelligen Einrichtungen,
4. die gezielte Information von Substituierten und Ärzt*innen zur Impfung, HCV-/HIV-Testung und Behandlung,
5. regelmäßige Schulungsangebote zur Qualifizierung von (nicht-medizinischem) Personal in der Drogenhilfe als Beratende,
6. die vertrauliche und freiwillige Testung auf HCV und HIV im Strafvollzug.

Diese Empfehlungen wurden im Anschluss an die DRUCK-Studie und zur Umsetzung der Ziele der nationalen Strategie BIS 2030 breit von Bund und kooperierenden NGOs aufgegriffen und bearbeitet, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Hierzu gehört u.a. die **Erarbeitung von Empfehlungen für die Vergabe von Drogenkonsumutensilien**¹, als Teil eines Handlungskonzepts der Deutschen Aidshilfe (DAH). Ausgehend von den Ergebnissen der DRUCK-Studie wurde zudem die **Studie SMOKE IT 2**² durchgeführt. Mit der Studie wurde das Ziel verbunden eine temporäre oder dauerhafte Veränderung der Applikationsform (von intravenös zu inhalativ) zu unterstützen. Begleitend und nachfolgend wurden **multimediale Kampagnen (Videos, Printmedien, Präventionstools) zur Veränderung der Konsumform**³ durchgeführt. Darüber hinaus richtete die Deutsche Aidshilfe den Schwerpunkt ihrer medialen Arbeit für Drogengebrauchende auf Maßnahmen der Prävention von HIV und HCV aus. Im Fokus standen Medien mit Botschaften, die das **Wissensdefizit hinsichtlich der Risiken des Teilens von Konsumutensilien**⁴ jenseits von Spritze und Nadel reduzieren sollen. Diese Medien wurden erstmals auch in Farsi, arabisch und russisch produziert. Die BZgA unterstützte diese Maßnahmen über 3 Jahre mit der **Bereitstellung von Rauchfolien**, die die Einrichtungen kostenfrei über die Deutsche Aidshilfe anfordern konnten. Die Möglichkeit der kostenfreien Bestellung flankiert von Kurzinterventionen und medialen Kampagnen trug dazu bei, den Stellenwert des inhalativen Konsums zu erhöhen. Parallel zu diesen Maßnahmen ist den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang des intravenösen Konsums zugunsten inhalativer und nasaler Konsumformen festzustellen⁵.

Mit dem Modellprojekt „**HIV? Hepatitis? Das CHECK ich!**“⁶ von BZgA, RKI und Deutscher Aidshilfe wurden **Beratungs- und Testangebote in Aids- und Drogenhilfen mit niedrigschwelligen Angeboten** integriert, um die Inanspruchnahme von kostenlosen und anonymen Tests auf HIV und HCV für aktive Konsument*innen zu ermöglichen.

Trotz der positiven Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung gelang es bis heute nicht, die Länder für die Fortführung und Ausweitung solcher Projekte zu gewinnen. Lediglich in Hamburg wird das Projekt nach der Modellphase von der Bürgerschaft weiterfinanziert.

1 https://www.drogenkonsumraum.net/sites/default/files/empfehlung_konsumutensilien_final.pdf

2 https://www.jes-bundesverband.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDF/Medien/Doku_Smoke_it_2-3.pdf

3 <https://www.aidshilfe.de/shop/smoke-folie-rauchen-alternative-drucken>

4 <https://www.aidshilfe.de/shop/sniff-gute-alternative-drucken-youtube>

5 <https://www.aidshilfe.de/shop/teilen-angesagt>

6 <https://www.aidshilfe.de/shop/teilen-angesagt-mehrsprachig>

7 https://www.drogenkonsumraum.net/sites/default/files/documents/jahresbericht_2019.pdf Seite 11

8 <https://www.liebesleben.de/fachkraefte/sexualaufklaerung-und-praeventionsarbeit/richtigen-zugang/>

9 <https://www.aidshilfe.de/meldung/hiv-hepatitis-das-check-ich>

Parallel zu Studien, modellhaften Interventionen und Medien wurden die benannten Empfehlungen auch im Bereich von Fortbildungen umgesetzt. So wurde in die Seminarreihe der Deutschen Aidshilfe eine **Berater*innenausbildung zur Implementierung von Beratungs- und Testprojekten** durchgeführt. Weiter wurde ein erstes **Fortbildungs- und Praxishandbuch**⁷ entwickelt.

Mit dem **Wegfall des Arztvorbehalts für Antikörpermessungen** im März 2020⁸, mit dem Ziel, dass Aids- und Drogenhilfen ohne ärztliche Mitarbeiter*innen Testprojekte durchführen können, stieg die Zahl der interessierten Einrichtungen an.

Die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene wird im Justizvollzug nicht flächendeckend angeboten. Die Forderung nach einer Einführung von Spritzenaustauschprogrammen im Vollzug wird weiterhin von den meisten Justizministerien abgelehnt. Eine Testung auf HIV/HCV im Rahmen der Erstuntersuchung in Haft und die Einleitung einer medizinischen Behandlung steht in deutschen Haftanstalten nicht flächendeckend zur Verfügung [12]. Dies hat zur Folge, dass nicht erkannte HIV- bzw. HCV-Infektion auch nicht behandelt werden können. Ohnehin ist die Zahl der erfolgten HCV-Therapien in den Haftanstalten extrem niedrig [14]. In diesem Kontext wurde der Initiierung eines **Pilotprojekts zu HIV/HCV-Beratung und -Testung** von der Deutschen Aidshilfe im Jahr 2016 mit den AIDS-Hilfen Thüringen, Weimar & Ostthüringen in der JVA Tonna eine weitere Empfehlung der DRUCK-Studie umgesetzt. Das nun vorliegende Konzept kann als Blaupause für die Umsetzung in weiteren Haftanstalten genutzt werden.

Liegen die Ziele bis zum Jahr 2030 in weiter Ferne?

Die Voraussetzungen der Eliminierung von HCV in Deutschland sind grundsätzlich seit der Einführung der zahlreichen neuen DAA's gegen HCV im Jahr 2014 sehr gut. Auch bezüglich der Eliminierung von HIV hat sich seit Einführung der antiretroviralen Therapie (ART) und ihren Anpassungen das Leben von Menschen mit HIV signifikant verbessert und opportunistische Infektionen sind seltener geworden. Trotz der positiven Entwicklungen im Bereich der Behandlung werden die WHO-Eliminierungsziele in der Allgemeinbevölkerung zwar im Hinblick auf HIV bereits annähernd erreicht, in Bezug auf HCV im Allgemeinen sowie HCV und HIV in den Schlüsselgruppen der PWID und Gefangenen jedoch liegen die Ziele noch in weiter Ferne. Unter der Annahme, dass jährlich ca. 9.900 HCV-Behandlungen durchgeführt werden, gehört Deutschland aktuell nur noch sehr knapp zu jenen Ländern, die sich im Hinblick auf die Erreichung der Hepatitis-C-WHO-Ziele bis 2030 „on track“ befinden [17].

Eine auch vor allem auf PWID und Gefangene als zwei der Schlüsselgruppen abgestimmte zielgruppenspezifische Ausrichtung von Präventions- und Versorgungsangeboten hätte flächendeckend die Chance, zur Erreichung der Ziele beizutragen. Zahlreiche Träger und Verbände haben seit der Verabschiedung der Strategie, teilweise vernetzt mit staatlichen Institutionen, aber auch zu großen Teilen eigenständig in Modellprojekten und Beispielen Guter Praxis, vor allem punktuelle Verbesserungen für PWID in Freiheit vorangetrieben. Es fehlt jedoch an flächendeckenden und *substanzialen* Fortschritten.

⁷ https://www.ahnrw.de/aidshilfe-nrw/upload/PDF/Dokumentationen/butub_final_standard.pdf
⁸ https://www.aids-nrw.de/front_content.php?idcat=2660

Im Hinblick auf die herausgestellten fehlenden Daten zur Situation der beiden Schlüsselgruppen PWID und Gefangene wird die neue DRUCK 2.0-Studie des RKI mit dem Ziel der Implementierung eines Monitoringsystems zu HIV/HCV bei Drogengebrauchenden in Zukunft zumindest für erstere eine Lücke füllen können.

Trotz Bemühungen des Bundes und von Fachverbänden gelingt es in Deutschland bisher vor allem nicht, den Bundesländern den erforderlichen Stellenwert von HIV- und HCV-(Schnell-)Testangeboten in niedrighschwelligem Einrichtungen der Drogenhilfe zu verdeutlichen. Die Drogenhilfe muss für den Aufbau dieses gänzlich neuen Angebots auch die entsprechenden Finanzmittel erhalten. Dies ist Aufgabe der Kommunen und Länder⁹. Um die Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis C bei PWID zu verringern, ist der Zugang zu niedrighschwelliger Substitutionsbehandlung unersetzlich, die sich als wirksam zur Vorbeugung von HCV-Infektionen erwiesen hat und in Kombination mit Spritzenaustauschprogrammen mit hoher Abdeckung die HCV-Inzidenz um mehr als 70% senken kann [18].

Keine sichtbare Verbesserung für den Strafvollzug

Für Gefangene zeigt sich seit der Verabschiedung der BIS-Strategie keine sichtbare Verbesserung der Situation. Der Justizvollzug steht nach dem Äquivalenzprinzip [19, 20] in der Pflicht sich den Public-Health-Zielen anzuschließen und Gefangenen ausreichende Test-, Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten bereitzustellen. In Bezug auf die Datenlage zur Verbreitung der Infektionskrankheiten bei Gefangenen ist auf Länderebene bei den Justizministerien bisher noch wenig Befassung oder Zielorientierung zu erkennen – lediglich vereinzelt werden die Ziele der BIS-Strategie bis 2030 erkannt und benannt, wie z.B. im Abschlussbericht der Expert*innenkommission zur Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Versorgung im baden-württembergischen Justizvollzug [14].

Auch in Haft sollte der Fokus neben einer Ausweitung des Test- und Behandlungsangebotes auf der Bereitstellung indirekter und direkter infektionsprophylaktischer Maßnahmen liegen. Ein erheblicher Ausbau des Substitutionsangebotes in Haft sowie die Vergabe von Konsumutensilien an alle Drogen gebrauchenden Inhaftierten durch einen niedrighschwelligem dauerhaften Zugang zu Spitzenautomaten sind erforderlich. Auch die Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach erfolgter Nadelstichverletzung bzw. im Notfall einer Risikoexposition durch Mehrfachgebrauch kontaminierter Spritzenutensilien sollte im medizinischen Dienst im Justizvollzug als Standardintervention vorgehalten werden. Auch eine kostenlose niedrighschwellige, vertrauliche und anonyme Zugänglichkeit zu Kondomen und wasserlöslichem Gleitmittel sollte in allen Haftanstalten gewährleistet sein.

Um die Eliminationsziele 2030 zu erreichen, wird Deutschland, insbesondere vor dem Hintergrund der verzögernden Auswirkungen der COVID19-Pandemie, seine Bemühungen deutlich erhöhen und vor allem den Blick auf aktuell unterversorgte Gruppen richten müssen. Grundlage für ein gemeinsames Anliegen und abgestimmtes Vorgehen zwischen Bund, Ländern, Kommunen und Organisationen der Drogenhilfe

⁹ Für MSM als Zielgruppe ist es bereits gelungen, ein Netz von sogenannten Checkpoints einzurichten. In etwa 50 Städten bieten Aidshilfen, Präventionsprojekte oder andere Einrichtungen HIV, STI und HCV Beratungs- und Testangebote mit großem Erfolg an.

muss die Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen im Bereich der Schadensminderung sowie bei der Diagnostik und Behandlung in Haft und in Freiheit sein. Ohne PWID und Gefangene auf dem Weg nach 2030 mitzunehmen, wird Deutschland an den Eliminierungszielen höchstwahrscheinlich scheitern.

Literatur bei Anna Dichtl

Die Kokain-E-Zigarette – neue Chancen zur Schadensminimierung?

Fabian Pitter Steinmetz & Heino Stöver

Zusammenfassung

Echtstoffvergabe von rauchbaren Kokainformen ist zurzeit unvorstellbar. Neben prohibitionsbedingten Vorbehalten kommen noch technische/logistische Vorbehalte hinzu. Das Konzept einer Kokain-E-Zigarette kann aber zumindest Letztere adressieren. Damit ließen sich Lungenschäden und Überdosierungen vermeiden und es ließen sich Menschen mit Kokaingebrauchsstörungen, die ansonsten nicht ausreichend Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen, besser versorgen: Stimulanzien substitution, Behandlung von Komorbiditäten etc. Außerdem soll das Konzept der Kokain-E-Zigarette Ingenieur*innen und Naturwissenschaftler*innen für Innovation in der Schadensminimierung begeistern.

Einleitung

Kokain ist ein Alkaloid aus der Kokapflanze (*Erythroxylum coca*), das typische stimulierende Eigenschaften aufweist und als „Betäubungsmittel“ bekannt ist. Es ist in den meisten Gesetzgebungen weltweit verboten (UN, 1961). Trotz des Verbots haben 2,9 Millionen junge Erwachsene (15-34 Jahre) im letzten Jahr in Europa Kokain konsumiert (EMCDDA 2020). Weltweit gibt es für 2014 eine Schätzung von 18,3 Millionen Menschen im Alter von 16 bis 64 Jahren, die innerhalb eines Jahres Kokain konsumiert haben (UNODC 2016). Es gibt viele verschiedene kokainhaltige (meist als illegal geltende) Produkte, die von traditionellen Kokaprodukten (z. B. Tee) über pulverförmiges Kokainhydrochlorid bis hin zu rauchbaren Kokainformen reichen. Letztere sind beispielsweise Crack-Kokain, Free-Base-Kokain und Kokapaste (oder Paco) und sie haben alle gemeinsam, dass die Kokainbase beim Erhitzen leicht verdampft werden kann, was dann das Inhalieren der Kokainmoleküle ermöglicht. Typischerweise wird der Konsum mittels Glas- oder Metallpfeifen bewerkstelligt, die beide üblicherweise als „Crackpfeifen“ bezeichnet werden (Rang et al., 2007).

Der Konsum von rauchbaren Kokainformen führt zu einer intensiven Stimulation mit Euphorie und einer Steigerung des Selbstbewusstseins. Die relativ kurze Dauer dieser meist positiv wahrgenommenen Effekte ist wahrscheinlich ein Hauptgrund für das hohe Potenzial für Menschen eine Substanzgebrauchsstörung zu entwickeln. Viele problematische Konsument*innen konsumieren mehrere Dosen in kurzer Zeit und die Verwendung pro Tag kann 13 Konsumgelegenheiten überschreiten (Pottier et al., 1995). Dies steht im Kontrast zum intravenösen Heroinkonsum, bei dem eine regulierte Abgabe mit zwei oder drei Dosen pro Tag den individuellen Bedarf decken kann. In Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz, Dänemark und im Vereinigten König-

reich gibt es Programme, in denen abhängigen Konsument*innen Heroin verschrieben wird, um die mit Schwarzmarktheroin assoziierten Schäden (z. B. schädliche Streckmittel, unbekannte Potenz) und die Beschaffungskriminalität zu senken. Für rauchbare Kokainformen ist es jedoch schwierig ein regulatorisches Modell zu erstellen, da die Anzahl der Konsumgelegenheiten pro Tag individuell recht hoch sein kann.

Eine Kokain-E-Zigarette wäre eine Alternative für Menschen mit problematischem Konsum, die (noch) nicht bereit sind eine weniger schädliche Substitution (z. B. Methylphenidat oder Amphetamin) anzunehmen oder gänzlich aufzuhören. Die Einführung eines solchen Medizinprodukts kann viele positive Effekte entfalten:

1. Abgabe einer weniger schädlichen Alternative zu Schwarzmarktprodukten
2. Reduktion der Kriminalität, insbesondere der Beschaffungskriminalität
3. Konsument*innen greifen früher/besser auf das Gesundheitssystem zurück; frühzeitiges Adressieren von gesundheitlichen Problemen
4. Applikationsform hat Potenzial, Lungenschäden und Überdosen zu reduzieren.

Generelle Gefahren

Neben den Gefahren, die direkt und indirekt mit der Prohibition verbunden sind, birgt das Rauchen von Kokain mehrere Gefahren, wie in der Metaanalyse von Butler et al. (2017) beschrieben wurde. Während Lungenschäden, teratogene Effekte, kardiovaskuläre und psychische Erkrankungen sowie weitere Pathologien mit häufigem Konsum assoziiert sind, gibt es auch einige sozioökonomische Faktoren wie Armut, Kriminalisierung, Stigmatisierung usw., die wahrscheinlich ebenso eine Rolle spielen (Csete et al., 2016; Hart, 2020; Tosh, 2020).

In Bezug auf Lungenschäden (vgl. „Crack-Lunge“) wurden kleinste Verbrennungen durch Partikel als wahrscheinlichster Mechanismus identifiziert (Butler et al., 2017; Restrepo et al., 2007; Dolapsakis & Katsandri 2019). Akute kardiovaskuläre Ereignisse wie Herzrhythmusstörungen, Aortendissektion, Myokard- oder Hirninfarkt und Blutungen sind insbesondere bei hohen Dosen und längerem Gebrauch möglich (Rang et al., 2007; Butler et al., 2017). Diese und viele weitere pathologische Ereignisse und Zustände könnten durch längere Konsumpausen und eine allgemeine Praxis des „Runterkommens“ gelindert werden. Ess- und Schlafpausen, aber auch geringere, niederdosierte Dosierungen tragen wahrscheinlich zu einem besseren Gesundheitserhalt bei.

Schadensminimierende Technologie

Eine elektronische Zigarette (oder kurz E-Zigarette) ist ein elektronisches Gerät, das normalerweise verwendet wird, um die Erfahrung des Rauchens von Tabak oder Cannabis zu simulieren. Das Gerät besteht aus einem „E-Liquid“-Behälter, einem Zerstäuber mit Heizspirale und einer Stromquelle, z. B. einer Batterie. Ein Drucksensor erkennt, wenn der/die Benutzer*in mit dem Einatmen beginnt. Anstelle von Rauch, der eine Mischung aus feinen Partikeln, Dampf und unvollständigen Verbrennungsprodukten (polyzyklische

aromatische Kohlenwasserstoffe, Aldehyde etc.) ist, atmet der/die Konsument*in Dampf ein. Insbesondere die feinen Partikel (vgl. Feinstaub) und die unvollständigen Verbrennungsprodukte sind für ihre Toxizität bekannt (Navir et al., 2016; El Hourani et al., 2019). Diese lassen sich mit jener Technologie vermeiden bzw. stark reduzieren.

Typischerweise enthält das E-Liquid ein verdampfbares Lösungsmittel (z. B. Propylen-glykol), einen oder mehrere pharmakologisch aktive Bestandteile und Aromastoffe. Nikotin ist wahrscheinlich der häufigste pharmakologisch aktive Bestandteil, es gibt jedoch legale und illegale Produkte mit THC, CBD, DMT und anderen Substanzen auf dem Weiß- bzw. Schwarzmarkt. Via Inhalation ist Kokain in Dosen von wenigen Milligramm aktiv, daher sind die Konzentrationen in Flüssigkeit und Dampf grob mit Nikotin oder THC vergleichbar (Perez-Reyes et al., 1982; Behar et al., 2015). Konzentration, Temperatur, Aufheizzeit, Lösungsmittel etc. können angepasst werden, um gewünschte Expositionen zu erzeugen. Natürlich bedarf es hier aber letztlich einer klinischen Bewertung, insbesondere um die Akzeptanz zu gewährleisten. Daten zur Löslichkeit der Kokainbase in Propylen-glykol wurden zwar nicht identifiziert, aber Daten für Glycerin (ein chemisch ähnlicher Stoff und auch Bestandteil vieler E-Liquids (O'Neil, 2013)). Außerdem gibt es ein Patent für Formulierungen mit Benzoyllecgonin (einem wichtigen Kokain-Metaboliten mit hoher chemischen Ähnlichkeit), was eine hohe Löslichkeit impliziert (Archer, 2002). Auch gab es schon Tierexperimente mit Mephedron-E-Liquids bis zu 200 mg/mL (Nguyen et al., 2016). Obwohl Kokain und Mephedron recht unterschiedliche chemische Strukturen besitzen, haben sie einige gemeinsame Substrukturen mit ähnlichen physikochemischen Eigenschaften. Aber auch selbst wenn die Löslichkeit der Kokainbase per se nicht ausreicht, gibt es noch viele „Tricks“ (z. B. Adjustierung des pH-Werts, Ultraschall-Nanoemulsifikation etc.), die Formulierungsspezialisten anwenden können, um die gewünschte Konzentration zu erreichen. Es muss jedoch betont werden, dass letztlich der Dampf und nicht bloß das E-Liquid auf Toxizität präklinisch geprüft werden sollte. Dies sollte gesehen um E-Zigaretten-Todesfälle wie in den USA zu vermeiden (Wu & O'Shea, 2020).

