



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

6. Alternativer **Drogen- und Suchtbericht** 2019

6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019

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

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Südwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: +49 (0)30 82706946

www.akzept.org

www.gesundinhaft.eu

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

Herausgeber:

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

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

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver

2019 Pabst Science Publishers
49525 Lengerich/Westf.

Formatierung: Susanne Kemmer

Druck: KM-Druck · 64823 Groß-Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-525-1

eBook: ISBN 978-3-95853-526-8

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	10
<i>Heino Stöver, Dirk Schäffer, Bernd Werse & Gerrit Kamphausen</i>	

1. Querschnittsthemen

Drogenpolitik ist Gesundheitspolitik.....	12
<i>Bernd Hontschik</i>	
Wie wichtig ist eigentlich eine nationale Drogen- und Suchtstrategie? ... oder warum Daniel Bahr (FDP), die Ziele der Drogenpolitik vorstellt	15
<i>Dirk Schäffer</i>	
Wie kann Drogen- und Suchtpolitik „gesteuert“ werden?	18
<i>Ingo Ilja Michels</i>	
Zum Umgang mit Drogenszenen im öffentlichen Raum	25
<i>Luise Klaus, Daniela Jamin & Anna Dichtl</i>	
Addiction Theory Network: Ursprünge, Ziele, aktueller Stand und Sichtweisen auf Sucht	32
<i>Nick Heather</i>	

2. Schwerpunkt: Tabak und Tabakkontrollpolitik

Großbritanniens Tabakkontrollpolitik: Vorbild für den deutschen Regulierer, v.a. hinsichtlich E-Zigaretten?	42
<i>Heino Stöver</i>	
Die Regulierung von E-Zigaretten-Werbung Fragen und Antworten zum Stand der Forschung.....	48
<i>Dietmar Jazbinsek</i>	
E-Zigaretten: (k)eine „Einstiegsdroge“ ins Tabakrauchen?	62
<i>Bernd Werse & Anna Dichtl</i>	

Die Juul-Story – Fakten und Fake News über die bekannteste E-Zigaretten-Marke der Welt	68
<i>Dietmar Jazbinsek</i>	

3. Alkohol

Schädigungen Dritter durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Fetale Alkoholspektrumstörung und Fetales Alkoholsyndrom	98
<i>Ludwig Kraus, Christian Rauschert & Nicki-Nils Seitz</i>	

Substanzgebrauch, Alter und Harm Reduction	103
<i>Marie Jonna Krieger</i>	

4. Cannabis

Auch der Fiskus profitiert: Der Nutzen einer Cannabislegalisierung in Deutschland	112
<i>Justus Haucap</i>	

Cannabis als Medizin in Deutschland – Gesetzesgenese, historischer Hintergrund und aktuelle Herausforderungen der Verschreibungspolitik und -praxis	120
<i>Ingo Ilja Michels & Heino Stöver</i>	

Kiffen und Jugendhilfe – wie die Drogenprohibition jungen Menschen das Leben noch schwerer machen kann	132
<i>Bernd Werse</i>	

Cannabis: Stillstand im Bundestag.....	136
<i>Georg Wurth</i>	

5. Opioide

Naloxon als Nasenspray: endlich der erhoffte „Türöffner“?	140
<i>Kerstin Dettmer</i>	

Der Stellenwert der Psycho-sozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung	142
<i>Dirk Schäffer & Heino Stöver</i>	

6. Drug-Checking

Checking Drug-Checking	146
<i>Bernd Werse, Heino Stöver & Karsten Tögel-Lins</i>	

7. Gefängnisse

Kann Deutschland die WHO Ziele in Bezug auf Hepatitis C und HIV erreichen? 150
Dirk Schäffer, Bärbel Knorr & Heino Stöver

Substitutionsbehandlung im Gefängnis aus einer menschenrechtlichen
 Perspektive 157
Susanne Schuster & Jan Fährmann

8. Internationale Drogenpolitik Deutschland

United Nations General Assembly Special Session on Drugs 2016 und
 High Level Review 2019166
Axel Klein

Autorinnen und Autoren171

Vorwort

Heino Stöver, Dirk Schäffer, Bernd Werse & Gerrit Kamphausen

Wie bereits in den Jahren zuvor, konnten auch für diesen 6. Alternativen Drogen- und Suchtbericht Expert_innen aus unterschiedlichen Bereichen als Autor_innen gewonnen werden, um einen kritischen Blick auf die Entwicklungen im Bereich Drogen und Sucht in Deutschland zu werfen. Nicht erst seit dem Rezo-Video¹ (ab 26. Min.) ist deutlich geworden, dass es um Deutschlands Drogenpolitik nicht gut bestellt ist. Auch nach Ansicht vieler Expert_innen aus allen relevanten Fachgebieten fehlt es der Bundesdrogenpolitik an einer schlüssigen und wissenschafts-basierten Gesamtstrategie.