Spezifikationen einer Kokain-E-Zigarette, beispielsweise eine stabile Hülle, die Nachfüllen und Öffnen des Tanks verhindert, und eine Programmierung, die eine maximale Exposition pro Zeiteinheit festlegt, könnten technisch leicht umgesetzt werden. Solche Spezifikationen können gesundheitsschädliche und lebensbedrohliche Überdosierungen durch übermäßigen Konsum verhindern. Man könnte beispielsweise eine Höchstdosis von 20 mg Kokain, basierend auf der Halbwertszeit im menschlichen Körper von ca. 1,1 Stunden (Zimmermann, 2012), festlegen und eine Pause von zwei Stunden programmieren, d. h. die E-Zigarette ist dann nach zwei Stunden wieder freigeschaltet.

Perspektive

Unter der Annahme, dass das politische Engagement für Maßnahmen zur Schadensminimierung kontinuierlich wächst, könnte eine Kokain-E-Zigarette irgendwann Mittel der Wahl für Menschen mit problematischem Konsum von rauchbaren Kokainformen sein. Die Abgabe der Kokain-E-Zigarette könnte problematisch Konsumierende in das medizinische System zurückbringen, welche ansonsten die gesundheitliche Infrastruktur nicht ausreichend nutzen.

Für Wissenschaftler*innen und Ingenieur*innen, die an der Entwicklung eines solchen Gerätes interessiert sind, sind die teuren und zeitaufwendigen Beschränkungen durch das Betäubungsmittelgesetz, aber auch die internationalen Pendanten (vgl. Produktion in Südamerika) nicht zu unterschätzen. Daher wären für die frühe Entwicklungsphase, wenn es alleine um die technische Umsetzung geht, die Verwendung von anderen Substanzen möglich. Atropin und Methylphenidat besitzen beispielsweise ähnliche physikochemische Eigenschaften. Erst im präklinischen und natürlich im klinischen Kontext müsste jene Substanz durch Kokain ersetzt werden.

Es ist anzunehmen, dass das Schadensminimierungspotenzial durch ein solches Medizinprodukt neben den unmittelbaren Effekten (Verhinderung von Überdosierungen, Vermeidung von Lungenschäden etc.) auch die schädlichen Auswirkungen der Verfolgung, Stigmatisierung und des Mangels an Informationen zu Schwarzmarktprodukten und deren Wirkungen reduziert (Csete et al., 2016; Hart, 2020; Tosh, 2020). Dabei geht es letztlich auch um die Inklusion von drogenkonsumierenden Menschen.

Während bereits einige Konzepte veröffentlicht wurden, die sich mit Regulierung von Stimulanzien befassen (Transform, 2020; Haden, 2008; Schildower Kreis, 2019), gibt es kaum Vorschläge, die sich mit Konzentration, Formulierung usw. auf einem pharmazeutischen/technologischen Niveau beschäftigen. Insbesondere in Bezug auf Kokain haben solche Aspekte einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die pharmakologische Wirkung. Neben der beschriebenen Kokain-E-Zigarette und ihren schadensminimierenden Eigenschaften geht es aber auch darum die Naturwissenschaften, Ingenieurwesen und die vielen innovativen Geister in der Welt der Schadensminimierung und der drogenpolitischen Reformen willkommen zu heißen. Der Innovationsstandort Deutschland und der Wunsch nach einer humaneren Drogenpolitik stellen keinen Widerspruch dar, vielmehr tun sich bei der Verknüpfung neue Chancen auf.

Literatur

- Archer, N.J. (2002): Benzoyllecgonine compositions and methods for producing them. US patent 6790857B2. 13 November 2001.
- Behar, R.Z., Hua, M. & Talbot, P. (2015): Puffing Topography and Nicotine Intake of Electronic Cigarette Users. *PLOS One*. 10(2): e0117222.
- Butler, A.J., Rehm, J. & Fischer, B. (2017): Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug and Alcohol Dependence* 180: 401-416.
- Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M. et al. (2016): Public health and international drug policy. *Lancet* 387(10026): 1427-1480.
- Dolapsakis, C. & Katsandri, A. (2019): Crack lung: A case of acute pulmonary cocaine toxicity. *Lung India* 36(4): 370-371.
- EMCDDA (2020): European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2020: Trend and Developments. Online verfügbar unter: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2020_en (Letzter Zugriff 03.12.2020).

- El Hourani, M., Talih, S. Salman, R. et al. (2019): Comparison of CO, PAH, Nicotine, and Aldehyde Emissions in Waterpipe Tobacco Smoke Generated Using Electrical and Charcoal Heating Methods. *Chemical Research in Toxicology* 32(6): 1235-1240.
- Haden, M. (2008): Controlling illegal stimulants: a regulated market model. *Harm Reduction Journal* 5:1.
- Hart, C.L. (2020): Exaggerating Harmful Drug Effects on the Brain Is Killing Black People. *Neuron* 107(2): 215-218.
- Nayir, E. et al. (2016): Electronic cigarette (e-cigarette). *Journal of Oncological Science* 2(1): 16-20.
- Perez-Reyes, M., Di Guiseppi, S., Ondrusek, G. et al. (1982): Free-base cocaine smoking. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 32: 459-465.
- O'Neil, M.J. (2013): *The Merck Index - An Encyclopedia of Chemicals, Drugs, and Biologicals*. Cambridge, UK: Royal Society of Chemistry: 438.
- Nguyen, J.D., Aarde, S.M., Cole, M. et al. (2016): Locomotor Stimulant and Rewarding Effects of Inhaling Methamphetamine, MDPV, and Mephedrone via Electronic Cigarette-Type Technology. *Neuropsychopharmacology* 41(11): 2759-2771.
- Pottieger, A.E., Tressell, P.A., Surratt H.L., Inciardi J.A. & Chitwood D.D. (1995): Drug use patterns of adult crack users in street versus residential treatment samples. *Journal of Psychoactive Drugs* 27(1): 27-38.
- Rang, H.P., Dale, M.M., Ritter, J.M. & Flower, R.J. (Hg.) (2007): *Rang and Dale's Pharmacology*, 6th edition, Elsevier Churchill Livingstone: 610-618.
- Restrepo, C.S., Carrillo, J.A., Martínez, S. et al. (2007): Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: Imaging manifestations. *Radiographics* 27: 941-956.
- Schildower Kreis (2019): Regulierung von Partydrogen & Psychedelika am Beispiel von Ecstasy (MDMA). Online verfügbar unter: <https://schildower-kreis.de/wp-content/uploads/Regulierung-von-Partydrogen-SK2019.pdf> (Letzter Zugriff 22.01.2021).
- Strang, J., Groshkova, T. & Metrebian N. (2012): New heroin-assisted treatment - Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. *EMCDDA INSIGHTS* 11.
- Tosh, S. (2020): Drug prohibition and the criminalization of immigrants: The compounding of drug war disparities in the United States deportation regime. *International Journal of Drug Policy* 8: 102846.
- Transform (2020): Transform Drug Policy Foundation. How to regulate stimulants: a practical guide. Online verfügbar unter: <https://transformdrugs.org/product/how-to-regulate-stimulants-a-practical-guide/> (Letzter Zugriff 17.07.2020).
- UNODC (2016): *World Drug Report 2016*. United Nations, Vienna, Austria.
- UN (1961): *United Nations Convention on Narcotic Drugs of 1961*. Online verfügbar unter: https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf (Letzter Zugriff 17.07.2020).
- Wu, D. & O'Shea, D.F. (2020). Potential for release of pulmonary toxic ketene from vaping pyrolysis of vitamin E acetate. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 117(12): 6349-6355.
- Zimmerman, J.L. (2012): Cocaine intoxication. *Critical Care Clinics* 28(4): 517-526.

Cannabis – als Medizin
und zum Freizeitgebrauch



4

Positionspapier

Cannabis als Medizin:

Warum weitere Verbesserungen notwendig und möglich sind

Heino Stöver, Ingo Ilja Michels, Kirsten R. Müller-Vahl & Franjo Grotenhermen

Geschichtliche Entwicklung

Seit den 90er Jahren gab es in Deutschland eine außerparlamentarische Bewegung, die sich für die legale Nutzung von Cannabis als Medizin einsetzte. Unterstützt wurde diese Initiative durch zahlreiche wegweisende Gerichtsentscheidungen. Das Thema wurde aber auch immer wieder von Parlamentariern aller Parteien – von SPD, Die Linke, Bündnis 90/Die GRÜNEN, CDU/CSU bis zur FDP – und den jeweiligen Regierungen aufgegriffen.

Bereits am 2. November 1995 legte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstelltes Gutachten zum therapeutischen Potential von Cannabis und Tetrahydrocannabinol (THC) vor. Dies bildete nachfolgend die Grundlage für die Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Bundestagsabgeordneten Dr. Barbara Höll und der Gruppe der PDS zum medizinischen Gebrauch von Cannabis (Drucksache 13/3282). Darin heißt es: „...So entbehrt sowohl eine unkritische Euphorie hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten von Cannabis bzw. THC der Grundlage wie andererseits eine auf entgegengesetzten Positionen resultierende generelle Ablehnung mit der Behauptung, es gebe ‘auf jedem Gebiet bessere therapeutische Alternativen’...“. Das Gutachten des BfArM war darüber hinaus Grundlage für die Umstufung von THC (Dronabinol) in Anlage 3 des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 1998, wodurch THC schließlich verschreibungsfähig wurde.

Parlamentarische Initiativen gingen insbesondere auf die Arbeit der Bundesgesundheitsminister*innen Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen), Ursula Schmidt (SPD) und Hermann Gröhe (CDU/CSU) zurück, aber auch auf die Drogenbeauftragten der Bundesregierung Christa Nickels (Bündnis 90/Die Grünen), Sabine Bätzing-Lichtenthaler (SPD) und Marlene Mortler (CDU/CSU) sowie Burkhard Blienert (SPD), Frank Tempel (Die Linke) und Harald Terpe (Bündnis 90/Die Grünen).

Die aktuelle Situation nach Inkrafttreten des „Cannabis-als-Medizin-Gesetzes“

Am 4. Mai 2016 beschloss die Bundesregierung das „Cannabis-als-Medizin-Gesetz“, das nach Anhörungen im Gesundheitsausschuss und Modifikationen in endgültiger Lesung im Bundestags-Plenum am 19.1.2017 einstimmig von allen im Bundestag vertretenen Parteien verabschiedet wurde. Es wurde am 9.3.2017 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und trat am 10.3.2017 in Kraft.

Die wichtigsten Änderungen infolge des Gesetzes können wie folgt zusammengefasst werden:

1. THC-haltige standardisierte Medikamente (Cannabisblüten, Cannabisextrakte, Dronabinol) sowie Nabilon werden verschreibungsfähige Medikamente.
2. Diese Medikamente dürfen von allen niedergelassenen **Ärzt*innen**, d.h. ohne Facharztvorbehalt, lediglich mit Ausnahme von Zahn- und Tierärzt*innen verschrieben werden.
3. Es werden keine Einschränkungen hinsichtlich der Verschreibungsfähigkeit in Bezug auf Indikation oder Alter der Patient*innen getroffen.
4. Unter den in § 31 Abs. 6 Sozialgesetzbuch V festgelegten Voraussetzungen müssen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine solche Behandlung übernehmen. Laut Gesetz darf ein solcher Antrag auf Kostenübernahme von den Krankenkassen nur in begründeten Ausnahmefällen abgelehnt werden.
5. Unabhängig von der Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist eine privatärztliche Verschreibung möglich, sofern die Voraussetzungen des § 13 Betäubungsgesetz für die Verschreibung von Betäubungsmitteln erfüllt sind.

Allein von Januar bis September 2020 wurden von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für mehr als 240.000 Verordnungen für Cannabis-basierte Medikamente übernommen entsprechend einem Bruttoumsatz in Höhe von über 111 Millionen Euro (Quelle: GKV). Seit 2017 wurden fast 70.000 Kostenübernahmeanträge gestellt, von denen aber lediglich gut 60% genehmigt wurden. Nach Marktschätzungen erhalten in Deutschland derzeit – Privatversicherte und Selbstzahler eingeschlossen – mehr als 80.000 Menschen eine ärztlich verordnete Cannabis-basierte Therapie.

Problembereiche

Mehr als 4 Jahre nach Inkrafttreten des „Cannabis-als-Medizin-Gesetzes“ fällt eine Bilanz gemischt aus. Neben den unstrittigen, zahlreichen positiven Entwicklungen sind verschiedene vom Gesetzgeber 2017 beabsichtigte Veränderungen nach wie vor nicht eingetreten:

1. Noch immer müssen Cannabismedikamente, insbesondere Cannabisblüten und daraus hergestellte Extrakte, nach Deutschland importiert werden, anfangs ausschließlich aus den Niederlanden, mittlerweile auch aus weiteren Ländern wie Kanada, Israel und Spanien.

2. Die Kosten für Cannabisblüten sind seit Inkrafttreten des Gesetzes nicht etwa gesunken, sondern deutlich angestiegen, da Cannabisblüten nach Arzneimittelpreisverordnung wie Rezepturarzneimittel zu behandeln sind. Die Kosten liegen deutlich über den in zahlreichen anderen Ländern. So kosten die gleichen Produkte in Deutschland mehr als dreimal so viel wie etwa in den Niederlanden (€20-24/g versus €6-7/g). Dies führt zu einer erheblichen finanziellen Belastung nicht nur der Krankenkassen, sondern auch derjenigen Patient*innen, die die Kosten der Behandlung selbst tragen müssen. Einzig in Schleswig-Holstein werden Cannabisblüten wie Fertigarzneimittel behandelt, sodass der in der Arzneimittelpreisverordnung vorgeschriebene Aufschlag von 90 bzw. 100% entfällt.
3. Verordnende **Ärzt*innen** sehen sich nicht nur einem hohen bürokratischen Aufwand gegenüber, sondern fühlen sich im Falle von Patient*innen mit einem hohen Bedarf wegen der Kosten für Cannabis-basierte Medikamente ständig der Gefahr eines Regresses ausgesetzt. Zudem weisen Krankenkassen verordnende **Ärzt*innen** regelmäßig in Schreiben auf das in §12 Sozialgesetzbuch V festgeschriebene Wirtschaftlichkeitsgebot hin. Augenfällig ist dabei, dass dabei stets die Unwirtschaftlichkeit einer Verordnung von Cannabisblüten suggeriert wird. All dies führt dazu, dass nach wie vor die Mehrzahl der Vertragsärzt*innen vor einer Verordnung zurückschreckt. Die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg macht vor, dass es auch anders geht. Um die verordnenden **Ärzt*innen** von finanziellen Risiken zu entlasten, wurde 2019 kurzerhand entschieden, dass Cannabis-Verordnungen nicht mehr in das „Arzneimittelbudget“ einfließen bzw. budgetneutral sind.
4. Auch wenn die Zahl der verordnenden **Ärzt*innen** in den letzten vier Jahren zugenommen hat, fühlen sich nach wie vor viele **Ärzt*innen** nicht ausreichend qualifiziert, um eine Cannabis-basierte Therapie durchzuführen. Der Bedarf an Fortbildungen ist ungebrochen. Diese sollten idealerweise unabhängig von der Pharmaindustrie sein. Auch haben Grundlagen zur Funktion des Endocannabinoidsystems und der Wirkungsweise Cannabis-basierter Medikamente kaum Eingang in die Lehrinhalte an deutschen medizinischen Fakultäten gefunden. Ganz davon abgesehen, dass bisher an keiner deutschen Medizinfakultät ein Lehrstuhl für „Cannabis als Medizin“ eingerichtet wurde.
5. Der im Gesetz verankerte Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen sollte nicht indizierte off- oder no-label Verordnungen Cannabis-basierter Medikamente verhindern. Faktisch hat er aber dazu geführt, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine Kostenübernahme nicht etwa nur „in begründeten Ausnahmefällen“ ablehnen, sondern von Beginn an bis heute konstant in ca. 40% aller Fälle, dies obwohl die meisten **Ärzt*innen** im Falle vermutlich zur Ablehnung führender Indikationen überhaupt keinen Antrag mehr unterstützen. Dies kann vier Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes sicherlich nicht länger mit fehlerhaft gestellten Anträgen begründet werden. Vielmehr verfestigt sich der Eindruck, dass die Krankenkassen – und nicht wie sonst üblich und für richtig befunden die behandelnden **Ärzt*innen** – die Indikation für eine Cannabis-basierte Therapie stellen. So werden Kostenübernahmeanträge von Patient*innen mit bestimmten – beispielsweise psychischen – Erkrankungen praktisch ausnahmslos abgelehnt. Sogar Anträge von Patient*innen, die zuvor bereits eine Ausnahme-

erlaubnis durch die Bundesopiumstelle erhalten hatten, wurden in großer Zahl abgelehnt.

6. Wissenschaftler*innen wie auch **Ärzt*innen** und Politiker*innen sind sich darin einig, dass die externe Evidenz für eine Wirksamkeit Cannabis-basierter Medikamente in der Mehrzahl der diskutierten Indikationen nach wie vor gering ist. Einigkeit besteht auch darin, dass diesem Mangel ausschließlich mit Hilfe von großen kontrollierten klinischen Studien Abhilfe geschaffen werden kann. Umso erstaunlicher ist es, dass bis heute fast gar keine staatlich finanzierte Forschungsförderung erfolgte.

Daraus erwachsene Konsequenzen

All diese Missstände führen dazu, dass in Deutschland im Vergleich zu vielen anderen Ländern sowohl die absolute Zahl derjenigen Patient*innen, die legalen Zugang zu Cannabis-basierten Medikamenten haben, gering ist, als auch die Entwicklung in den letzten Jahren deutlich langsamer verlaufen ist. So wurde etwa in Israel im Februar 2021 die Zahl von 85.000 Cannabis-Patient*innen überschritten. Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von etwa 8 Millionen einem Anteil von mehr 1%. Auch aus anderen Ländern wie Kanada werden ähnliche Zahlen berichtet. Demgegenüber erhalten in Deutschland derzeit lediglich nur etwa 0,1% der Bevölkerung Medikamente auf Cannabisbasis. Ein erheblicher Anteil dieser Patient*innen muss die Kosten der Behandlung selbst tragen. Es ist daher in Deutschland von einer dramatischen medizinischen Unterversorgung mit Cannabis-basierten Medikamenten auszugehen.

Darüber hinaus ist im Zusammenhang mit Cannabis-basierten Therapien in Deutschland eine erhebliche soziale Schieflage eingetreten. Wegen der häufigen Ablehnung der Kostenübernahme und der Zurückhaltung der **Ärzt*innen** in der Verordnung Cannabis-basierter Medikamente zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen sind weniger vermögende Patient*innen eindeutig benachteiligt im Hinblick auf eine Behandlung mit Cannabis-basierten Medikamenten, da sie sich eine privatärztliche Verordnung auf eigene Kosten nicht leisten können.

Besonderheit: Sucht und andere psychiatrische Erkrankungen

Das Bestehen einer Suchterkrankung oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung führt aktuell fast ausnahmslos zur Ablehnung eines Kostenübernahmeantrags für eine Cannabis-basierte Therapie unabhängig davon, ob die psychische Erkrankung die antragsbegründende Indikation oder lediglich eine zusätzlich bestehende Erkrankung ist. Nach Ergebnissen einer Zwischenauswertung der Begleiterhebung des BfArM vom März 2020 entfallen lediglich etwa 5% aller bewilligten Kostenübernahmeanträge auf psychiatrische Erkrankungen. Diese Praxis der Krankenkassen steht in diametralem Widerspruch zu Ergebnissen epidemiologischer Studien, der klinisch praktischen Behandlungserfahrung und auch den Zahlen der vor 2017 erteilten Ausnahmeerlaub-

nisse. Seinerzeit wurden 27% der Ausnahmeerlaubnisse wegen einer psychischen Erkrankung erteilt, darunter neben ADHS und Depression auch posttraumatische Belastungsstörung, Autismus-Spektrum-Störung und Zwangserkrankungen.

Was muss passieren?

Nach wie vor haben zahlreiche Patient*innen keinen legalen Zugang zu einer Behandlung mit Cannabis-basierten Medikamenten, selbst wenn hierfür ärztlicherseits eine Indikation gestellt wurde. Mehr noch: diese Patient*innen werden auch heute noch kriminalisiert, wenn sie die einzige, ihnen offen stehende Alternative einer Selbsttherapie mit Straßencannabis wählen. Diese Praxis kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, denn das Betäubungsmittelgesetz wurde geschaffen, um Menschen vor gesundheitlichen Schäden durch Betäubungsmittel zu schützen, nicht hingegen, um kranke Menschen durch strafrechtliche Maßnahmen zu schädigen.

Daher fordern die Unterzeichnenden:

- Die Abgabepreise für Cannabisblüten in Apotheken müssen deutlich gesenkt werden. Als Vorbild könnte der in Schleswig-Holstein gewählte Weg dienen. Von der 2019 getroffenen gesetzlichen Regelung zur Kostensenkung profitieren aktuell einseitig die Krankenkassen, nicht aber die selbstzahlenden Patient*innen.
- Der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen muss abgeschafft werden, damit die Therapiehoheit in den Händen der behandelnden Ärzt*innen bleibt und die Behandlungsindikation nicht länger von Sozialfachangestellten der Krankenkassen oder Gutachter*innen des MDK gestellt wird.
- Regressdrohungen gegenüber Ärzt*innen müssen beendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung in Baden-Württemberg hat hierfür einen praxistauglichen Weg aufgezeigt.
- Pharmaindustrie-unabhängige Fortbildungen für Ärzt*innen zum Thema Cannabis als Medizin müssen verstärkt angeboten werden. Das Thema muss darüber hinaus fester Bestandteil der Lehre im Medizinstudium werden.
- Sucht- und andere psychiatrische Erkrankungen dürfen nicht länger pauschal als Kontraindikationen für eine Cannabis-basierte Therapie eingestuft werden, die praktisch ausnahmslos zur Ablehnung des Kostenübernahmeantrags führen.
- Patient*innen mit einer ärztlich bescheinigten Indikation für eine Cannabis-basierte Therapie dürfen nicht länger strafrechtlich verfolgt werden.
- Bei Bestehen einer ärztlich indizierten Cannabis-basierten Therapie müssen Patient*innen im Hinblick auf eine Teilnahme am Straßenverkehr genauso behandelt werden wie Patient*innen, die andere Medikamente einnehmen.
- Die klinische Forschung zur Wirksamkeit Cannabis-basierter Medikamente ist von allgemeinem Interesse und muss daher durch den Bund gefördert und finanziert werden. Die Förderung durch die öffentliche Hand ist auch deshalb erforderlich, weil klinische Forschung pharmazeutischer Unternehmen immer auf ein konkretes Produkt abzielt, eine Einschränkung, die aus Sicht von Ärzt*innen und Patient*innen nicht sinnvoll ist.

Unterstützer (in alphabetischer Reihenfolge)

Burkhard Bliener	Mitglied des Deutschen Bundestags (2013-2017), ehemaliges Mitglied des Ausschusses für Gesundheit, Sprecher für Drogen/Sucht, SPD-Fraktion
Dr. Knud Gastmeier	Palliativmediziner und Schmerztherapeut, Potsdam
Dirk Heidenblut	Mitglied des Deutschen Bundestags, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit, Sprecher für Drogen/Sucht, SPD-Fraktion
Dr. Ellis Huber	ehemaliger Präsident der Ärztekammer Berlin
Dr. Kirsten Kappert-Gonther	Mitglied des Deutschen Bundestags, Sprecherin für Drogenpolitik Sprecherin für Gesundheitsförderung, Fraktion Bündnis90/Die Grünen
Prof. Dr. Matthias Karst	Leiter Schmerzambulanz, Medizinische Hochschule Hannover
Niema Movassat	Mitglied des Deutschen Bundestags, Sprecher für Drogenpolitik, Fraktion Die Linke
Dr. Wieland Schinnenburg	Mitglied des Deutschen Bundestags, Sprecher für Drogenpolitik, FDP- Fraktion

Cannabis als Medizin: Selbstmedikation und Stigmatisierung

Bernd Werse

Zusammenfassung

Aus einer Stichprobe von 31 qualitativ interviewten Personen, die Selbstmedikation mit Cannabis betreiben, werden Erfahrungen mit Stigmatisierung präsentiert. Diese haben viele der Befragten im Medizinsystem erlebt, wo sie nicht nur oft auf kategorische Ablehnung von Cannabis trafen, sondern auch teils langwierige Leidensgeschichten erlebten, weil ihre Medikation als Abhängigkeit etikettiert wurde. Zusätzlich sind alle Befragten vom Risiko und der psychischen Belastung durch die Strafandrohung betroffen, insbesondere Patient*innen, die täglich relativ große Mengen Cannabis benötigen und deshalb selbst anbauen. Manche waren auch von Missbilligung im sozialen Umfeld betroffen. Diese Erfahrungen, aber auch bereits die Tatsache, dass es weiterhin generell Menschen gibt, die gezwungen sind, sich ihre Medizin illegal zu besorgen, sprechen für die dringende Notwendigkeit, die Regelungen für Cannabis als Medizin deutlich zu liberalisieren.

1. Einleitung

Die folgenden Forschungsergebnisse stammen aus einer qualitativen Studie, die das Centre for Drug Research (CDR) der Goethe-Universität Frankfurt neben einer quantitativen Online-Befragung im Rahmen des Projektes „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“, gefördert durch das Drogenreferat der Stadt Frankfurt, von Ende 2018 bis Ende 2019 durchgeführt hat (Werse et al., 2020). Dabei wurden 31 sich überwiegend auf dem Schwarzmarkt versorgende medizinische Cannabisnutzer*innen in Frankfurt befragt. Im Folgenden werden Ergebnisse zu den teils über lange Zeit hinweg wie auch oft noch aktuell erlebten Stigmatisierungserfahrungen dieser sich selbst mit Cannabis behandelnden Patient*innen beleuchtet. Zu beachten ist, dass sich seit Durchführung der Interviews am Cannabis-als-Medizin-Gesetz (BfArM, 2017) und dessen Umsetzung praktisch nichts geändert hat.

2. Basisdaten und Charakteristika der Selbstmedikation

42% der 31 Befragten waren weiblich und 58% männlich. Das Durchschnittsalter betrug 37 Jahre; alle wohnten in Frankfurt. Schmerzen unterschiedlicher Art waren die am häufigsten genannten Symptome, gegen die Cannabis-Arzneimittel eingesetzt werden, gefolgt von AD(H)S, Schlafstörungen, Depressionen und zahlreichen weiteren

physischen und psychischen Beschwerden, weit überwiegend auch mit ärztlicher Diagnose für diese Symptome. Mehr als vier von fünf Befragten haben Cannabis erstmals mit Freizeitmotivation konsumiert, zumeist im jugendlichen Alter. Nur selten wurde bereits zu Beginn der Konsumerfahrungen eine medizinische Wirkung wahrgenommen; zumeist erfolgte diese Bewusstwerdung in einem über einige Jahre andauernden Prozess. Die konsumierte Menge variierte ebenso wie die zu bekämpfenden Symptome: von gelegentlichem, nach Bedarf eingesetztem Konsum kleiner Mengen bis hin zu mehr als 5 Gramm pro Tag. Eine Mehrheit nutzt die Substanz auch aus ‚Freizeitgründen‘; nicht selten werden die psychoaktiven Wirkungen auch bei klaren medizinischen Motiven als willkommener Nebeneffekt begrüßt.

3. Erfahrungen mit Stigmatisierung

Etwas mehr als die Hälfte der Interviewten haben aus unterschiedlichen Gründen nie eine Verschreibung für ihre Cannabismedikation beantragt – teils, weil sie nicht wollten, teils, weil sie nicht die Energie aufbrachten, sich eine*n aufgeschlossene*n Arzt/Ärztin zu suchen und teils, weil sie sich ohnehin keine Chance auf eine Verschreibung ausrechneten. Einige weitere haben ein Rezept, aber ohne Kostenübernahme. Die übrigen Befragten haben bereits bei diversen Ärzt*innen versucht, ein Rezept zu bekommen, stießen aber oft auf kategorische Ablehnung. Nicht wenige Mediziner*innen sind mithin sehr kritisch bis kategorisch ablehnend gegenüber Medizinalcannabis eingestellt:

„Sie (Ärztin) ist ganz sauer geworden und hat gesagt: ‚Die ganze Zeit kommen irgendwelche Cannabisabhängigen zu mir und wollen ein Rezept haben, aber ich bin absolut dagegen. Ich werde keine Drogen verschreiben‘ und sie hat mich praktisch aus der Praxis gejagt.“ (Konrad, 28) – „Wo mir dann ein junger Arzt, wo ich eigentlich gedacht habe: ‚okay, der könnte aufgeschlossen sein‘, gesagt hat: ‚Herr Müller, nein, machen wir grundsätzlich nicht. Man kann sich ja die ADHS auch schön kiffen.‘ Also entschuldige bitte, da ist mir alles aus dem Gesicht gefallen.“ (Müller, 50)

Hier zeigt sich eine wesentliche Quelle für die Stigmatisierungserfahrungen: auch nachdem im Jahr 2017 eine Verschreibung möglich wurde, existierten und existieren bis heute noch umfangreiche Vorbehalte in der Medizin. Dem vorangegangen waren knapp zehn Jahre, in denen Cannabismedikation nur einer kleinen Gruppe mit Ausnahmegenehmigung vorbehalten war (BfArM, 2009). Zuvor war die medizinische Nutzung der Substanz in Deutschland legal gar nicht möglich, was für die Biographien der älteren Befragten oft eine entscheidende Rolle spielt.

Dies zeigt sich besonders deutlich bei einer Befragten, die komplexe Zusammenhänge von psychischen und physischen Beschwerden, Cannabiskonsum und Stigmatisierung schilderte. Sie habe über lange Zeit nach eigenen Angaben einen unbewusst medizinischen Konsum, u.a. zur Bearbeitung ihres Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms (ADS), betrieben. Währenddessen hatte sie – zusätzlich zu ihren ohnehin bestehenden psychischen Problemen – immer wieder Schuldgefühle entwickelt:

„...immer wieder Phasen auch, wo ich gedacht habe, das tut mir nicht gut. Habe es sein lassen und habe dann die volle Breitseite an Problemen bekommen.“ (Anna, 47)

Dies habe sie lange Zeit nicht bewusst wahrgenommen, weshalb sie den u.a. von ihrem sozialen Umfeld herangetragenem Sorgen um ihren „abhängigen“ Konsum nachging und letztlich, im Zustand eines fortgeschrittenen Burnouts, eine stationäre Entzugsbehandlung aufnahm („Weil ich gedacht habe damals, dass meine Probleme vom Cannabis kommen“). Dieser Klinikaufenthalt wurde von ihr auch zunächst – aufgrund der Entlastung von ihrem beruflichen Umfeld – als positiv wahrgenommen, bis sie am Ende nahegelegt bekam, eine Langzeitentwöhnung aufzunehmen und gleichzeitig Psychopharmaka zu nehmen (wovon ihr zuvor von ihrem Psychiater wegen mangelnder Verträglichkeit abgeraten worden war):

„Und da habe ich das erste Mal gedacht, Moment, irgendwie wird mir gesagt, ich kann mein Leben lang Psychopharmaka nehmen und das andere nicht. (...) warum darf ich denn das Harmlose mit den geringen Nebenwirkungen nicht nehmen? Und mein Leben lang Psychopharmaka? Und dann ist das so ein langsamer Wachrüttelprozess in mir gewesen.“ (Anna, 47)

An dieser Stelle bemerkte sie erstmals bewusst negative Folgen des Absetzens ihrer Medizin auf ihren Allgemeinzustand und nahm von einer Langzeittherapie Abstand. Dennoch nahm sie später nochmals eine Entzugsbehandlung auf, welche die Voraussetzung dafür sein sollte, in eine bestimmte psychosomatische Klinik zu kommen, um mit ihren diversen Beschwerden besser zurechtzukommen. Diesen Entzug führte sie in einer anderen Klinik durch, die mit einem deutlich höheren Kontrolldruck arbeitet:

„Ich musste dann unter Aufsicht Wasser lassen mehrfach. (...) ...das ist so etwas Demütigendes. Oder auch beim Abend haben sie mich getestet. Dann wollte ich die Tür zuziehen, dann sagt die Dame, nein, lassen Sie mal auf. Also ich musste dieses Jahr andauernd unter Aufsicht Wasser lassen. Und ich merke, dass mir das gegen meine Menschenwürde geht“ (Anna, 47)

Nicht nur aus diesem Grund, sondern auch aufgrund ihres insgesamt schlechteren Allgemeinzustandes brach sie diese Behandlung ab. Erwähnt sei an dieser Stelle, dass sich das ADS bei ihr auch deutlich körperlich äußert, einerseits im Zusammenhang mit Anspannung: „dann springt meine Halswirbelsäule, meine Muskulatur an (...) Ich habe drei Bandscheibenworfälle im Nacken“, andererseits bedingt durch Unkonzentriertheit: „In dieser total überdrehten Verfassung verliere ich meinen Bodenhalt. Ich bin von 2010 bis 2012 bestimmt achtmal umgeknickt. Das ist aber psychisch bedingt, nicht orthopädisch.“

Erst nach dieser zweiten Entzugsbehandlung sei für sie endgültig klar gewesen, dass sie über lange Zeit Selbstmedikation betrieben hatte. Dennoch fühle sie sich durch das Medizinsystem davon abgehalten, einerseits aufgrund der Voraussetzung der Abstinenz die besagte psychosomatische Behandlung aufzunehmen, andererseits auch eine andere Medikation auszuprobieren, nämlich das häufig für AD(H)S eingesetzte Methylphenidat (Ritalin® bzw. Medikinet®)

„Naja, ich bin ja dann süchtig. Für die bin ich dann süchtig. Und dann kriege ich aber kein Medikament, was dafür angeboten ist. Da müsste ich jetzt ganz lange abstinert sein, dann würde ich das andere Medikament kriegen. Und dann habe ich mich jetzt vor einer Weile entschieden, nein, das mache ich nicht. Ich habe kaum Nebenwirkungen außer ein bisschen Zunehmen durch mehr Essen, was mir aber auch guttut eigentlich!.“ (Anna, 47)

Die Befragte hat somit einen jahrzehntelangen Prozess hinter sich, in dem sie mit diversen zusammenhängenden psychischen und physischen Beschwerden und gleichzeitig ihrem regelmäßigen, von außen und letztlich auch ihr selbst als „Sucht“ problematisierten Cannabiskonsum zu kämpfen hatte, bevor sie überhaupt eine Diagnose bekam. Ihre fortdauernde Selbstmedikation – auch im Zusammenhang mit ihrem psychischen Zustand – steht aber trotz ihrer offensichtlich gescheiterten Entzugsversuche offenbar immer noch einer regulären Behandlung mit Cannabis entgegen.

Der hier beschriebene Fall ist als besonders drastisch und komplex zu betrachten. Aber auch diverse weitere Befragte berichteten über langjährige innere Konflikte im Kontext ihrer Selbstbehandlung mit Cannabis-Arzneimitteln. Diese wurden subjektiv nicht selten durch die kaum gegebene Bereitschaft von medizinischem Personal, Cannabis als Arzneimittel zu akzeptieren (s.o.), verstärkt.

Abgesehen von solchen als stigmatisierend empfundenen Erfahrungen mit dem medizinischen System spielt natürlich auch das Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung eine große Rolle. So wurde einem Befragten seine Eigenanbau-Anlage von der Polizei beschlagnahmt; er musste wegen eines schweren Rückfalls seiner Krankheit und mangelnder finanzieller Mittel für seine täglichen Dosen weiter anbauen und ging dafür durch diverse Instanzen, was aber nicht erfolgreich war und sich – zusätzlich zu seiner Grunderkrankung – negativ auf seine psychische Verfassung auswirkte:

„Ich hab‘ eine unwahrscheinlich schwere Krankheit und die ist so krass und die schieben das aufs Rauchen. Wenn man sowas hört, da breche ich fast zusammen. (...) [Interviewer: Gibt es Sorge vor einer neuen Hausdurchsuchung oder Bestrafung?] Ja, ich hab‘ richtig Angst. Ich hab‘ psychische Probleme, weil ich so Angst habe. (...) Ich muss zu einer Bewährungshelferin. Die Bewährung hat ja erst... Im Oktober hab‘ ich ein Jahr. Und die beträgt drei Jahre.“ (Winnie, 46)

Eine weitere Befragte hatte eine ähnliche Erfahrung mit Beschlagnahmung von Eigenanbau machen müssen. Zum betreffenden Zeitpunkt hatte sie bereits ein ärztliches Rezept für einen täglichen Konsum von ca. fünf Gramm Cannabis zur Behandlung ihrer Epilepsie; zudem hatte sie vergeblich versucht, eine Anbaugenehmigung zu erhalten, damit sie sich die hohen konsumierten Mengen ohne Kostenübernahme leisten kann. Die Hausdurchsuchung fiel bei dieser Interviewpartnerin drastischer aus als beim zuvor Zitierten („Tür eingetreten“); die Polizei verweigerte ihr zudem über Stunden die notwendige Einnahme ihrer Medizin, bis schließlich medizinisches Personal die Polizist*innen von der Notwendigkeit überzeugte.

Neben diesen Fällen und einigen mit weniger schwerwiegenden Strafen gab es auch mehrere Befragte, die aufgrund Cannabiskonsums ihren Führerschein verloren hatten. Einige weitere Befragte machen sich aufgrund ihres beruflichen Status besondere Sor-

¹ Die Befragte ist sehr schlank.

gen um ihren Führerschein („*Ich bin Freiberufler, bin auf mein Auto angewiesen*“; XY, 32), andere wegen möglicher direkter beruflicher Konsequenzen:

„*Seitdem ich das Jobangebot bei XY habe, habe ich schon Angst vor Bestrafung. Jede Kleinigkeit ist wichtig, wenn ich auch nicht bestraft werde und nur eine Geldstrafe von 100 Euro kriege, aber es wird direkt an den Arbeitgeber gemeldet.*“ (Konrad, 28) – „*Das ist bei mir natürlich eine ganz massive Zukunftsangst. Also wenn ich jetzt straffällig werde wegen Cannabis, weiß ich, ich kann meine Verbeamtung vergessen.*“ (Tessa, 27)

Ein anderer Interviewpartner schildert seine inneren Konflikte und Ängste zu Zeiten, in denen er „*immer mal wieder*“ Cannabis selbst angebaut habe:

„*...weil, dieses zum Dealer fahren und die großen Mengen Gras dabei zu haben, fand ich eher doof. Weil man dann erwischt wird und dann ist... ja, dann hat man die großen Mengen dabei. Deswegen immer wieder auf Anbauen gewechselt und dann immer... dann habe ich mich fast noch schlechter gefühlt. Immer wieder wenn es an der Tür geklingelt hat, ich weiß noch einmal, da klingelte die Polizei und die wollten nur irgendwas wegen meinem Vater wissen und dann ist mir auch das Herz in die Hose gefallen. Also jedes Mal, wenn man mit Polizei in Kontakt kommt, fühlt man sich... ich bin ein Verbrecher. Obwohl ich eigentlich jedes Gesetz befolge. Ich versuche nicht falsch zu parken, ich park' niemals auf einem Behindertenparkplatz, ich zahle meine Steuern, ich zahle meine Krankenversicherung, ich zahle alles. (...) Ja, ich fühle mich als Krimineller, obwohl ich eigentlich keiner bin.*“ (Mike, 35)

Mike spricht hier einerseits seine Gedankengänge in puncto Risikoabwägung an, wobei er offenbar immer denjenigen Beschaffungsmodus (Kauf beim Dealer vs. Eigenanbau) als besonders riskant betrachtet, dem er gerade nachgeht. Insofern gilt für diesen Befragten wie auch für viele andere aus der Stichprobe, dass die Sorge vor dem Erwischtwerden „*Dauerzustand*“ sei.