Die hieraus erwachsenen und teilweise dramatischen Folgen im Bereich illegaler Drogen, aber auch im Bereich Tabak und Alkohol werden in diesem Bericht benannt – nicht ohne alternative Vorschläge zu unterbreiten.

Verantwortlich qua Amt für die drogenpolitischen Entwicklungen der letzten Jahre zeichnet die nun ehemalige (Ärzteblatt 2019) Drogenbeauftragte Marlene Mortler, die viel zu oft auf kompetente externe Beratung verzichtet und das Erfahrungswissen langjähriger Praktiker_innen in Drogenhilfe und -politikverbände sowie in der Selbsthilfe nicht abgerufen hat.

Der Drogenbeauftragten gelang es nicht, ressortübergreifende Strategien zu verfolgen, umzusetzen und einen fachlichen Diskurs über Drogenkontrollstrategien zu organisieren. Dazu kam eine weitgehende Nichtbeachtung wissenschaftlicher Erkenntnisse, die politikleitend hätten sein können und müssen (siehe dazu Michels in diesem Band). Von kompetenten Antworten auf die Herausforderungen durch Drogenkonsum in diesem Land war und ist die deutsche Drogenpolitik weit entfernt: Deutschland ist ein Hochkonsumland in Bezug auf Alkohol und Tabak, bei gleichzeitig besonders permissiver Kontrollpolitik. Innovative Antworten auf die gesundheitlichen und sozialen Schäden dieser Drogenpolitik blieben weiterhin aus. Nicht zuletzt aus diesem Grund haben wir die Tabakkontrollpolitik zum Schwerpunkt des diesjährigen Alternativen Drogen- und Suchtberichtes gemacht. Hier sind moderne Antworten gefordert statt ein simples Gewähren-Lassen der legalen Drogenindustrie.

Im Bereich der illegalen Substanzen erleben wir erneut ein Allzeithoch hinsichtlich der Strafverfolgung von Konsument_innen (und nicht etwa im Bereich Handel, Schmuggel etc.): Mehr als 350.000 sogenannte Rauschgiftdelikte hat die Polizei durchermittelt und den Staatsanwaltschaften übergeben – fast 80% dieser Delikte sind laut BKA sogenannte konsumnahe Delikte, also Erwerb, Besitz und Weitergabe von illegalen Substanzen mit Mengen zum Eigenbedarf (BKA 2018). Der klare Anstieg der Kriminalisierung aus den letzten Jahren hat sich damit nochmals deutlich fortgesetzt, was weiterhin in krassem Widerspruch zu Beteuerungen steht, man wolle Menschen nicht für ihren Konsum bestrafen.

¹ „Die Zerstörung der CDU“; <https://www.youtube.com/watch?v=4Y1lZQsyuSQ>

Diese zwiegespaltene, keinen rationalen oder gar nachvollziehbaren Regeln folgende Drogenpolitik ist nicht länger hinnehmbar. Sie ist unglaublich, schädlich und anachronistisch. Sie ist ebenso aus der Zeit gefallen wie generell ein Politikstil, der moderne Formen der Beteiligung und Einbeziehung von Zielgruppen ignoriert. Die klammheimliche Abschaffung des Nationalen Drogen- und Suchtrates ist dafür nur der offensichtlichste Ausdruck.

Um einen Neuanfang zu ermöglichen, sollten grundsätzliche Veränderungen im Zuschnitt des Amtes des/der „Drogenbeauftragten“ vorgenommen werden. Eine Person, die unabhängig von Parteizugehörigkeit ist, drogenpolitische Entscheidungen auf wissenschaftlicher Grundlage trifft und eine interministerielle Arbeitsgruppe einsetzt, die ihre Arbeit facetten- und kenntnisreich unterstützt, gegebenenfalls weiter verstärkt durch eine unabhängige Expert_innenkommission, wie es sie z.B. in der Schweiz längst gibt².