Abgesehen von Kriminalisierung durch Strafverfolgung, Führerscheinbehörde und berufliche Konsequenzen gibt es auch diverse Sorgen über stigmatisierende Ansichten im sozialen Umfeld, was neben der Arbeitswelt auch private Kontakte betrifft. Zwei der Interviewten sprechen in diesem Zusammenhang einen ähnlichen ‚Generalverdacht‘ gegenüber medizinischen Nutzer*innen an, der von vielen anderen aus dem Bereich der Medizin geäußert wurde:

„*Es gibt ja auch nicht nur das Stigma der Kifferin, sondern es gibt ja auch viele Leute, die einem das nicht glauben, dass man es aus medizinischen Gründen macht.*“ (Jenny, 28) – „*Das ist so ein Thema wegen der ganzen Fehlinformation und gefälschten Studien, die die Leute jahrelang zu lesen bekommen haben. Dadurch sind die Menschen hier und da verurteilend, manche haben sich auch abgewendet, weil sie mir eine Abhängigkeit unterstellen und den medizinischen Nutzen noch nicht erkennen können.*“ (Sirius, 43)

Angesichts dessen, dass Erfahrungen mit Stigmatisierung, Missbilligung o.ä. im sozialen Umfeld aber eher selten genannt werden, scheint – abgesehen von den Problemen mit Ablehnung innerhalb des medizinischen Systems – das Risiko der Kriminalisierung das weitaus größere Problem darzustellen. Letzteres ist wiederum deutlich von der benötigten Menge abhängig: Für diejenigen, die mehrere Gramm pro Tag benötigen, besteht (sofern sie keine Kostenübernahme haben) die Notwendigkeit, sich diese großen Mengen, zumeist per Eigenanbau, selbst zu finanzieren, was von vorneherein ein größeres Risiko einer Strafverfolgung mit sich bringt. Umgekehrt berichten diejenigen mit eher geringen Konsummengen auch auffällig seltener von derartigen Sorgen, abgesehen vom Risiko des Führerscheinverlustes.

4. Fazit

Die hier zitierten Interviewpartner*innen haben oftmals lange Leidensgeschichten hinter sich, in denen die permanente Drohung straf- und verkehrsrechtlicher Verfolgung, Ignorieren und Verächtlichmachen von Cannabismedikation seitens Mediziner*innen sowie teils durch das soziale Umfeld verstärkte Selbstzweifel teils massiv zur Verschlechterung des physischen und psychischen Zustands beigetragen haben. Gerade bei einigen der AD(H)S-Patient*innen in der Stichprobe waren solche Probleme oft besonders ausgeprägt. Gleichzeitig haben Patient*innen mit AD(H)S bis heute besonders oft Probleme, Cannabis überhaupt verschrieben, geschweige denn von der Kasse finanziert zu bekommen. Dabei sei hervorgehoben, dass die Stichprobe nahezu ausschließlich aus Personen bestand, die nicht nur eine klare Diagnose für ihr Krankheitsbild hatten, sondern auch klar schildern konnten, wie Cannabis ihre Symptome lindert. Dass diese körperlich und oft auch psychisch beeinträchtigten Menschen zusätzlich, aufgrund der unzureichenden gesetzlichen Vorgaben teils bis heute, mit Stigmatisierung und Kriminalisierung belastet werden, ist ein Skandal. Das Cannabis-als-Medizin-Gesetz muss dringend so überarbeitet werden, dass diejenigen, die im Alltag zwingend auf die Substanz angewiesen sind, leichter und ohne fragwürdige bürokratische Einschränkungen (etwa die Bindung an eine bestimmte Marke von Medizinalcannabis) ihre Medizin von der Krankenkasse finanziert bekommen. Gleichzeitig muss es leichter und vor allem preisgünstiger werden, sich Cannabis über Privat Rezept zu beschaffen. Viele derer, die eher kleine Mengen und/oder nur gelegentlich Cannabismedikation benötigen, wären gerne bereit, ihre Medizin zu einem angemessenen Preis selbst zu beschaffen. Leider ist es staatlicherseits innerhalb von vier Jahren nicht gelungen, eine einheimische Produktion zu ermöglichen, und auch die unsinnigen, überzogenen Apothekenaufschläge auf den Preis existieren immer noch.

Viele dieser Probleme könnten schlichtweg durch eine generelle Legalisierung von Cannabis gelöst werden. Es bleibt zu hoffen, dass dies unter der künftigen Bundesregierung möglich wird. Spätestens dann wäre es an der Zeit, den von Stigma und Kriminalisierung betroffenen Patient*innen wirklich Hilfe anzubieten, anstatt ihnen durch Abstinenzgebote und Strafandrohung das Leben noch schwerer zu machen.

Literatur

BfArM (2009): Hinweise für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte: Antrag auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis nach § 3 Absatz 2 BtMG zum Erwerb von Cannabis zur Anwendung im Rahmen einer medizinisch betreuten und begleiteten Selbsttherapie.

http://www.bfarm.de/SharedDocs/Formulare/DE/Bundesopiumstelle/BtM/Cannabis_Hinweise_Patient.pdf?__blob=publicationFile

BfArM (2017): Cannabis als Medizin. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Cannabis/_node.html

Werse, B., Kamphausen, G. & Klaus, L. (2020): Dunkelfeldanalyse zur medizinischen Versorgung mit Cannabisprodukten in Frankfurt. Modul des Konzeptes „Medizinisches Cannabis in Frankfurt am Main“. Endbericht. https://medizinisches-cannabis-frankfurt.de/media/cam_endbericht_cdr_21_12_20.pdf

Cannabis als Medizin: Irritierende Aussagen im Cannabis- Report der BKK Mobil Oil

Franjo Grotenhermen

Zusammenfassung

Kürzlich erschien der Cannabis-Report der Betriebskrankenkasse Mobil Oil. Die Autoren selbst als auch Kommentatoren des Berichts auf der Webseite der Barmer Ersatzkasse haben bei Experten Irritationen verursacht. Diese Irritationen haben mehrere Gründe. Sie beruhen zum Teil auf konkreten Fehlern im Text. So wird im Bericht beispielsweise die bekannte limitierte Studienlage bei vielen möglichen Indikationen für eine Cannabistherapie mit einer fehlenden Wirksamkeit verwechselt und daraus die Legitimation für eine Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen abgeleitet. Dabei ist es naheliegend, dass bei einer unzureichenden Erforschung einer bestimmten Indikation durchaus eine hohe Wirksamkeit vorliegen kann. Den Autoren ist zudem der fundamentale Unterschied der Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten im Vergleich zu im Labor hergestellten Arzneimitteln, für die pharmazeutische Unternehmen eine Zulassung für die Therapie von Erkrankungen erhalten haben, nicht bewusst. Dieser Unterschied führt zu einem politischen und gesellschaftlichen Problem, das als Cannabis-Dilemma bekannt geworden ist.

Einleitung

Im Auftrag der Betriebskrankenkasse BKK Mobil Oil haben Professor Dr. Gerd Glaeske, Leiter des SOCIUM an der Universität Bremen, und Lutz Muth, wissenschaftlicher Mitarbeiter am SOCIUM unter dem Titel „Cannabis-Report 2020“ einen Bericht zur Verwendung von Cannabis als Medizin in Deutschland vorgelegt (Cannabis-Report 2020). Professor Glaeske ist Pharmazeut, war bis 1999 bei verschiedenen Krankenkassen tätig und hat bis 2015 den jährlichen Arzneimittelreport der Barmer Ersatzkasse herausgegeben. Er ist ein bekannter Kritiker der Profitorientierung pharmazeutischer Unternehmen, zuletzt in seinem in 2021 erschienenen Buch „Auf Kosten der Patienten? Kritische Kommentare zur Pharmaindustrie“. Er betrachtet sich als Anwalt der Patienten, insbesondere der weniger vermögenden Patienten, jemand, der sich für ihre Interessen engagiert. Umso betroffener hat er im Rahmen einer persönlichen Kommunikation auf meine Kritik an seinem Cannabis-Bericht in den ACM-Mitteilungen vom 21. März 2021, dem 14-täglichen erscheinenden Newsletter der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V., reagiert. In dieser Kommunikation wurde für mich erkennbar, dass bei der Anfertigung des Cannabis-Reports ein Grundverständnis hinsichtlich der spezifischen Situation beim Umgang mit cannabisbasierten Medikamenten fehlte.

Die aktuelle rechtliche Situation führt schließlich dazu, dass gerade weniger vermögenden Patienten, für die sich Herr Glaeske besonders einsetzen möchte, erheblich benachteiligt werden. Sie können sich schließlich cannabisbasierte Medikamente nicht selbst nach einer Verschreibung auf einem Privatrezept aus eigener Tasche leisten. Mit einer vom Cannabis-Report forcierten restriktiven Haltung der Krankenkassen wird dieser unhaltbare Zustand zu Ungunsten benachteiligter Patienten zementiert.

1. Unkenntnis der grundlegenden Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach § 31 Abs. 6 SGB V

Die BKK Mobil Oil zitiert in ihrer Pressemitteilung zum Cannabis-Report Professor Christoph Maier, den ehemaligen Chefarzt der Schmerzlinik an der Universität Bochum, im Hinblick auf die schmerzbezogenen Indikationen (chronische Schmerzsyndrome, Rückenschmerzen, Polyneuropathie, etc.) für eine Cannabistherapie mit den Worten, dass die bewilligten Anträge *„also überwiegend für Indikationen, in denen eine Reihe von Studien gezeigt haben, dass THC-haltige Medikamente im Mittel keine relevante Schmerzlinderung erzeugt“*, entfallen. Herrn Professor Maier ist offenbar das Grundprinzip der Gesetzgebung aus dem Jahr 2017 nicht bekannt. Es geht nicht darum, ob bei einer bestimmten Indikation Studien ergeben haben, ob THC-haltige Medikamente „im Mittel“ Schmerzen oder andere Leiden lindern, sondern ob es „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung“ auf Symptome bzw. Erkrankungen gibt (§ 31 Abs. 6 SGB V). Dazu hat sich im Laufe der vergangenen Jahre eine juristische Interpretation durchgesetzt, nach der die vom behandelnden Arzt bei einem konkreten Patienten beobachteten positiven Einwirkungen auf die Erkrankung durch klinische Daten gestützt werden müssen.

Es ist daher überraschend, wenn ein bekannter Schmerzmediziner dieses Prinzip entweder nicht verstanden hat oder infrage stellt, und noch überraschender, dass die BKK Mobil Oil dieses Zitat an den Anfang des Artikels über ihren Cannabis-Report über eben die Auswirkungen dieses Gesetzes setzt. Man muss davon ausgehen, dass sich die Krankenkasse die Aussage des Zitats aufgrund der prominenten Platzierung im Text zu eigen macht. Das ist insofern bedenklich, als die Krankenkassen über die Anträge entscheiden, sodass es von grundlegender Bedeutung ist, dass die Grundlagen und Prinzipien des Gesetzes von den Mitarbeitern der Krankenkasse bei der Bewertung eines Antrags auf eine Kostenübernahme korrekt nach dem Wortlaut des Gesetzes ausgelegt werden. Möchten Herr Professor Maier und die BKK Mobil Oil die Kostenübernahmen von cannabisbasierten Medikamenten für die Behandlung von chronischen Schmerzen oder Polyneuropathie infrage stellen? Wenn sie das nicht möchten, stellt sich die Frage, welche Funktion dieses Zitat zu Beginn der Pressemitteilung über den Cannabis-Bericht hat oder haben soll.

2. Falsche Darstellung der Situation zur Verwendung von cannabisbasierten Medikamenten in anderen Ländern

Die BKK Mobil Oil betrachtet die Tatsache, dass *„62% der Leistungsausgaben (...) im Jahr 2019 auf unverarbeitete Cannabisblüten bzw. Blüten in Zubereitungen [entfallen]. Und das, obwohl es mittlerweile im Markt standardisiert hergestellte und vor allem zugelassene gut wirksame Cannabis-Produkte gibt“* als das *„erstaunlichste Ergebnis“*. Und weiter heißt es: *„Interessant: In Großbritannien, Österreich und der Schweiz sind getrocknete Blüten aufgrund von möglichem Missbrauch nur als Rauschmittel eingestuft.“*

Es ist eher interessant und erstaunlich, dass der BKK Mobil Oil offenbar ganz grundlegende internationale Entwicklungen unbekannt sind. Die Krankenkasse hatte Mühe einige Länder zu finden, in denen Cannabisblüten gegenwärtig nicht für die medizinische Verwendung erlaubt sind, man hätte jedoch erwarten können, dass Experten wissen, dass in der Schweiz noch in diesem Jahr mit einer Änderung des dortigen Betäubungsmittelgesetzes gerechnet wird, nach der dann auch Cannabisblüten verschreibungsfähig werden sollen. Und dies ist keine überraschende Entwicklung, die man vielleicht hätte übersehen können, sondern darüber wird seit längerer Zeit in der Schweiz diskutiert. Am 24. Juni 2020 hat der Schweizer Bundesrat dem Parlament eine entsprechende revidierte Fassung des Betäubungsmittelgesetzes zur Beratung vorgelegt. Swissmedic, die nationale medizinische Aufsichtsbehörde, wäre dann für die Zulassung und Überwachung des Anbaus, der Herstellung und des Inverkehrbringens von Cannabis für den medizinischen Gebrauch zuständig. Die Regierung will danach auch den kommerziellen Export von solchem medizinischen Cannabis erlauben (Swissinfo vom 24. Juni 2020).

Und wie steht es um Großbritannien? Die Aussage, dass in Großbritannien Cannabisblüten nicht medizinisch eingesetzt werden, ist nicht zutreffend. Am 7. Januar meldete die Zeitung Independent, dass es aufgrund des Brexit Probleme mit Cannabis-Lieferungen aus den Niederlanden gibt, was das Leben von bis zu 40 Kindern in Großbritannien mit schwerer Epilepsie gefährde (Independent vom 7. Januar 2021). Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Patienten, die in Großbritannien Cannabisblüten erhalten, von gegenwärtig einige Tausend bis Ende 2024 auf mehr als 300.000 steigen wird (Statista vom 14. Februar 2020). An dieser Stelle sei zudem darauf hingewiesen, dass deutsche Krankenkassen eine Kostenübernahme für eine Therapie einer Epilepsie mit cannabisbasierten Medikamenten im Allgemeinen ablehnen, weil die klinische Studienlage insuffizient ist.

Umgekehrt wird ein Schuh daraus. Betrachtet man die internationalen Entwicklungen und Länder, in denen cannabisbasierte Medikamente von Ärzten verschrieben oder empfohlen werden dürfen, so gibt es nur sehr wenige, in denen das Thema Verwendung von Cannabisblüten so negativ diskutiert und als „archaisch“ diskreditiert wird wie in Deutschland. Dies gilt für europäische Länder wie die Niederlande oder Italien, für asiatische Länder wie Israel und Thailand, südamerikanische Länder wie Uruguay und Kolumbien oder nordamerikanische Länder wie Kanada und die USA. Könnte es vielleicht sein, dass standardisierte Extrakte und Cannabisblüten gleichermaßen gute medizinische Dienste leisten?

Sind natürliche Extrakte und Tees aus anderen Heilpflanzen nach Auffassung der Autoren auch „archaische“ Mittel? Leben die Menschen, die diese Präparate bevorzugen, nach Auffassung der Autoren noch im Mittelalter oder Altertum? Es ist eine ewige Diskussion und Frage, ob man Obst oder Vitamin C bevorzugen sollte. Nicht immer sind neue Arzneimittel besser als altbewährte natürliche Heilmittel. Oft sind sie nur teurer, was insbesondere auch den Autoren des Cannabis-Reports der BKK Mobil Oil grundsätzlich bekannt ist.

3. BKK Mobil Oil-Experten verwechseln die limitierte Studienlage bei vielen möglichen Indikationen für eine Cannabistherapie mit fehlender Wirksamkeit

Auf der Seite 27 des Berichts werden die möglichen Indikationen für eine Cannabistherapie in 3 Gruppen eingeteilt: „denkbare“, „mögliche“ und „keine“ Wirksamkeit. Zu den denkbaren Indikationen zählen chronische Schmerzen und Spasmen bei multipler Sklerose, zu den möglichen Tourette-Syndrom und ADHS. Im aktuellen Bericht der BKK Mobil Oil wird auf den Bericht aus 2018 Bezug genommen und wiederholt: *„Keine Wirksamkeit für Cannabis liegt bei den Indikationen Depressionen, Psychosen, Demenz, Glaukom und Darmerkrankungen vor.“*

Schauen wir uns anhand von zwei klinischen Studien zwei Indikationen an, bei denen cannabisbasierte Medikamente nach Aussage von Glaeske und Muth nicht wirksam sind: Glaukom und Darmerkrankungen.

Fangen wir mit dem Glaukom an. Eine Anzahl kleiner Studien, die überwiegend in den siebziger und achtziger Jahren durchgeführt wurden, hat gezeigt, dass THC bei Gesunden und bei Glaukom-Patienten den Augeninnendruck senkt. Nach Forschung an der Universität Aachen reduzierte eine orale Einzeldosis von 7,5 mg THC, die acht gesunden Ärzten in einem Selbstversuch verabreicht worden war, den Augeninnendruck und verbesserte die Durchblutung in der Netzhaut (Plange et al., 2007). Cannabinoide, die bereits für ihre Fähigkeit zur Reduzierung des Augeninnendrucks bekannt sind, können durch die Verbesserung der Durchblutung einen weiteren Mechanismus zur Reduzierung der Schäden des Sehnervs darstellen. Eine Erblindung durch eine Sehnerv-Schädigung ist die gefürchtetste Folge eines Glaukoms.

Die Autoren der Studie weisen darauf hin, dass THC beim Glaukom „nützlich“ sein könnte. Da Grundlagenforschung übereinstimmend und vielfach gezeigt hat, dass THC zudem nervenschützend und entzündungshemmend wirkt, könnte dieses Cannabinoid ein ideales Mittel zur Behandlung des Glaukoms sein, weil es eben nicht nur den Augeninnendruck senkt, sondern auch auf andere Art und Weise der Schädigung des Sehnervs vorbeugen könnte. Man kann sich sicherlich auf die Position verständigen, dass die Studienlage bisher unzureichend ist. Die Behauptung, dass es keine Wirksamkeit gibt, widerspricht jedoch der wissenschaftlichen Datenlage. Es ist dabei irrelevant, ob es Augenärzte gibt, die eine Kostenübernahme zur Therapie des Glaukoms beantragt haben oder nicht.

Es ist in der gegenwärtigen Situation nicht häufig zu erwarten, dass Augenärzte ihren Patienten cannabisbasierte Medikamente verschreiben, zum einen, weil Augenärzte üblicherweise keine Betäubungsmittel verschreiben, und zum anderen, da sie unter den gegenwärtigen Bedingungen den Aufwand scheuen würden. Ich selbst habe allerdings in den vergangenen 25 Jahren einige Patienten kennengelernt, die von einer Therapie mit THC profitiert haben. Darunter befand sich eine blinde Sportlerin, die aufgrund ihrer starken Schmerzen im Auge aufgrund des weiterhin bestehenden erhöhten Druckes von ihrem Arzt Dronabinol verschrieben bekam. Das Gutachten hat sie vom Vorwurf des Dopings entlastet.

Die gleiche Feststellung hinsichtlich Datenlage und Wirksamkeitsnachweis ergibt sich bei der Betrachtung der Lage zur Wirksamkeit von Cannabis bei der Behandlung der Darmerkrankung Morbus Crohn. Die Inhalation von Cannabis verbessert bei Patienten mit Morbus Crohn die Symptome und die Krankheitsaktivität. Das ist das Ergebnis einer klinischen Studie mit 21 Teilnehmern, die nicht auf eine Therapie mit Steroiden, Immunmodulatoren oder Biologika ansprachen, an der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie der Universität von Tel Aviv (Naftali et al., 2013). Die Patienten erhielten 8 Wochen lang entweder zweimal täglich eine Cannabiszigarette oder Placebo-Cannabiszigaretten. Ein vollständiges Verschwinden der Krankheitszeichen wurde bei 5 von 11 Patienten in der Cannabisgruppe und bei einem von 10 in der Placebo-Gruppe festgestellt. Eine klinisch signifikante Verbesserung trat bei 10 der 11 Patienten in der Cannabisgruppe und bei 4 der 10 Teilnehmer in der Placebo-Gruppe ein. 3 Patienten in der Cannabisgruppe konnten von ihrer Steroid-Abhängigkeit entwöhnt werden. Teilnehmer, die Cannabis erhielten, gaben einen verbesserten Appetit und einen verbesserten Schlaf an, ohne relevante Nebenwirkungen. Möchte man die wissenschaftliche Datenlage zur Wirksamkeit von Cannabis bei Morbus Crohn korrekt darstellen, so lässt sich sagen, dass zumindest bei einigen Patienten Cannabis sehr gut wirksam und auch verträglich ist. Die Interpretation im BKK Mobil Oil-Bericht ist abwegig.

4. Unkenntnis der Bedeutung der Dosis der Cannabisblüten hinsichtlich der Beurteilung von Missbrauch

Für Cannabisexperten sind die relativ hohen Dosen von zum Teil mehreren Gramm bei Patienten, die Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken benötigen, einfach erklärbar. Einigkeit besteht sicherlich darin, dass solche hohen Dosen nicht wünschenswert sind. Alle mir bekannten Patienten, die mehrere Gramm Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken benötigen, haben zuvor schon eine meistens jahrelange Selbsttherapie hinter sich, weil es keine Alternative zur Selbsttherapie gab. Es wurden überwiegend unstandardisierte Präparate wechselnder Qualität ohne ärztliche Begleitung verwendet. Daher hat sich die eingenommene Tagesdosis kontinuierlich erhöht. Bei stärkeren Beschwerden wurden eventuell höhere als die bisherigen Dosen verwendet, die in der Folgezeit nicht wieder reduziert worden sind. Die meisten Patienten, die Cannabis im Rahmen einer Selbsttherapie verwendet hatten, wiegen zudem die Blüten nicht ab. Über die Jahre wird dann aus 0,2 g Cannabis 0,5 g, 1 g, 2 g, etc.

Patienten, die ärztlich überwacht Cannabis einnehmen, nehmen dies meistens über viele Jahre in einer konstanten Dosis ein, können also jahrelang bei 0,2 oder 0,3 g bleiben. Voraussetzungen: Abwiegen der Tagesdosis, medizinische Begleitung und bekanntes Produkt. Diese Patienten streben auch häufig keine Kostenübernahme an, weil sie die vergleichsweise geringen Mengen von 5 oder 10 g monatlich lieber selbst tragen als ihren Arzt mit dem Aufwand einer Kostenübernahme zu belästigen. Daher tauchen diese Patienten bei den Krankenkassen nicht so häufig auf, und es entsteht ein Zerrbild der Wirklichkeit. Patienten, die sich das Medikament nicht leisten können, weil ihre Dosis vergleichsweise hoch ist, streben jedoch grundsätzlich eine Kostenübernahme an: Sie können sich das Medikament einfach nicht leisten. Und sie können aufgrund der Toleranzentwicklung auch nicht einfach herunterdosiert werden. Es können auch nicht einfach 400 mg orales Dronabinol in 2 g Cannabisblüten mit 20 % Dronabinol-Gehalt durch 20 oder 30 mg orales Dronabinol ersetzt werden.

Und wie interpretiert Professor Glaeske diese hohen Dosen? *„Auffälligkeiten auch bei den Tagesdosen: Diese würden mitunter um ein Vielfaches über denen des staatlichen Cannabisprogrammes der Niederlande liegen. Dies ließe auch die Frage aufkommen, ob diese Dosierungen noch mit einer verantwortungsvollen Versorgung in Einklang zu bringen seien oder ob getrocknete Cannabisblüten auch als Rauschmittel „auf Rezept“ missbraucht oder sogar weiterverkauft werden“* (BKK Mobil Oil-Webseite).

Wenn Herr Professor Glaeske auch nur einige Kenntnisse der Voraussetzungen für das Vorliegen eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit von Medikamenten kennen würde, so wüsste er, dass sich Missbrauch und Abhängigkeit nicht über die Dosis definieren. Unabhängig davon, welche medizinischen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM IV, DMS 5) verwendet werden. Keine Definition von Missbrauch, Abhängigkeit, schädlichem Gebrauch oder Cannabiskonsumstörungen geht auch nur mit einem Wort auf die Dosis ein. In der Tat wissen wir auch von anderen Medikamenten, dass die Dosis nicht das Entscheidende für die Diagnose eines Missbrauchs ist. Das gilt auch für Benzodiazepine und Opiate. Ein Schmerzpatient kann medizinisch begründet sehr hohe Opiat-Dosen benötigen, ohne dass ihm ein Missbrauch unterstellt wird. Die Opiat-Dosen von Schmerzpatienten gehen zum Teil bis an die Grenze der Atemdepression.

Von einem Cannabismissbrauch nach DSM IV wird dann gesprochen, wenn ein Cannabiskonsum-Muster vorliegt, „das Leiden oder Beeinträchtigungen verursacht“, wobei bezogen auf ein Jahr mindestens eines der folgenden Merkmale vorliegt:

1. *wiederholter Substanzkonsum, der das Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen verursachte, zum Beispiel Fernbleiben von der Arbeitsstelle oder Vernachlässigung der Kinder*
2. *wiederholter Substanzkonsum, der zu körperlicher Gefährdung führte, zum Beispiel Bedienen von Maschinen oder Autofahren unter Drogeneinfluss*
3. *wiederkehrende Konflikte mit dem Gesetz, zum Beispiel Verhaftung wegen ungebührlichen Benehmens oder Verkehrsdelikten*
4. *ständig oder wiederholt soziale oder zwischenmenschliche Probleme, zum Beispiel Ehestreitigkeiten, wobei der Substanzkonsum trotzdem fortgesetzt wird.“*

Es ist sowohl medizinisch praktisch als auch wissenschaftlich unseriös von hohen Cannabisdosen auf Missbrauch oder Abhängigkeit zu schließen.

Das Cannabis-Dilemma

Ich habe den Eindruck, dass die Autoren des Cannabis-Reports in guter Absicht die Krankenkasse und damit die Versicherungsgemeinschaft vor nicht gerechtfertigten Ausgaben durch die Kostenübernahme von cannabisbasierten Medikamenten bewahren wollten, sich dabei aber nicht der Besonderheiten einer Medikation mit Cannabis-Medikamenten bewusst waren. Diese Besonderheit wird häufig als das Cannabis-Dilemma bezeichnet und charakterisiert die zwei grundsätzlichen Unterschiede zwischen cannabisbasierten Medikamenten und solchen, die von pharmazeutischen Unternehmen zur Zulassung gebracht werden.

1. Cannabisprodukte sind für Patientinnen und Patienten leicht verfügbar, wenn sie nicht verboten sind. Patienten müssen nicht darauf warten, bis pharmazeutische Unternehmen ihre Moleküle auf den Markt gebracht haben. Daher stellt sich die Frage, mit welchen Begründungen Regierungen den Zugang zu diesem Heilmittel verbieten können – oder Krankenkassen eine Kostenübernahme verweigern –, wenn sie im konkreten Fall wirksam sind.
2. Cannabisprodukte sind keine Medikamente wie alle anderen, da es nicht ausreicht, große klinische Studien für 2, 5 oder 10 Indikationen durchzuführen, um ihr gesamtes therapeutisches Potenzial auszuschöpfen. Daher stellt sich die Frage, wie viele Jahrzehnte wir die Bevölkerung auf eine gute medizinische Versorgung mit Cannabis-Medikamenten warten lassen dürfen, bevor wir für alle Indikationen eine gute Datenlage haben.

Literatur

1. § 31 Abs. 6 SGB V. Sozialgesetzbuch V. Verfügbar im Internet unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/31.html>.
2. Cannabis-Report 2020 der BKK Mobil Oil. Im Internet abrufbar unter:
3. <https://mobil-krankenkasse.de/mobil-krankenkasse/presse/pressemeldungen/cannabis-report-2020.html>
4. Independent vom 7. Januar 2021. Verfügbar im Internet unter: <https://www.independent.co.uk/news/health/brexit-uk-cannabis-epilepsy-children-b1783747.html>.
5. Naftali T., Bar-Lev Schleider L., Dotan I, Lansky E.P., Sklerovsky Benjaminov F. & Konikoff F.M. (2013). Cannabis induces a clinical response in patients with Crohn's disease: a prospective placebo-controlled study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* ;11(10):1276-1280.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2013.04.034.

6. Plange N., Arend K.O., Kaup M., Doehmen B., Adams H., Hendricks S., Cordes A., Huth J., Sponzel W.E. & Remky A. (2007). Dronabinol and retinal hemodynamics in humans. *Am J Ophthalmol.* 143(1):173-4. doi: 10.1016/j.ajo.2006.07.053.
7. Statista vom 14. Februar 2020. Verfügbar im Internet unter: <https://www.statista.com/statistics/1088510/medical-cannabis-user-in-the-uk-forecast/>.
8. Swissinfo vom 24. Juni 2020. Verfügbar im Internet unter: <https://www.swissinfo.ch/eng/swiss-government-wants-to-ease-access-to-medical-marijuana/45857860>.

Wie sollte ein Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis aus Sicht der Konsument*innen ausgestaltet sein? Ergebnisse einer Befragung aus Berlin

Jens Kalke, Jakob Manthey, Moritz Rosenkranz, Jürgen Rehm & Uwe Vertheim

Zusammenfassung

Das Bundesland Berlin versucht, einen wissenschaftlichen Modellversuch zum risikoärmeren Cannabiskonsum nach § 3, Abs. 2, BtMG zu realisieren. Im Vorfeld der Erstellung der Antragsunterlagen für die Genehmigungsbehörde (BfArM) hat eine Online-Befragung von Cannabis-konsumierenden stattgefunden. Mit ihr sollten Hinweise für die Akzeptanz und Ausgestaltung eines solchen Modellversuchs aus Sicht der potentiell Teilnehmenden gesammelt werden. Die Ergebnisse machen u. a. deutlich, dass sich eine ausreichende Anzahl von Cannabis-konsumierenden an einem Modellversuch beteiligen würde.

Einleitung

In einigen europäischen Staaten wird eine Veränderung der Cannabispolitik über wissenschaftliche Modellversuche angestrebt. Hierzu gab es in Deutschland und in der Schweiz in der Vergangenheit verschiedene politische Initiativen, die zumindest in Deutschland bisher alle gescheitert sind. Die Geschichte der Drogenpolitik in Deutschland zeigt jedoch, dass wichtige Reformen (z. B. Methadonsubstitution, Drogenkonsumräume, Diamorphinvergabe) häufig über wissenschaftliche Modellprojekte – vor allem auf der föderalen Ebene – zustande gekommen sind (Zurhold et al., 2003; Vertheim et al., 1998; Vertheim et al., 2008). Das dürfte mit einem Politikverständnis zusammenhängen, dass gesellschaftlich konträre Konflikte durch Erprobungsvorhaben legitimatorisch „entlastet“ werden können (Kalke, 2001). Über Bürgerentscheide und Volksabstimmungen zu Cannabisreformen zu gelangen, wie in den Staaten der USA und der Schweiz, ist in Deutschland aus rechtlichen Gründen nicht möglich. Das Gleiche gilt ebenfalls für eine ausgeweitete liberale Duldungspraxis wie in den Niederlanden.

In Deutschland spielen deshalb politische Initiativen, die auf die Durchführung eines Cannabismodellversuchs nach § 3, Abs. 2, Betäubungsmittelgesetz (BtMG) abzielen, eine wichtige Rolle. Nach dieser Regelung kann die zuständige Genehmigungsbehörde, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Ausnahmen vom Verbot des Verkehrs mit Betäubungsmitteln (BtM) zulassen, wenn ein wissenschaftliches oder öffentliches Interesse vorhanden ist (Körner et al., 2019). Über diese Ausnahmeregelung konnte in Deutschland die Diamorphinbehandlung für Opiatabhängige wissenschaftlich erprobt (2002-2007) und gut zwei Jahre später in die Regelversorgung eingeführt werden (Haasen et al., 2007; Verthein et al., 2014). Nach der Rechtsauslegung des BfArM unterliegen solche Modellversuche strengen wissenschaftlichen Regeln in Anlehnung an klinische Arzneimittelprüfungen nach Good Clinical Practice (GCP).

Sämtliche bisher gestellten Anträge für die Durchführung von Modellversuchen zur Abgabe von Cannabisprodukten zu Freizeit Zwecken wurden vom BfArM abgelehnt. Dazu zählt unter anderem ein Antrag aus dem Berliner Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, mit dem vor allem ordnungspolitische Zielsetzungen wie die Reduzierung des Drogenhandels im öffentlichen Raum verfolgt werden sollten (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg, 2015). Bereits in den 90er Jahren wurde ein Antrag des Landes Schleswig-Holstein, bei dem es um die Trennung der Drogenmärkte ging, vom BfArM abgelehnt (Raschke & Kalke, 1999).

Zentrale Argumente des BfArM waren, dass solche Modellversuche nicht dem BtMG-Zweck entsprechen würden, das Entstehen und Erhalten einer Abhängigkeit soweit wie möglich auszuschließen, und dass die Sicherheit und Kontrolle des BtM-Verkehrs nicht gewährleistet seien (BfArM, 2015). Ferner wurde ausgeführt, dass Cannabis kein Genussmittel, sondern per definitionem ein Betäubungsmittel sei und damit per se den Restriktionen des BtMG unterstellt werden müsste.

Zielsetzung der Befragung

Auch das Bundesland Berlin hat Ende 2019 beim BfArM einen Antrag nach § 3, Abs. 2, BtMG eingereicht. Dieser und der darauf erfolgte Widerspruch wurden im Frühjahr 2020 abgelehnt. Dagegen hat das Land Berlin im Dezember 2020 eine Klage beim Verwaltungsgericht Köln eingereicht. Der beantragte Modellversuch zielt primär auf einen risikoärmeren Cannabiskonsum der Teilnehmenden ab, ordnungspolitische Überlegungen spielen in den wissenschaftlichen Fragestellungen keine Rolle (Manthey et al., 2020).

Die Ausarbeitung des Antrags basierte auf verschiedenen empirischen Grundlagen: einer rechtlichen Expertise; Gesprächen mit relevanten Akteuren; Literatur-Analysen (u. a. internationalen Erfahrungen) sowie einer Befragung von Berliner Cannabiskonsumierenden (Verthein et al., 2019).

Mit der Konsumierenden-Befragung sollte zum einen untersucht werden, wie viele der Befragten sich prinzipiell zur Teilnahme an einem Modellvorhaben bereit erklären würden. Zum anderen sollten Hinweise für die Ausgestaltung und die Akzeptanz eines zukünftigen Modellversuchs aus Sicht der potentiell Teilnehmenden gesammelt werden.

Methodik

Die anonyme Befragung wurde online im Zeitraum Januar/Februar 2019 (sechs Wochen) durchgeführt. Sie wurde von vier Einrichtungen der Suchthilfe und -prävention aus Berlin sowie dem Deutschen Hanfverband (Lobbyverband für Legalisierung) beworben. Die Befragung richtete sich an erwachsene Personen mit Wohnsitz in Berlin, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Cannabis zu Genusszwecken konsumiert haben.

Die Erhebung bestand aus 30 Fragen, das Ausfüllen dauerte 10 bis 15 Minuten. Schwerpunktmäßig wurde die Akzeptanz von Elementen und Rahmenbedingungen eines wissenschaftlichen Modellversuchs zur kontrollierten Vergabe von Cannabisprodukten abgefragt (z. B. Abgabestelle, Art und Menge der Produkte). Ferner wurde der aktuelle Cannabiskonsum (Frequenz, Produkte, Bezugsquelle) erhoben inklusive einer Einschätzung, inwieweit die Befragten über den THC-/CBD-Gehalt, die Herkunft und mögliche Streckmittel jener Cannabisprodukte informiert sind.

Insgesamt lagen 1.361 ausgefüllte Fragebögen vor. Davon enthielten 44 unplausible oder einen zu großen Anteil fehlender Angaben. 410 Personen hatten ihren Wohnsitz nicht in Berlin; bei 20 der Antwortenden lag kein Cannabiskonsum in den letzten 12 Monaten vor. Insgesamt wurden somit 474 Datensätze aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Es verblieben 887 gültige Fragebögen von erwachsenen Cannabis-konsumierenden mit Wohnsitz in Berlin. Der Anteil von Männern liegt bei 84%; das Durchschnittsalter beträgt 30,5 Jahre (SD: 10,4).

Ergebnisse

Von den Befragungsteilnehmenden erklärten sich 95% prinzipiell dazu bereit, an einem wissenschaftlichen Modellversuch zur kontrollierten Vergabe von Cannabis teilzunehmen (80% = „auf jeden Fall“, 15% = „eher ja“). Diese 836 Personen stellen die Auswertungsgruppe dar.

Cannabiskonsum der Befragungsteilnehmenden

Aus den Angaben zum Konsumverhalten lässt sich erkennen, dass es sich bei einem erheblichen Teil der Befragten um hochfrequente Cannabisnutzer*innen handelt. Danach konsumieren 61% mehrmals die Woche oder sogar (fast) täglich Cannabisprodukte (Tabelle 1). Bei einem Viertel liegt ein wöchentlicher Konsum vor. 15% können als Gelegenheitskonsumierende bezeichnet werden.

Bei den genutzten Produkten (Bezugsrahmen: letzter Monat) werden von fast allen Befragten Cannabisblüten genannt (97%). Etwa jede/r Dritte hat (zudem) Haschisch konsumiert (32%). Essbare Produkte wie Kekse und Konzentrate wie Öle kommen auf Anteile von 17% bzw. 13%.

Die Cannabisprodukte werden an erster Stelle aus dem Freundes- und Bekanntenkreis bezogen (64%). Fast die Hälfte der Befragten gibt als Bezugsquelle einen ihnen persönlich bekannten Händler an. 19% kaufen ihre Cannabisprodukte von (unbekannten) Dealern auf der Straße oder im Park und ein Siebtel betreibt Eigenanbau.

Tabelle 1: Cannabiskonsum der Befragten

<i>Frequenz (letzte 12 Monate)</i>	<i>%-Anteil</i>
(fast) täglich	34,6
mehrmals die Woche	26,8
etwa einmal die Woche	11,4
• zwei- bis dreimal im Monat	12,1
• einmal im Monat	4,0
• ein- bis zehnmal in den letzten 12 Monaten	11,1
N	835
<i>konsumierte Cannabisprodukte (letzter Monat, mehrere Angaben möglich)</i>	<i>%-Anteil</i>
Blüten	96,6
Haschisch (Harz)	32,3
Kekse (und andere essbare Produkte)	17,1
Konzentrate (Öle, Tropfen, Dabs)	12,5
synthetische Cannabinoide („Spice“ etc.)	0,5
N	821
<i>wichtigste Bezugsquellen Cannabisprodukte (mehrere Angaben möglich)</i>	<i>%-Anteil</i>
Freundes-/Bekanntenkreis	63,8
persönlich bekannter Händler	47,7
„von der Straße“, aus dem Park	18,7
Eigenanbau	13,6
aus dem Internet / Darknet	6,7
nur „Mitkonsument“	4,8
N	809

Die Befragten stufen ihre Informiertheit über die von ihnen konsumierten Cannabisprodukte im Durchschnitt als mittelmäßig ein. Auf einer Skala von 1 bis 10 ergibt sich hier für die drei abgefragten Aspekte THC-/CBD-Gehalt, Herkunft und Streckmittel jeweils ein Mittelwert, der zwischen 4,5 und 4,7 liegt (Tabelle 2). Dabei schätzt jeweils etwa die Hälfte der Konsumierenden ihren Informationsstand zu allen drei Produktmerkmalen als (eher) schlecht ein.