Mediziner_innen, Wissenschaftler_innen, Praktiker_innen, Selbsthilfeorganisationen und nicht zuletzt die Konsument_innen selbst haben einen wirklichen Neustart verdient, der folgende Aspekte berücksichtigen sollte:

- eine gründliche Bestandsaufnahme der nationalen Drogenpolitik und deren Ergebnisse,
- die Erarbeitung eines Drogenaktionsplans mit klaren Zielsetzungen und der Beschreibung von kurz-, mittel- und langfristigen überprüfbaren Meilensteinen,
- die Einrichtung eines Nationalen Sucht- und Drogenbeirats, unter Einbeziehung aller relevanter Gruppen,
- eine Überprüfung ausländischer Erfahrungen und Erkenntnisse im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit in Deutschland: Beispielhaft könnten dies Erfahrungen aus Kanada in Bezug auf Cannabis, aus Schottland in Bezug auf Alkohol (z.B. Mindestpreise), aus England in Bezug auf Tabakregulierung sowie aus Portugal in Bezug auf illegale Substanzen (Entkriminalisierung) sein.

Literatur

- Ärzteblatt (2019): Bundesdrogenbeauftragte wechselt nach Brüssel. Artikel vom 4.6.2019, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103612/Bundesdrogenbeauftragte-wechselt-nach-Bruessel>
- BJA (2018): Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild 2017 Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

² Eidgenössische Kommission für Suchtfragen (EKSF); <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-suchtfragen.html>.

Querschnittsthemen



1

Drogenpolitik ist Gesundheitspolitik¹

Bernd Hontschik

Noch vor zwanzig Jahren wurde ich in meiner chirurgischen Praxis in der Frankfurter Innenstadt fast täglich aufgesucht von düsteren, ausgemergelten Gestalten, lebendige Tote, die im Stehen zu schlafen schienen, die meisten von ihnen HIV-positiv. Sie hatten Spritzenabszesse, Wundinfektionen und andere Verletzungen in übelstem Zustand, wie man sie sonst nur in Lehrbüchern der Kriegschirurgie findet. Sie ließen sich ohne Betäubung und fast ohne Schmerzreaktion operieren. Schlagartig ein Ende hatte dieser Horror, als der schwarz-grüne Magistrat der Stadt Frankfurt ein Programm beschloss, das seiner Zeit weit voraus war: Druckräume wurden eingerichtet. Junkies erhielten dort sterile Spritzen, die Kanülen mussten nicht länger mehrfach und von mehreren Personen benutzt werden, was sehr zur Verbreitung von AIDS beigetragen hatte. Das war ein erster großer Schritt zur öffentlichen Anerkennung der Drogensucht als Krankheit. Dem folgten die Methadonprogramme, bei denen mit Hilfe dieses Drogen- Ersatzstoffes noch mehr Ruhe in die Szene gebracht und ein Weg aus der Drogensucht und Beschaffungskriminalität ermöglicht werden sollte. Aber es war eben nur ein Ersatzstoff, und der sogenannte „Beikonsum“ von harten Drogen war gang und gäbe.

Vor sieben Jahren hatte dann der Deutsche Bundestag endlich ein Einsehen und modifizierte – unter Aufhebung des Fraktionszwangs – das Betäubungsmittelgesetz. Seitdem erhalten diese unheilbar drogenabhängigen Menschen das Diamorphin, also ein synthetisches, sauberes und dosierbares Rauschgift, auf Rezept verabreicht unter strengsten Kontrollen und eingebettet in engmaschige Beobachtungsprogramme. Frankfurt und seine schwarz-grüne Stadtregierung hatten jahrelang um diese Gesetzesänderung gekämpft, sich zeitweise sogar am Rande der Legalität bewegt.

Das alles ist heute eine Selbstverständlichkeit, als wäre es noch nie anders gewesen. Heute geht der Streit um die sogenannten weichen Drogen. Die weiche Droge Nummer eins ist frei verkäuflich und wird überall und selbstverständlich genossen. Diese Droge ist nicht geächtet, auch wenn sie abhängig machen, soziales Leben zerstören und Menschen in den Ruin treiben kann. Das ist der Alkohol. An dieser Droge ist nichts „weich“: Die Zahl zerstörter Existenzen durch die Alkoholkrankheit ist um ein Vielfaches höher als die der Drogenabhängigen.