Tabelle 2: Informiertheit der Konsumenten über die Cannabisprodukte (von 1 „sehr schlecht“ bis 10 „sehr gut“)

	Ø-Wert	%-Anteil (1 bis 3)
Gehalt von THC und CDB	4,5	48,1%
Herkunft	4,5	50,1%
enthaltene Streckmittel	4,7	49,4%
N	836	836

Einstellungen zu möglichen Elementen eines Abgabemodells

Drei Viertel aller Befragten wünschen sich als Abgabestelle ein Fachgeschäft mit Konsummöglichkeit vor Ort (75%) (Tabelle 3). Des Weiteren kommen Cannabis-Social-Clubs mit Konsummöglichkeit auf einen relativ hohen Zustimmungswert von 61%. Apotheken werden von 35% der Konsumierenden als eine geeignete Abgabestelle im Rahmen eines Modellversuchs angesehen. Auf weitgehende Ablehnung stößt dagegen die Idee, hierfür Suchthilfeeinrichtungen zu nutzen. Nur 9% stimmen einer solchen Lösung zu.

Die allermeisten Befragten plädieren dafür, dass eine Abgabestelle 5 Tage oder länger in der Woche geöffnet sein sollte (82%). Fast ein Viertel wäre sogar für eine tägliche Öffnung (23%).

Aus Sicht der potentiellen Teilnehmer*innen sollte in den Abgabestellen ein breites Informationsangebot zum Konsumenten- und Jugendschutz vorgehalten werden (z. B. Infobroschüren). So begrüßen jeweils über 80%, wenn zu den Themenbereichen risikoarmer Konsum, Verunreinigungen im Schwarzmarkt-Cannabis und Teilnahme am Straßenverkehr informiert wird. Ferner stoßen Informationsmaterialien zum Jugendschutz, zu Hilfeeinrichtungen und zu synthetischen Cannabinoiden auf eine deutlich mehrheitliche Zustimmung. Dass Fachkräfte der Suchtprävention vor Ort präsent sein sollten, halten dagegen nur 30% der Befragten für erforderlich.

Tabelle 3: Gewünschte Regelungen beim Abgabemodell

<i>einzelne Regelungen</i>	<i>%-Anteil</i>
Abgabestelle	
Fachgeschäft mit Konsummöglichkeit	74,7
Cannabis-Social-Club mit Konsummöglichkeit	61,4
Fachgeschäft ohne Konsummöglichkeit	48,1
Apotheken	35,3
Headshops/Smartshops	33,8
Cannabis-Social-Club ohne Konsummöglichkeit	29,5
Suchthilfeinrichtungen	9,2
N	834
Öffnungszeiten	
1-2 Tage	4,0
3-4 Tage	14,1
5-6 Tage	58,6
7 Tage	23,3
N	836
Informationsangebote	
zum risikoarmen Konsum	85,7
zu Verunreinigungen Schwarzmarkt-Cannabis	83,7
zur Teilnahme am Straßenverkehr	81,5
zum Jugendschutz	70,8
zu Hilfeinrichtungen	68,3
zu synthetischen Cannabinoiden	62,9
interaktive Schaltflächen (u. a. Konsum-Feedback)	41,3
Fachkräfte Suchtprävention vor Ort	29,7
N	832

Bei den Regelungen, die sich auf die abzugebenden Cannabisprodukte beziehen, zeigt sich das folgende Meinungsbild: Mehr als die Hälfte der Befragten wünscht sich, dass in der Abgabestelle mehr als 15 verschiedene Produkte im Angebot sind (53%) (Tabelle 4). Hinzu kommen 21%, die sich für bis zu 15 Produkte aussprechen. Dass sich insgesamt eine große Mehrheit für ein breit gefächertes Angebot ergibt, wird dadurch deutlich, dass sich die meisten Konsumierenden unterschiedliche THC- und CBD-Anteile (85% bzw. 67%) sowie variable THC- und CBD-Verhältnisse (77%) in den angebotenen Produkten wünschen. Ferner sind 46% dafür, dass auch THC-freie, aber CBD-haltige Produkte angeboten werden sollten.

Bei der Höchstabgabe-Menge pro Woche zeigt sich ein weniger einheitliches Bild: jeweils etwa ein Drittel der Befragten sind für 10, 15 oder 20 Gramm.

Fast 80% der Cannabiskonsumierenden sind dafür, dass der Preis für die Cannabisprodukte demjenigen des Schwarzmarktes entsprechen oder sogar darunter liegen sollte. 17% würden einen höheren Preis akzeptieren, der 10% bis 20% über dem

Schwarzmarktpreis liegt. Darüber hinaus sprechen sich beinahe 90% der Befragten dafür aus, dass die Inhaltsstoffe und Konzentrationen von THC und CBD auf den Verkaufsverpackungen angegeben werden. Für die Hälfte ist es ferner wichtig, dass der Hersteller und das Herstellungsdatum auf den Verpackungen stehen und die Cannabisprodukte in kindersicheren Verpackungen abgegeben werden.

Tabelle 4: Gewünschte Regelungen bei den Cannabisprodukten

<i>einzelne Regelungen</i>	<i>%-Anteil</i>
Anzahl verschiedener Produkte	
bis zu 5	3,8
bis zu 10	22,8
bis zu 15	20,7
mehr als 15	52,7
N	835
Wirkstoffkonzentration und -verhältnis	
variabler THC-Gehalt	85,1
variabler CBD-Gehalt	66,8
variables Verhältnis von THC/CBD-Gehalt	76,6
THC-freie, aber CBD-haltige Produkte	46,2
N	835
Preis	
etwas unter dem Schwarzmarktpreis	51,1
gleich dem Schwarzmarktpreis	26,7
bis zu 10% über dem Schwarzmarktpreis	10,9
bis zu 20% über dem Schwarzmarktpreis	6,1
weiß nicht	5,2
N	834
Höchst-Abgabemenge (Gramm/Woche)	
10 g	30,3
15 g	32,2
20 g	37,5
N	640
Informationen auf Verpackung	
Inhaltsstoffe und Konzentrationen THC/CBD	88,6%
Hersteller	55,8%
Herstellungsdatum	50,8%
kindersichere Verpackungen	50,7%
N	835

Fazit

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die – zu einem erheblichen Teil hochfrequenten – Cannabiskonsumierenden mehrheitlich einen eher niedrigschwiligen wissenschaftlichen Modellversuch mit Konsummöglichkeit vor Ort, ein großes Produktangebot und höhere Abgabemengen wünschen. Wichtig ist ihnen dabei der Konsumentenschutz.

Die Ergebnisse machen ferner deutlich, dass sich eine ausreichende Anzahl von Cannabiskonsumierenden an einem wissenschaftlichen Modellversuch beteiligen würde. Ein Teil der Wünsche der Befragten entspricht der Konzeption des Berliner Modellversuchs, beispielsweise die Öffnungszeiten der Abgabestelle oder die vorgesehenen ausführlichen Informationen zu den Cannabisprodukten und Verhaltenstipps zum kontrollierten Konsum.

Andere Aspekte konnten nicht berücksichtigt werden, weil wissenschaftsorganisatorische Anforderungen diesen entgegenstehen, z. B. sind aus Gründen der suchtpreventiven Versuchsanordnung nur ein begrenztes Produktangebot und kein Preis unterhalb des Schwarzmarktpreises möglich. Hier zeigt sich die in solchen Umfragen nicht erwartete Diskrepanz zwischen gewünschten Möglichkeiten und professionellen Anforderungen, weil nicht alle Befragten eine Vorstellung über die wissenschaftlichen Restriktionen eines begrenzten Modellversuchs haben dürften.

Die erreichte Befragungsgruppe dürfte tendenziell deckungsgleich mit der Zielgruppe des geplanten Modellprojektes sein. Da sich unter diesen ein großer Anteil intensiv konsumierender befindet, würden sich Veränderungen im Konsumverhalten in Richtung eines risikoärmeren Konsums in der Studie gut überprüfen lassen.

Schließlich sei auf die schlechte Informiertheit eines erheblichen Teils der Befragten über die von ihnen konsumierten Produkte hingewiesen: Sie kennen den THC-Gehalt nicht und wissen nicht, ob gesundheitsgefährdende Streckmittel enthalten sind, was wiederum im Zusammenhang mit den Bezugsquellen stehen dürfte. Hier zeigt sich ein gesundheitspolitischer Handlungsbedarf für einen verbesserten Konsumentenschutz. Die Durchführung eines wissenschaftlichen Modellversuchs zur kontrollierten Abgabe von Cannabis könnte auch diesbezüglich wertvolle Erkenntnisse erbringen.

Literatur

- Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg (2015): Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis nach § 3 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) „Regulierter Verkauf von Cannabis in Friedrichshain-Kreuzberg“, Berlin.
- 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“, Berlin.
- Haasen, C., Verthein, U., Degkwitz, P., Berger, J., Krausz, M. & Naber, D. (2007): Heroin-assisted treatment for opioid dependence. Randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 191: 55-62.

- Kalke, J. (2001): *Innovative Landtage. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Drogenpolitik*, Wiesbaden.
- Körner, H.H., Patzak, J. & Volkmer, M. (2019): *Betäubungsmittelgesetz: BtMG (2019). Kommentar*. 9. Aufl., München.
- Manthey, J., Kalke, J., Rehm, J., Rosenkranz, M. & Verthein, U. (2020): Controlled administration of cannabis to mitigate cannabis-attributable harm among recreational users: a quasi-experimental study in Germany, *F1000Res*, 9: 201. doi: 10.12688/f1000research.22612.1.
- Raschke, P. & Kalke, J. (1999): Cannabis in pharmacies: a proposal from Germany on how to separate the drug markets, *International Journal of Drug Policy*, 10: 309-311.
- Verthein, U., Kalke, J., Rosenkranz, M., Rehm, J., Manthey, J. & Nestler, C. (2019). Begründung und Vorhabenbeschreibung für einen Antrag auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis zu wissenschaftlichen Zwecken nach § 3 (2) des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) zum „Modellversuch zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene im Bundesland Berlin“, Hamburg.
- Verthein, U., Kalke, J. & Raschke, P. (1998): Substitution treatment with methadone in Germany: politics, programmes and results; *International Journal of Drug Policy*, 9: 71-78.
- Verthein, U., Degkwitz, P. & Haasen, C. (2008): Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution – Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase. In: Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger*. Band 1, Baden-Baden.
- Verthein, U., Kuhn, S. & Schäfer, I. (2014): Der Verlauf der Diamorphinbehandlung unter den Bedingungen der gesundheitlichen Regelversorgung – eine 12-Monats-Analyse. *Sucht*, 60: 43-53.
- Zurhold, H., Degkwitz, P., Verthein, U. & Haasen, C. (2003): Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance, *Journal of Drug Issues*, 33: 663-688.

Cannabiskonsum in der Corona-Pandemie: Markt und Verbot unter Druck

Gerrit Kamphausen & Bernd Werse

Zusammenfassung

Ergebnisse zweier Befragungen des Centre for Drug Research zeigen, dass die SARS-CoV-2-Pandemie Auswirkungen auf den Cannabismarkt und die Konsumgewohnheiten hat. Es konnten sowohl Konsumreduzierungen durch (zeitweilig) schwierige Marktverhältnisse als auch Konsumsteigerungen zur Kompensation der Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen beobachtet werden, wobei letztere deutlich häufiger waren. Auffällig waren die häufigen Nennungen von mit synthetischen Cannabinoiden belastetem CBD-Cannabis. Diese Beobachtungen zeigen einerseits die Ineffektivität, andererseits die spezifischen Gefahren des Cannabisverbots und somit die Notwendigkeit der in der Corona-Pandemie nochmals dringlicher gewordenen legalen Regulierung des Marktes auf.

Einleitung

Nachdem das CDR an der Goethe-Universität Frankfurt im April und Mai 2020 eine erste Befragung zu Cannabiskonsum in der Corona-Pandemie durchgeführt hatte (Werse & Kamphausen 2021a), wurde Anfang 2021 zum Beginn der zweiten Phase der Ausbreitung des Infektionsgeschehens und den damit verbundenen Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen eine weitere Online-Befragung gestartet. Wieder ging es darum, inwiefern die Beschränkungen einen Einfluss auf Versorgung und Konsum von Cannabis-Konsumierenden haben. Zielgruppe waren erneut jene, die zumindest gelegentlich illegal beschaffte THC-haltige Cannabisprodukte konsumieren¹. Der Fragenkatalog wurde anhand der Antworten auf die offenen Fragen des vorherigen Durchgangs erweitert, u.a. um bessere Aussagen über Motive, Beschaffungswege und regionale Besonderheiten machen zu können.

Die folgende Darstellung der Ergebnisse gibt einen groben Überblick auf die Ergebnisse der Befragung, mit Schwerpunkt auf das Marktgeschehen und die drogenpolitischen Implikationen. Weitere vorläufige Ergebnisse sind in Werse & Kamphausen (2021b) nachzulesen.

¹ Dementsprechend ging es in erster Linie um sogenannten Freizeitkonsum, aber auch medizinische Nutzerinnen und Nutzer waren nicht ausgeschlossen, sofern sie auf illegale Versorgung zurückgreifen.

Basisdaten

Am ersten Durchgang der Befragung, durchgeführt vom 9. April bis 10. Mai 2020, nahmen 1146 Personen teil. Die Ergebnisse sind ausgewertet veröffentlicht (Werse & Kamphausen 2021a). Beim zweiten Durchgang, online erreichbar vom 28. Januar bis 21. März 2021, gab es 3455 vollständig und gültig ausgefüllte Fragebögen.

Es nahmen eher junge Menschen an der Erhebung teil; die Hälfte war maximal 25 Jahre alt, wie am Median abzulesen. Das Durchschnittsalter liegt mit 27,8 Jahren etwas höher, da sich das Alter der älteren Befragten über eine Spanne bis zu 75 Jahren erstreckt. Männer sind mit 91% sehr deutlich überrepräsentiert. 16% haben Kinder im Haushalt.

Die Wohnorte verteilen sich relativ gleichmäßig über Metropolen bzw. Ballungsräume, kleinere Großstädte und Mittelstädte (je circa 20%), während Dörfer und Kleinstädte den größten Anteil ausmachen (35%).

Was die Verteilung der Befragten auf die deutschen Bundesländer betrifft, so zeigt sich eine leichte Überrepräsentation von Baden-Württemberg und Bayern. Sämtliche östlichen Bundesländer außer Berlin sind hingegen leicht unterrepräsentiert. 2% der Befragten nahmen aus dem Ausland teil (v.a. aus Österreich, daneben aus der Schweiz sowie diversen weiteren v.a. europäischen Ländern).

Cannabiskonsum

Tabelle 1 zeigt die generelle Konsumhäufigkeit vor der Pandemie sowie zum Zeitpunkt der Erhebung. Generell wurden wie bereits bei der ersten Befragung schwerpunktmäßig Personen mit regelmäßigen bis intensiven Konsummustern erreicht; Gelegenheitskonsumierende sind eher wenig vertreten. Vergleicht man dies mit Repräsentativbefragungen zum Thema, sind Gelegenheitskonsumentinnen und -konsumenten stark unterrepräsentiert, täglich Konsumierende hingegen besonders stark vertreten. Entsprechend der Antworten hat es seit Beginn der Pandemie v.a. eine Verschiebung von weniger häufigen Konsummustern hin zu täglichem Gebrauch gegeben; dieser hat sich von 38% auf fast die Hälfte der Befragten erhöht. In geringem Maße hat es aber auch eine Verschiebung zu seltenem (weniger als monatlichem) Konsum gegeben.

Tabelle 1: Konsumhäufigkeit vor der Pandemie und zum aktuellen Zeitpunkt (Januar-März 2021)

	Vor der Pandemie	Aktuell
täglich	38%	47%
Mehrmals pro Woche	30%	25%
Etwa einmal pro Woche	14%	10%
Monatlich, aber nicht wöchentlich	11%	9%
Seltener als einmal pro Monat	7%	9%

Darüber hinaus wurde nach der subjektiven Einschätzung gefragt, in welchen Phasen der Pandemie sich der eigene Konsum in welche Richtung entwickelte (Tabelle 2). Sowohl für die erste Phase der Ausbreitung der Pandemie und den zugehörigen Kontaktbeschränkungen („Lockdown“) Anfang 2020 als auch die Phase danach gab jeweils eine Mehrheit an, dass sich ihr Konsum nicht geändert habe; gleichzeitig wurde jeweils mehr als doppelt oft angegeben, dass der Konsum gesteigert wurde, als dass sich der Konsum verringerte.

Tabelle 2: Einschätzung der eigenen Konsumentwicklung in drei Phasen der Pandemie

	Weniger	Gleichgeblieben	Mehr
1. Lockdown (März-April 2020)	12%	58%	30%
Zwischenzeit (Mai-Oktober 2020)	14%	56%	30%
2. Lockdown (ab November 2020, gemessen bis Erhebungsende)	24%	37%	39%

In der zweiten Phase der Ausbreitung der Pandemie mit erneuten Maßnahmen zu Mitigation des Infektionsgeschehens schließlich gaben mit 39% deutlich mehr an, den Konsum gesteigert zu haben, wobei sich auch der Anteil derer, die ihren Konsum verringerten, mit 24% steigerte. Zu beachten ist hier, dass Personen, die ihren Konsum zeitweise steigerten, diesen zum Teil auch wieder verringerten. Der Anteil derer, die ihren Konsum in keiner der drei Phasen änderten (drei Mal „gleichgeblieben“) liegt bei 23%. Die hier gemessenen Konsumsteigerungen werden größtenteils neutral, also weder als gut noch als schlecht, betrachtet, mit leicht höheren Werten für negative als für positive Bewertungen der Steigerung des eigenen Konsums. Zusätzlich zeigen die Daten, dass mancher Konsumsteigerung bereits mit einer nachfolgenden Konsumreduzierung begegnet wurde, insbesondere nachdem die vorherige Steigerung als negativ bewertet wurde.

Versorgung mit Cannabisprodukten

Bei der Frage, wie sich die Versorgungslage seit Einführung der Einschränkungen wegen Covid-19 entwickelt hat, gab genau die Hälfte (50%) an, dass es keine Veränderungen gab. 40% meinten, die Verfügbarkeit sei schlechter geworden und 5%, die Verfügbarkeit sei besser geworden (weiß nicht: 5%). Im Vergleich zur ersten Befragung hat sich damit eine leichte Verschiebung von „schlechter“ zu „besser“ ergeben; dennoch geben weiterhin um ein Vielfaches mehr eine schlechtere Verfügbarkeit an. Ebenfalls in der ersten Befragung wurde vermutet, dass ländliche Gebiete stärkere Versorgungsprobleme haben könnten als Städte. Dies bestätigt sich nicht: es sind keine entsprechenden Unterschiede hinsichtlich Ortsgrößen/Urbanisierung festzustellen. Im Hinblick auf die Bundesländer sind die Unterschiede nicht sehr stark ausgeprägt: in Berlin (30%) und Hessen (31%) stellten die wenigsten Befragten eine schlechtere Ver-

ffügbarkeit fest, in den kleinen Teilstichproben von Sachsen-Anhalt (49%) und Thüringen (48%) war dieser Wert am höchsten.

Diejenigen, die eine schlechtere Verfügbarkeit nannten, wurden auch nach möglichen Maßnahmen zur Kompensation befragt. Während 24% keine solchen Maßnahmen nannten, gaben 45% an, bei entsprechender Gelegenheit mehr auf einmal zu kaufen bzw. zu hamstern. 40% haben sich mindestens eine neue Quelle gesucht, 12% (mehr) Cannabis selbst angebaut und lediglich 6% verstärkt auf Onlinehandel zurückgegriffen.