Auch die Droge Nummer zwei ist frei verkäuflich, obwohl sie abhängig macht und Krebs verursacht. Allerdings wird sie mehr und mehr geächtet, und ihr Konsum ist in deutlichem Rückgang begriffen. Ihre Konsumenten müssen inzwischen überall mit Gegenwind rechnen. Das sind die Zigaretten.

¹ Dieser Artikel ist ein Vorabdruck eines Kapitels aus dem Buch „Erkranken schadet Ihrer Gesundheit“, das demnächst im Westend-Verlag erscheint (ISBN: 9783864897528).

Gestritten wird hauptsächlich um die Droge Nummer drei, das Haschisch, das Cannabis, genauer: das Tetrahydrocannabinol. Diese Droge ist hilfreich für kranke Menschen, weil sie schmerzlindernd und krampflösend wirkt. Ansonsten ist sie unter Jugendlichen und bei Partygängern – schon seit meiner Jugend – weit verbreitet, obwohl Besitz und Handel strafrechtlich verfolgt werden. Das hat allerdings noch keinen Kiffer davon abgehalten, sich den Stoff zu besorgen. Der erste Schritt einer vernünftigen Drogenpolitik wäre also die Abgabe an kranke Menschen, eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Der zweite Schritt wäre die völlige Freigabe, nicht um noch mehr Kiffer zu produzieren, sondern um das Dealen auszutrocknen, denn auf dem Schwarzmarkt ist alles gestreckt und mit unbekannten Substanzen versetzt, die allesamt gefährlicher sind als das eigentliche Cannabis.

Trotzdem konnte man im Oktober 2018 wieder im Deutschen Ärzteblatt lesen: „Die deutsche Ärzteschaft lehnt eine Legalisierung von Cannabis wie in Kanada strikt ab.“ Wer ist das denn, die deutsche Ärzteschaft? Ein Beschluss irgendeines Deutschen Ärztetages über die Legalisierung von Cannabis ist mir nicht bekannt. Nur dann könnte man ja davon sprechen, dass die deutsche Ärzteschaft etwas ablehnt oder nicht. Und ich persönlich kann damit nicht gemeint sein, obwohl ich doch ein Deutscher und ein Arzt bin, denn ich bin für die Legalisierung von Cannabis – nach kanadischem Vorbild. Dann erfahre ich aber doch noch etwas genauer, wer die „deutsche Ärzteschaft“ ist: In der Bundesärztekammer gibt es eine Arbeitsgruppe ‚Sucht und Drogen‘, und deren Vorsitzender, der saarländische Ärztekammervorsitzende Josef Mischo, lehnt die Legalisierung von Cannabis ab.

Das ist also die „deutsche Ärzteschaft“.

Seine Argumentation lautet, dass mit der Legalisierung von Cannabis dessen gesundheitliche Gefahren verharmlost würden, dass die Konsumentenzahlen zunehmen würden, besonders unter Jugendlichen, und dass der medizinische Behandlungsbedarf dadurch steigen werde. Die Gedächtnisleistung werde eingeschränkt, ebenso die Aufmerksamkeit und die Psychomotorik, die Häufigkeit psychotischer Störungen und die Entwicklung von Abhängigkeitssyndromen stiegen an. Das alles geschehe auf dem Hintergrund von „hirnstrukturellen Veränderungen“.

Lassen wir einmal außer Acht, dass die mit weitem Abstand schlimmste Droge der Alkohol ist, gefolgt von Tabak. Diese beiden nennt man – warum auch immer – legale Drogen. Cannabis findet sich erst auf Platz acht einer solchen Schadensliste. Lassen wir auch außer Acht, dass es zwar immer schärfere Gesetze gegen die Verwendung illegaler Drogen gibt, diese aber mitnichten den Drogenkonsum verhindern. Lassen wir auch außer Acht, dass Cannabis für den privaten Gebrauch sogar nach Ansicht des Bundes Deutscher Kriminalbeamter legalisiert werden sollte.