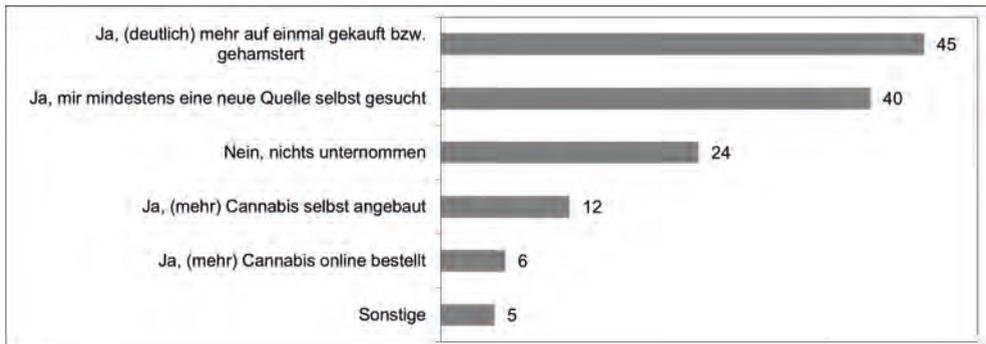


Abbildung 1: Maßnahmen, um geringere Verfügbarkeit von Cannabis zu kompensieren (nur diejenigen, die eine geringere Verfügbarkeit angegeben haben; %)

Ohnehin spielt Onlinehandel nach wie vor nur eine geringe Rolle: auf die Frage hin, welches generell die häufigste Quelle für die Cannabisversorgung ist, wurden am häufigsten Privatdealerinnen und -dealer (42%) genannt, gefolgt von Freundinnen und Freunden bzw. Bekannten (38%). Eigenanbau ist für 10% die Quelle der Wahl, für jeweils 3% der Onlinehandel oder Dealerinnen und Dealer in der Öffentlichkeit (Straße/Park) und 2% kaufen vorzugsweise im Ausland, z.B. den Niederlanden (keine Antwort: 2%). Diejenigen, die Kauf im Ausland angaben, stellten am häufigsten eine geringere Verfügbarkeit in der Pandemie fest (56%), die Eigenanbauerinnen und Eigenanbauer mit 19% am wenigsten.

Fazit

Zu beachten ist, dass dies eine Studie über weit überwiegend regelmäßig bis häufig Cannabis Konsumierende ist – für Gelegenheitskonsumierende (welche die Mehrheit der generell Konsumierenden stellen) sind z.B. Fragen nach gesicherter Versorgung vermutlich weniger relevant. Bemerkenswert ist die relativ gleichmäßige Verteilung der Stichprobe über Bundesländer wie auch bezüglich Stadt und Land. In dieser Hinsicht zeigen sich auch keine auffälligen Unterschiede bezüglich Cannabiskonsum und -versorgung – es ist also nicht etwa so, dass z.B. ein Konsument aus einem bayerischen Dorf grundsätzlich größere Probleme bei der Beschaffung infolge der Pandemie hätte

als eine Konsumentin aus Hamburg oder Berlin. Ohnehin gilt es festzuhalten, dass die teils schwerwiegenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens (u.a. Grenzschießungen und Kontaktbeschränkungen) zwar bei einem erheblichen Teil der Konsumierenden Einschränkungen der Verfügbarkeit mit sich brachten, was aber von den allermeisten Betroffenen durch zusätzliche Quellen und Vorratskäufe kompensiert werden konnte. Auch rigorose Maßnahmen infolge der größten Krise seit dem 2. Weltkrieg haben also kaum zu einer effektiveren Durchsetzung des Cannabisverbotes beigetragen – zumal es (weiterhin) eine klare Tendenz zu mehr Konsum in der Krise gibt. Dieser Befund ist ein klarer weiterer Beleg dafür, dass das Betäubungsmittelgesetz nicht nur unverhältnismäßig, unangemessen, ungeeignet und nicht erforderlich ist, sondern seine eigenen Ziele (hier: Verknappung des Angebots) nicht erreicht.

Aus einer Vielzahl von Einträgen in die verschiedenen Textfelder für offene Kommentare geht zusätzlich deutlich hervor, dass das vermehrte Auftreten nicht deklariert synthetischer Cannabinoide zu einem echten Gesundheitsrisiko für die Konsumierenden geworden ist (siehe auch Auwärter und Tögel-Lins in diesem Band). Die Politik reagiert nicht auf diese Entwicklungen. Sie kennt nur die Frage nach generellen Risiken des Konsums von Cannabis, übertreibt bei diesen wie eh und je und ignoriert zusätzlich, dass die möglichen negativen gesundheitlichen Auswirkungen eines gesteigerten Konsums letztlich nur einen begrenzten Teil der Konsumierenden betreffen – selbst bei jenen, die ohnehin schon (fast) täglich konsumieren. Währenddessen wird das viel gravierendere Risiko des vermehrten Auftretens von synthetischen Cannabinoiden in CBD-Cannabis nicht nur ignoriert, sondern regelrecht begrüßt, um von Cannabis insgesamt abzuschrecken, wie jüngst in einer Stellungnahme der Bundesdrogenbeauftragten zum Thema geschehen, in der sie u.a. angibt, „viel davon“ zu halten, auch Cannabis „weiterhin zu verbieten“ (Drogenbeauftragte, 2021). Die Bundesregierung gefährdet damit aktiv die Gesundheit der Konsumierenden.

Die Vorteile legal regulierter Cannabismärkte zeigen sich in den jeweiligen Ländern immer stärker: steigende Steuereinnahmen durch Besteuerung des Handels und Entstehung neuer Arbeitsplätze bei gleichzeitig geringeren Ausgaben für Strafverfolgung und weniger prohibitionsbezogene Polizeigewalt sowie erste Schritte zu größeren Justizreformen insgesamt, dazu sinkender Bedarf an Behandlungen von cannabisbezogenen Persönlichkeitsstörungen (nicht zuletzt durch nun fehlende Zwangsbehandlungen von Störungen, die gar keine waren), sinkende Kriminalitätsraten insgesamt, sinkende Prävalenzen des Opioidkonsums und vieles mehr machen deutlich, wie Gesellschaften als Ganzes von der Cannabislegalisierung profitieren. Nicht eines der Länder bzw. nicht einer der entsprechenden US-Bundesstaaten zeigt auch nur die kleinsten Ansätze, die legale Regulierung des Cannabismarktes rückgängig zu machen. Stattdessen beginnen bereits die nächsten Entkriminalisierungen anderer Drogen, wie z.B. in Oregon (Selsky 2021) und vermutlich bald in British Columbia (Zussman, 2021). Bereits zu Beginn der Pandemie im Vorjahr wurde nicht umsonst in allen ‚legalisierten‘ Ländern der Cannabisverkauf als systemrelevant bewertet und aufrechterhalten (Werse, 2020). Weniger Kriminalisierung, Etikettierung, Stigmatisierung und Pathologisierung, weniger pseudowissenschaftliche Abstinenzforderungen und Propaganda lohnt sich eben doch – für den Staat, insbesondere jenen, der sich als Rechtsstaat versteht, und für die Bürgerinnen und Bürger dieses Staates.

Daher ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis auch hierzulande eine legale Regulierung des Cannabismarktes zu erwarten ist, und angesichts des staatlich begangenen Unrechts und dadurch verursachten Leids (siehe auch Werse in diesem Band) kann eine solche Änderung nicht ohne Entschuldigung der Bundesregierung oder des Bundespräsidenten für Betroffene, einschließlich Wiedergutmachung individuellen Schadens, erfolgen.

Literatur

- Drogenbeauftragte (2021): Gefährliche Entwicklungen auf dem Rauschgiftmarkt - Warnung vor Cannabisprodukten mit synthetischen Cannabinoiden. Pressemitteilung vom 28.04.2021, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, <https://www.drogenbeauftragte.de/presse/detail/gefaehrliche-entwicklungen-auf-dem-rauschgiftmarkt-warnung-vor-cannabisprodukten-mit-synthetischen-cannabinoiden/>
- Selsky, A. (2021): Oregon 1st state to decriminalize possession of drugs. AP News, Artikel vom 01.02.2021, <https://apnews.com/article/oregon-decriminalize-drug-possession-6843f93c3d55212e0ffb8b93be9196>
- Werse, B. (2020): Coronakrise: Welche Drogen sind systemrelevant? In: Akzept e.V. & DAH (Hg.): 7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020. Lengerich: Pabst: 22-27
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2021a): Cannabis und Coronavirus SARS-CoV-2 – Eine Online-Kurzbefragung während der Kontaktbeschränkungen in der frühen Phase der Pandemie. Suchttherapie, 22(02): 101-106, DOI: 10.1055/a-1336-8005
- Werse, B. & Kamphausen, G. (2021b): Cannabiskonsum in der Corona-Pandemie – Erste Auswertungen der zweiten Online-Kurzbefragung, Anfang 2021. Frankfurt: Goethe-Universität, Centre for Drug Research, https://www.uni-frankfurt.de/99411070/Cannabis_und_Corona_2_Kurzbericht.pdf
- Zussman (2021): B.C. to officially request federal exemption to decriminalize drug possession. Global News, Artikel vom 14.04.2021, <https://globalnews.ca/news/7757705/bc-official-request-federal-exemption-health-canada-decriminalize-drug-possession/>

Alter Wein in neuen Schläuchen: Synthetische Cannabinoide auf CBD-Hanf als vermeidbare Gesundheitsgefahr für Cannabis Konsumierende

Volker Auwärter, Karsten Tögel-Lins & Bernd Wense

Zusammenfassung

Seit 2020 zirkulieren vermehrt mit synthetischen Cannabinoiden versetzte Produkte, die aus „CBD-Hanf“ hergestellt werden. Optisch und vom Geruch her sind diese nicht von „normalen“ Hanfblüten bzw. Haschisch zu unterscheiden. Auch die Wirkung ähnelt bei moderater Dosierung der von THC-reichen Cannabisprodukten, wobei die berauschende Wirkung aber ausschließlich auf die synthetischen Zusätze zurückgeht und mit einem deutlich erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden ist. Ohne Drug Checking haben Cannabiskonsumenten derzeit praktisch keine Möglichkeit, dieses Risiko zu vermeiden.

Mit dem Aufkommen der als legaler Cannabisersatz vermarkteten Kräutermischung „Spice“ im Jahr 2008/2009 änderte sich die Situation auf der Angebotsseite psychoaktiver Substanzen drastisch, sowohl die Art der Substanzen als auch die Vermarktungswege betreffend. Auch in den Jahren davor registrierte die EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) pro Jahr im Mittel ca. 10 neue Stoffe pro Jahr, von denen die meisten sich nur sehr kurz am Markt hielten. Nach dem Auftauchen der ersten synthetischen Cannabinoide steigerte sich die Zahl der erstmals in der EU registrierten neuen psychoaktiven Stoffe (NPS) auf mehr als 100 pro Jahr, bevor ab 2015 ein Rückgang auf nunmehr ca. 50 Stoffe pro Jahr zu verzeichnen war. Ein erheblicher Teil dieser Stoffe gehört zur Gruppe der synthetischen Cannabinoide, die nach wie vor auch bei den Sicherstellungen von NPS EU-weit den größten Teil ausmachen und meist als „Räuchermischungen“ vertrieben werden. Die Nebenwirkungen dieser Stoffe sind im Vergleich zu Cannabis wesentlich problematischer, sodass auch schwere Vergiftungen, z. T. mit tödlichem Verlauf, gehäuft auftraten. Bis Ende 2016 wurde dieser Gefahr durch regelmäßige Unterstellung der neu aufgetretenen Stoffe unter das BtMG (Betäubungsmittelgesetz) begegnet, was lediglich dazu führte, dass bereits vor Inkrafttreten der jeweiligen Änderungsverordnung bereits neue (legale) Stoffe auf dem Markt waren, die oftmals noch potenter und gefährlicher waren als die Vorgänger. Aufgrund dieses Scheiterns und einer Entscheidung des EuGH, die einer Verfolgung entsprechender Delikte nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) entgegentrat,

ergab sich aus der vorherrschenden drogenpolitischen Verbotslogik die Notwendigkeit der Schaffung eines neuen Gesetzes, das im November 2016 in Form des „Neue psychoaktive Stoffe Gesetzes“ (NpSG) in Kraft trat. Auch dieser Ansatz führte bisher nicht zu einer Verminderung des Angebots, da einerseits auch im NpSG, das über einen generischen Ansatz über die Definition chemischer Strukturen ganze Substanzgruppen verbietet, Schlupflöcher gefunden wurden, und andererseits insbesondere über Internetshops im europäischen Ausland weiterhin Stoffe gehandelt werden, die in Deutschland verboten sind.

Mit dem Aufkommen von CBD-Hanfprodukten und deren medizinischer Anwendung, insbesondere aber auch der seit 2017 in der Schweiz legal gehandelten CBD-Hanf-Zigaretten, begann ein weiterer Trend, der sich in einer schnellen Produktionssteigerung entsprechender Produkte niederschlug. Möglicherweise aufgrund des daraufhin einsetzenden Preisverfalls wurden erstmals 2019 in der Schweiz mit synthetischen Cannabinoiden versetzte CBD-Hanfblüten nachgewiesen. Auch die europäischen Drug-Checking-Initiativen detektierten 2019 erstmals entsprechende Produkte, die als normales (also THC-haltiges) Cannabismaterial verkauft wurden. Im Februar 2020 gab Legal-High-Inhaltsstoffe.de die erste Warnung in Deutschland aus, nachdem in einer von einem Cannabiskonsumenten eingesandten Probe im Institut für Rechtsmedizin Freiburg das synthetische Cannabinoid 5F-MDMB-PICA nachgewiesen wurde. In der Folge kam es dann nicht nur vermehrt zu Beschlagnahmungen größerer Mengen von solchem „gestreckten“ Cannabis, schwerpunktmäßig in der Nähe der Schweizer Grenze, sondern insbesondere aus dem süddeutschen Raum auch vermehrt zu Einsendungen von verdächtigen Cannabisproben an Legal-High-Inhaltsstoffe.de. Mittlerweile wurde von der Beratungsstelle ein eigenes Labor eingerichtet, in dem Proben aus ganz Deutschland angenommen werden. Seit Oktober 2020 wurden in dem Labor 460 Proben analysiert. Bei allen Proben bestand ein Verdacht auf synthetische Cannabinoide, da die Wirkung als auffällig / ungewöhnlich geschildert wurde. Bei 140 der eingesandten Proben (30 %) wurden tatsächlich synthetische Cannabinoide nachgewiesen. Während bis Februar 2021 der Wirkstoff MDMB-4en-PINACA dominierte, kamen ab März 2021 weitere Cannabinoide wie ADB-BUTINACA hinzu. Sehr deutlich zeigte sich in den Beratungen die durch teils heftige Symptome ausgelöste Verunsicherung der Konsumierenden und das große Bedürfnis nach Substanzanalysen, dem aufgrund der hohen Nachfrage nur bei dringendem Verdacht auf Manipulationen nachgekommen werden kann. Auch die jüngste Pressemeldung des BKA zu diesem Thema (BKA 2021) bestätigt, dass sich das Phänomen sehr dynamisch entwickelt.

Die während der Beratung angegebenen Gründe für das Einsenden verdächtiger Proben wurden zu Beginn der Testaktivitäten erfasst und beziehen sich auf mit MDMB-4en-PINACA versetzte CBD-Hanfprodukte. Dabei wurden neben der cannabistypischen Wirkung „Herzrasen“ von einigen Einsender*innen diverse schwerwiegendere Symptome wie Panikattacken, Ohnmacht, Atemprobleme oder auch Halluzinationen genannt.

Angesichts dieser Resultate lässt sich festhalten, dass mit synthetischen Cannabinoiden versetzte Cannabisprodukte seit einiger Zeit ein relevantes Problem auf dem deutschen Cannabismarkt zu sein scheinen. Angesichts dessen, dass weniger als ein Drittel der ausschließlich auf Verdacht eingesandten Proben synthetische Wirkstoffe enthielten, ist zwar davon auszugehen, dass dies vermutlich nur einen kleinen Teil der

hierzulande konsumierten Cannabisprodukte betrifft und nicht etwa „rund 80 %“, wie ein Dealer zu Beginn des Jahres in einem VICE-Video behauptete (VICE, 2021). Dennoch: jede mit synthetischen Substanzen versetzte Konsumeinheit stellt eine Gefahr für die Gesundheit des oder der Konsumierenden dar – zumal es keine Möglichkeit gibt, „normales“ von „gestrecktem“ Cannabis zu unterscheiden.

Seit Beginn des Phänomens der über das Internet vermarkteten NPS kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass die dogmatisch betriebene Verbotspolitik nicht zu den erwünschten Zielen führt und endlich neue Wege gegangen werden müssen. Synthetische Cannabinoide sind einerseits trotz aller gesetzgeberischer Bemühungen und forciertes Strafverfolgung über wenige Klicks verfügbar, wobei sich Konsumschwerpunkte einerseits in Gefängnissen und im Maßregelvollzug herausgebildet haben. Andererseits werden über „gestreckte“ CBD-Produkte größere Konsumierendengruppen (meist ohne deren Wissen!) erreicht. Während Konsument*innen von „Räucher-mischungen“ die mit dem Konsum synthetischer Cannabinoide verbundenen erhöhten Risiken bewusst in Kauf nehmen, tapen die letztgenannten in eine Falle, die über einen regulierten Markt für Cannabisprodukte oder Drug-Checking-Angebote vermeidbar wäre.

Daher wirkt es zynisch, wenn die Konsequenz der Drogenbeauftragten der Bundesregierung aus diesen Entwicklungen lautet, dass sie *„viel davon halte, Cannabis und neue psychoaktive Stoffe auch weiterhin zu verbieten“* und man *„statt sich in Legalisierungsdebatten zu verstricken, sich lieber verstärkt mit wirksamer Prävention auseinandersetzen solle“* (BKA, 2021). Damit hält sie an einem Konzept fest, das insbesondere im Licht der neueren Entwicklungen klar gescheitert ist.

Literatur

- BKA (2021): Pressemitteilung: Gefährliche Entwicklungen auf dem Rauschgiftmarkt Warnung vor Cannabisprodukten mit synthetischen Cannabinoiden. 28.04.2021, https://www.bka.de/DE/Presse/Listenseite_Pressemitteilungen/2021/Presse2021/210427_pmCBD_NPS.html
- VICE (2021): Giftiges „Chemie-Gras“ überschwemmt Deutschland, sagt dieser Dealer. Video vom 05.01.2021, <https://www.youtube.com/watch?v=knBdNLOVNzY>

Autor*innenverzeichnis

Volker Auwärter

Professor Dr., leitet den Bereich Forensische Toxikologie des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Freiburg. Nach dem Chemiestudium und der Promotion in angewandter Analytik an der HU Berlin habilitierte er 2011 im Fach Forensische Toxikologie. Seine Forschungsschwerpunkte sind interdisziplinär angelegt und umfassen insbesondere natürliche und synthetische Cannabinoide, andere neue Drogen, Alkoholkonsummarker und Metabolismusstudien. Seine Forschungsarbeiten fanden Eingang in mehr als 200 Fachartikel mit Peer-Review (h-Index: 38). Er ist Vorstandsmitglied der GTFCh, Mitglied des Sachverständigenausschusses für Betäubungsmittel (BfArM - Bundesopiumstelle), der Grenzwertkommission (gemeinsame Arbeitsgruppe der GTFCh, der DGRM, der DGVM und des BMVI), des DFG-Fachkollegiums Medizin und des Wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS.

Annette Binder

ist Ärztin in Weiterbildung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum Tübingen. Sie forscht an der Sektion Suchtmedizin und Suchtforschung u.a. zum Thema Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und war an der Neugestaltung der IRIS-Plattform (www.iris-plattform.de) beteiligt, die Schwangeren helfen soll den Alkohol- bzw. Tabakkonsum zu beenden.

Sinclair Carr

studiert im M. Sc. Klinische Psychologie und Kognitive Neurowissenschaft an der Ludwig-Maximilians-Universität München und arbeitet am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf mit einem Schwerpunkt in der Epidemiologie von Alkohol- und Cannabiskonsum.

Anna Dichtl

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund DRUSEC (Drug Use and Urban Security) am Institut für Suchtforschung (ISFF) der Frankfurt University of Applied Sciences.

annadichtl@fb4.fra-uas.de

Jan Fährmann

Dr., ist Jurist und Kriminologe. Nach einer Tätigkeit in der Strafverteidigung arbeitet er aktuell im Forschungsinstitut für öffentliche und private Sicherheit an der HWR Berlin, an der er auch als Dozent tätig ist. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Polizei-, Strafvollzugs-, Datenschutz- und Betäubungsmittelrecht.

Domenico Fiorenza

geboren 1990 in Leverkusen, ist Politikwissenschaftler (M.A.) und seit 2015 Mitarbeiter der Aidshilfe NRW für den Fachbereich Drogen und Strafvollzug sowie seit 2020 Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft AIDS-Prävention NRW. Für die Aidshilfe NRW hat Domenico Fiorenza als Mitglied der Arbeitsgruppe Harm Reduction an der Entwicklung der Empfehlung „Harm Reduction: Risiken mindern – Gesundheit fördern“ mitgewirkt.

Franjo Grotenhermen

Dr. med., ist Leiter des Zentrums für Cannabismedizin in Steinheim, Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) und der International Association for Cannabinoid Medicines e.V. (IACM).

<http://www.cannabis-med.org>

Ulrike Häßler

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kriminologischen Dienst Niedersachsen und befasst sich dort im Schwerpunkt mit dem Suchtmittelkonsum von Inhaftierten. Nach dem Studium der Sozialpädagogik hat sie viele Jahre im Justizvollzug gearbeitet. Derzeit schließt sie ihre Promotion zum Thema „Risikofaktoren für einen Abbruch stationärer Suchtmitteltherapien“ ab.

Jens Kalke

Dr., ist seit vielen Jahren in der Suchtforschung tätig und gehört dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) an. Jens Kalke arbeitet hauptsächlich im Bereich der Suchtpräventions-Forschung.

Gerrit Kamphausen

Dr. phil., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsverbund 'Drugs and Urban Security' am Centre for Drug Research (Universität Frankfurt). Promoviert im Fach Kriminologie in Hamburg; war in Amsterdam Mitarbeiter in einem Gebraucherraum für obdachlose Drogenabhängige.

Karlheinz Keppler

Dr., geb. 1951, über 25 Jahre als Gefängnisarzt tätig, seit 2016 pensioniert. Meine Meilensteine sind: ab 1992 als erster Gefängnisarzt Niedersachsens Angebot der Substitutionsbehandlung für Inhaftierte; ab April 1996 Implementation des ersten Spritzenprojektes im deutschen Strafvollzug in der JVA für Frauen Vechta mit Abgabe steriler Spritzen an Gefangene zum Zwecke der Infektionsprävention; 2009 Herausgabe des Standardwerkes: «Gefängnismedizin» im Thieme-Verlag; zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema Medizin im Strafvollzug; seit 2013 Initiator und Veranstalter der Gefängnismedizintage und seit ca. 1993 zahlreiche Veranstaltungen und Fortbildungen zum Thema Substitution, Sucht, Gefängnismedizin, Infektiologie.

Carolin Kilian

M. Sc. Psychologie, arbeitet und promoviert derzeit am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden. Forschungsschwerpunkte sind Alkoholepidemiologie sowie europäische Alkoholpolitik.

Sinja Klinger

studiert seit 2020 im M.Sc. Cognitive Affective Neurosciences an der TU Dresden. Sie arbeitet am Institut für Behaviorale Epidemiologie der TU Dresden.

Urs Köthner

Jahrgang 1966, Sozialarbeiter, Sozial-/Suchttherapeut. Seit 1995 in der ambulanten Drogenhilfe in verschiedenen Funktionen in Bochum, Frankfurt, Köln und Hamburg tätig. Seit 2015 Geschäftsführer des Vereins „freiraum hamburg e.V.“. Von 2002 -2014 im Vorstand, des akzept Landesverbandes NRW, seit 2008 im Vorstand des Bundesverbandes akzept e.V.

Ludwig Kraus

ist Leiter des Instituts für IFT Institut für Therapieforchung, Senior Wissenschaftler am Department of Public Health Sciences an der Stockholm Universität und Honorarprofessor am Institut für Psychologie, ELTE Eötvös Loránd Universität in Budapest. Seine Arbeitsschwerpunkte sind u.a. Epidemiologie und Versorgung von Personen mit Suchtstörungen.

Sören Kuitunen-Paul

ist promovierter Psychologe und forscht derzeit zur Unterstützung von Jugendlichen mit Substanzkonsumstörungen und psychischen Komorbiditäten am Universitätsklinikum C.G.Carus der Technischen Universität Dresden. Weitere Schwerpunkte sind die Tabakentwöhnung bei Erwachsenen (mit der Raucherambulanz Dresden) und die Entstigmatisierung bei psychischen Erkrankungen in der Familie (mit der Initiative Mindcolors sowie der Kinderfachbuchreihe MindOlino).

Frank Langer

Jahrgang 1958, Dipl.-Sozialpädagoge; ist seit 1998 Mitarbeitender der Suchthilfe direkt Essen gGmbH, Fachstelle für Suchtprävention

Langer@suchthilfe-direkt.de

Wolfgang Lesting,

Dr., bis zu seiner Pensionierung Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Oldenburg, beschäftigt sich seit mehr als 40 Jahren mit Fragen des Strafvollzugs, zuletzt vor allem mit der medizinischen Versorgung von Strafgefangenen.

Christina Lindemann

ist promovierte Gesundheitswissenschaftlerin und arbeitet am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Forschungsschwerpunkte sind Versorgungsforschung sowie die Nutzung von Sekundärdaten im Gesundheitswesen.

Mathias Luderer

Dr. med., ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und leitet als Oberarzt den Bereich Suchtmedizin am Universitätsklinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main; sein praktischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt ist ADHS bei Substanzkonsumstörungen.

Jakob Manthey

ist promovierter Psychologe und arbeitet am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden, am Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, sowie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig. Ihn interessiert die Epidemiologie von Alkohol und Cannabis und beschäftigt sich insbesondere mit der Frage, wie substanzbedingte Schäden verhindert werden können.

Ingo Ilja Michels

Dr., Sociologist, Expert for HIV/AIDS Prevention and Drug Addiction Treatment. International Scientific Coordinator of DAAD exceed “SOLID - Social work and strengthening of NGOs in development cooperation to treat drug addiction” programme at Frankfurt University of Applied Sciences; (Former Head of Office of the Federal Drug Commissioner at Federal Ministry of Health in Berlin);now: Bonn, Germany.

ingoiljamichels@gmail.com

Kirsten R. Müller-Vahl

Prof. Dr. med., 1999 Fachärztin für Neurologie, 2006 Fachärztin für Psychiatrie. Seit 1995 Leiterin der Tourette-Sprechstunde der MHH. Seit 2006 Oberärztin in der Abteilung für Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der MHH. 2003 Habilitation für Experimentelle Psychiatrie („Behandlung von Patienten mit Tourette-Syndrom mit delta-9-THC“) an der MHH, seit 2008 außerplanmäßige Professorin für Psychiatrie, MHH.

Seit 1999 Vorstandsmitglied in der „Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin“ (ACM), seit 2019 1. Vorsitzende der ACM, seit 2000 Mitglied der „Internationalen Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin“ (IACM), seit 2019 (zum zweiten Mal) 1. Vorsitzende der IACM.

Helmut Pollähne

Prof. Dr. iur. habil., Rechtsanwalt und Hochschullehrer in Bremen, Wissenschaftlicher Leiter des Kölner Instituts für Konfliktforschung, Redakteur der Fachzeitschrift >Strafverteidiger<; zahlreiche Publikationen in den Bereichen Strafrecht und Prozessrecht, Kriminologie und Kriminalpolitik, Psychiatrie und Menschenrechte, Drogenrecht und Verteidigung, Vollstreckung und Vollzug.

Jürgen Rehm

PhD: Psychologie und Wissenschaftslehre, arbeitet sein mehr als 30 Jahren im Bereich Substanzforschung mit Schwerpunkt auf Epidemiologie und möglichen Interventionen zur Verringerung von Krankheitslast und anderen substanzbedingten Schäden.

Daniela Reichl

ist Psychologin (M.Sc.) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg im Projekt SmartAssistEntz [Smartphone-assistierte Abstinenzförderung nach Alkoholentzug]. Sie forscht im Rahmen ihrer Promotion zu Impulsivität bei Substanzkonsumstörungen, unter anderem bei inhaftierten Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen.

Moritz Rosenkranz

Dipl.-Soziologe, ist seit vielen Jahren in der Suchtforschung tätig und gehört dem Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) an. Interessensschwerpunkte von Moritz Rosenkranz sind Forschung zum Stimulanzienkonsum sowie zur regulierten Cannabisabgabe.

Dirk Schäffer

geb. 1967 in Essen, seit 1998 Mitarbeiter der Deutschen Aidshilfe. Von 1998-2000 bundesweiter Koordinator des JES-Bundesverbands. Seit 2001 Referent und Leiter des Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug der Deutschen Aidshilfe. Initiator von Modellprojekten, wie z.B. „TEST It“ und „SMOKE It“ sowie „HIV? Hepatitis? DAS CHECK ICH“. Berater von Nationalen Programmen zur umfassenden Gesundheitsversorgung Drogenkonsumierender in Nepal und Thailand (GIZ und Global Fund), Mitbegründer des Schildower Kreises sowie des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“. Mitbegründer internationaler Organisationen von Drogengebraucher*innen wie IN-PUD (Int. Network of People who use Drugs) und EURONPUD (European Network of People who use Drugs).

Claudia Schieren

geboren 1963 im Kreis Heinsberg, ehemalige Mitarbeiterin der Drogen- und Aids-Selbsthilfe Bonn e.V. und Geschäftsführerin von JES Düsseldorf e.V. Sie war 12 Jahre als Dozentin im Auftrag der Arbeitsagentur Berlin tätig. 2015 wechselte sie wieder in den Drogenbereich und übernahm die Koordination des Kontaktladens in der Einrichtung VISION e.V. in Köln. 2020 wechselte sie in die Geschäftsführung von VISION e.V. Im JES Bundesvorstand ist sie seit dem Jahr 2009 aktiv. Sie ist ausgebildet als KISS Trainerin und in NADA Ohrakupunktur.

Georg Schomerus

ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig und forscht u.a. zur Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten.

Fabian Pitter Steinmetz

Dr., ist Toxikologe bei der internationalen Beratungsfirma Delphic HSE. Darüber hinaus ist er ehrenamtlich aktiv in drogenpolitischen Netzwerken wie dem Schildower Kreis, LEAP Deutschland und ENCOD. Er ist Autor bzw. Koautor von über 200 Risikobewertungen, Gutachten und wissenschaftlichen Publikationen. Seine Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte sind Strukturaktivitätsbeziehungen und regulatorische Toxikologie.

Sven Speerforck

ist Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig, arbeitet mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und forscht unter anderem für eine stigmafremde Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im Gesundheitssystem.

Heino Stöver

Prof. Dr., ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und seit 2009 Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences (Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“) mit dem Schwerpunkt „Sozialwissenschaftliche Suchtforschung“. Er ist geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences (www.isff.info).

Julian Strizek

geb. 1981, Soziologe, von 2008–2009 Forscher am Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBISucht), 2010–2014 Mitarbeiter der „Suchtforschung und -dokumentation“ (SucFoDok) am Anton-Proksch-Institut (API), seit 2015 Mitarbeiter des Kompetenzzentrums Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und seit 2015 Sprecher der Sektion Drogenforschung der Österreichischen Gesellschaft für Soziologie (ÖGS).

julian.strizek@goeg.at, www.goeg.at

Marius Stutz

Jahrgang 1991, Sozialarbeiter B.A., ist seit 2019 Mitarbeiter der Suchthilfe direkt Essen GmbH, Niedrigschwellige Angebote.

stutz@suchthilfe-direkt.de

Karsten Tögel-Lins

ist Diplom Sozialpädagoge und arbeitet seit über 20 Jahren im Bereich der Suchthilfe, insbesondere im Bereich der Prävention bei Party- und Freizeitdrogen. Er ist Geschäftsführer des Trägers Basis – Beratung, Arbeit, Jugend und Kultur e.V. in Frankfurt am Main und leitet das Projekt Legal-High-Inhaltsstoffe.de. Karsten Tögel-Lins ist Mit-herausgeber der Buches Checking Drug-Checking.

Alfred Uhl

Priv. Doz. Dr., geb. 1954, Gesundheitspsychologe, 1977–2009 Forscher am Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung (LBISucht), 1990–2013 Lehrbeauftragter für Statistik und Forschungsmethoden an der Wirtschaftsuniversität Wien, 2000–2009 Leiter des Alkoholkoordinations- und Dokumentationszentrums (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), seit 2015 stellvertretender Abteilungsleiter des Kompetenzzentrums Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und seit 2019 stellvertretender Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät Psychotherapiewissenschaft der Sigmund Freud Privatuniversität (SFU) Wien.

alfred.uhl@uhls.at, www.goeg.at, <https://www.sfu.ac.at/de>

Uwe Verthein

PD Dr., ist seit vielen Jahren in der Suchtforschung tätig und ist Geschäftsführer des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Die Schwerpunkte von Uwe Verthein sind Therapieforschung und klinische Suchtforschung.

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. Sprecher des Schildower Kreises, Vorstandsmitglied der European Society for Social Drug Research (ESSD). Buchveröffentlichungen, u.a.: Cannabis in Jugendkulturen (Berlin, 2007), Drogenmärkte (Hrsg., Frankfurt a. M., 2008), Friendly Business (Mit-Hrsg., Wiesbaden, 2016).

Holger Wicht

Journalist und Moderator, ist seit 2011 Pressesprecher der Deutschen Aidshilfe

Hubert Wimber

geb. 18.05.1949, Studium der Volkswirtschaftslehre und Sozialwissenschaften an den Universitäten Bochum und Göttingen, Diplom-Sozialwirt, nach Absolvierung des Referendariats für den höheren allgemeinen Verwaltungsdienst seit 1980 in unterschiedlichen Funktionen in der Verwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen, Polizeipräsident a.D. in Münster.

Otto Schmid, Thomas Müller (Hrsg.)

Die Sucht-Enzyklopädie Addictionary

Wie können wir von positiven Wirkungen psychoaktiver Substanzen

profitieren – und uns vor negativen Risiken schützen? Wo liegen die Grenzen zwischen genussvollem und problematischem Konsum? Welche Menschen bevorzugen welche Substanzen – und warum? Steigert eine Legalisierung den Drogenkonsum? Ist Sucht selbstverschuldet? Kann LSD auf den ewigen Trip führen?

Im Addictionary beantworten Experten ideologiefrei, wissenschaftlich



fundiert, pointiert und kurz alle wichtigen aktuellen Fragen zu psychoaktiven Substanzen. Die Enzyklopädie dient der Fachwelt als handliches Nachschlagewerk und Betroffenen sowie Angehörigen als klare Orientierung.

153 Seiten

ISBN 978-3-95853-632-6

15,00 €

ebook

ISBN 978-3-95853-633-3

8,00€

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308 | +49 (0) 5484-550

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

Otto Schmid, Thomas Müller (Hrsg.)

SUCHT – GENUSS UND THERAPIE

Ein gesellschaftlicher Wandel

Die umfassenden gesellschaftlichen Umbrüche in Europa haben auch das Drogengeschehen entscheidend verändert. Herausragend war die Erkenntnis, dass allein mit Abstinenzforderung und Repression der Heroinepidemie und ihren verheerenden Folgen nicht zu begegnen ist.

Bei den neuen Behandlungsansätzen waren v.a. die Drogensubstitution und Entkriminalisierung umstritten. Manches geschah entgegen ausdrücklichen Verboten, anderes eher unbenutzt. Aber die Logik und Erfolge der Ansätze überzeugten derart, dass Politik und Behörden sich allmählich mehr für ihre Förderung als ihre Unterdrückung interessierten und sich auf das Experiment der „Vier Säulen-Drogenpolitik“ einließen - Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression.

40 Insider reflektieren in diesem Aufsatzband



die Entwicklungen aus der Perspektive der Schweiz; fast alle Probleme und Veränderungen ergaben sich - teils leicht verzögert - analog auch in Deutschland und Österreich.

Der besondere Wert des Buches liegt in der Authentizität und Interdisziplinarität der Beiträge: Medizin, Psychologie, Soziologie, Kriminologie, Rechtswissenschaft, Ethik, Geschichtswissenschaft liefern einen Perspektivenreichtum, der auch für künftige positive Entwicklungen sensibilisiert.

236 Seiten

ISBN 978-3-95853-109-3

20,00 €

ebook

ISBN 978-3-95853-110-9

15,00€

Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308 | +49 (0) 5484-550

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

Hugo von Keyserlingk

Liebe Leben Alkohol Suchtkrankheiten im Spiegel deutscher Literatur

Inmitten des forschersichen Trubels des Messens, Quantifizierens und Objektivierens in der angewandten Psychologie und klinischen Psychiatrie führt dieses Buch in die Gründe und Abgründe der Lebensläufe der Dichter Reuter, Grabbe und Fallada hinein und begleitet diese bei ihren individuellen Entwicklungen und Verwicklungen im Kampf mit ihrer Sucht ein Stück ihres Weges.

Die Selbstzeugnisse der Literaten über ihre Leidenswege werden gestützt und gleichsam objektiviert durch die niedergeschriebenen Beobachtungen und Anmerkungen von nahestehenden Angehörigen, von Zeitzeugen und von Schülern der Betroffenen.

Die Wortwahl dieser Anmerkungen ist derart differenziert und präzise, dass man als Leser in die Zeitverläufe fast schon eintauchen kann und die handelnden und leidenden Patienten, die betroffenen und leidenden Angehörigen und die distanzierten Beobachter nahezu lebendig vor sich sieht.



Bei aller Geschichtsträchtigkeit der Berichte, Erzählungen und Beobachtungen führt dieses Buch immer wieder zurück in die aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Erkenntnisse und Positionen der modernen Suchtforschung.

Dies ist kein Buch für den hastigen Leser, sondern für ruhige Stunden, in denen man bereit ist, sich in die persönlichsten Verästelungen und Verstrickungen bekannter suchtkranker Literaten zu vertiefen und dabei gleichzeitig etwas über die modernen Perspektiven des Alkoholismus zu lernen.

364 Seiten

ISBN 978-3-89967-127-8

25,00 €

Preis inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308 | +49 (0) 5484-550

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

Zum 8. Mal eröffnet der Alternative Drogen- und Suchtbericht eine kritische und gleichzeitig konstruktive Sicht auf die aktuellen Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich in Deutschland.

Schwerpunktthema dieses Berichtes ist die Alkoholkontrollpolitik. Deutlich wird dabei, dass Deutschland sowohl in Bezug auf die Alkohol- als auch auf die Tabakkontrollpolitik eine sehr industriefreundliche und wenig gesundheitspolitische Ausrichtung hat.

In mehreren Beiträgen wird der hohe Preis deutlich, den wir dafür zahlen müssen!

Neben den vielen inzwischen errungenen Erfolgen der Harm Reduction in der Drogenhilfe zeigen sich immer wieder Defizite in der Versorgung Drogen konsumierender Menschen in Freiheit und besonders in Haft. Einige Stichworte sind die drohende Versorgungskrise in der Substitutionsbehandlung, das Ansteigen drogenbedingter Todesfälle oder die Versorgung von Patienten mit Cannabis als Medizin.

Der 8. Alternative Drogen- und Suchtbericht stellt insgesamt viele Beispiele und Ideen für eine nachhaltige, ganzheitliche Drogenpolitik vor, die endlich umgesetzt werden müssen, um weiteres Leid, weitere gesundheitliche und soziale Schäden und schließlich eine weitere Verschwendung von Ressourcen zu verhindern.

ISBN 978-3-95853-717-0

eBook: ISBN 978-3-95853-718-7

www.pabst-publishers.de • www.psychologie-aktuell.com