Selbst dann gibt es immer noch weitere gewichtige Argumente für eine sofortige Legalisierung von Cannabis: Die gesundheitlichen Risiken, insbesondere für die am meisten gefährdeten Jugendlichen, werden nicht zunehmen, sondern insgesamt abnehmen, denn die staatliche Kontrolle der Qualität des Anbaus, der Aufbereitung und des Vertriebs von sauberem Cannabis wird den Gebrauch von gefährlichen Streckmitteln sofort beenden. In Ländern, die den Cannabiskonsum legalisiert haben wie die Niederlande, ist der Anteil der kiffenden Jugendlichen nicht höher als in Ländern mit restriktiven Gesetzen wie Deutschland oder Frankreich, im Gegenteil. Im legalen

Cannabis-Handel wird natürlich nicht an Jugendliche verkauft. Das wird genauso gut oder schlecht funktionieren wie beim Verkauf von Tabak oder Alkohol.

Der Staat kann mit zusätzlichen Steuereinnahmen von mindestens einer Milliarde Euro rechnen. Dieses Geld kann direkt für Prävention und Aufklärung über die Gefahren des Drogenkonsums verwendet werden. Und es würden die Polizei, die Staatsanwaltschaften und die Gerichte endlich von dem völlig aussichtslosen Kampf gegen Kleinstdealer und Kleinstkriminalität erlöst. Der dunkle, mafïöse Dealersumpf wäre mit einem Schlag ausgetrocknet, weil es seine Kundschaft nicht mehr gibt. Polizei, Staatsanwaltschaften und Gerichte hätten endlich Zeit, Geld und mehr Personal, um sich mit sinnvollen Aufgaben zu befassen.

Ich bin mir nicht sicher, ob es wirklich die ganze „deutsche Ärzteschaft“ ist, die eine Legalisierung von Cannabis ablehnt. Wenn das aber doch so wäre, dann sollte man sie in diesem Fall ausnahmsweise nicht nach Risiken und Nebenwirkungen fragen. Denn es fehlt dort anscheinend der Blick für das Ganze.

Wie wichtig ist eigentlich eine nationale Drogen- und Suchtstrategie? ... oder warum Daniel Bahr (FDP), die Ziele der Drogenpolitik vorstellt

Dirk Schäffer

Anlässlich der Erarbeitung des Alternativen Drogen und Suchtberichts 2019 machte ich mich auf die Suche, welche Herausforderungen und Ziele denn die „Drogen- und Suchtstrategie der Bundesrepublik Deutschlands“ beschreibt.

Zugegeben, ich hatte diese „nationale Drogen- und Suchtstrategie“ völlig aus dem Blick verloren. Ich sollte bald feststellen, dass es nicht nur mir so ging. Auch andere Drogen- und Suchtexpert_innen, die ich befragte, konnten mir nichts zur aktuellen „Nationalen Strategie der Bundesregierung zum Thema Drogen und Sucht“ sagen.

Ich begab mich auf die Suche nach der Drogen- und Suchtstrategie des bevölkerungsreichsten Landes in Europa, welches es sich auf die Fahnen schreibt, auch ein wichtiger globaler Akteur zum Thema Drogen zu sein. Nichts war naheliegender als mich auf der Webseite www.drogenbeauftragte.de umzuschauen.

Ich fand die „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ sofort und schlug die erste Seite auf. Auf Seite 3 begrüßt der Gesundheitsminister Jens Spahn..... Halt! Ich betrachtete das Bild erneut und traute meinen Augen nicht, das war gar nicht Jens Spahn, auch nicht sein Vorgänger Herrmann Gröhe. Es begrüßt ein mir fast aus dem Gedächtnis entschwundener Herr Bahr von der FDP. Daniel Bahr überrascht gleich mit seinem Intro, „Dass zur gesundheitlichen Prävention ein verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol und ein Verzicht auf Tabak und illegale Drogen gehört“. Aha, beim Alkohol wird auf Eigenverantwortung gesetzt und bei illegalen Substanzen auf Abstinenz!

Folglich war ich nicht überrascht, als auf der Folgeseite Frau Dyckmans die Ziele ihrer Arbeit beschreibt. Ich hielt die nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik des Jahres 2012 in meinen Händen.

Wenn man weiß, welche Zeiträume die Erstellung und Abstimmung eines solchen Papiers benötigt, so scheint es nicht übertrieben, dass die aktuell geltende Grundlage der Drogen und Suchtpolitik der Bundesrepublik Deutschland fast 10 Jahre alt ist.

Folglich fehlen auch Inhalte die eigentlich zwingend in ein Strategiepapier der Bundesregierung gehören. Kein Wort zu Strategien der Prävention von Drogentodesfällen durch den Einsatz von Take Home Naloxon. In den Zeiten, als diese Strategie geschrieben wurde, waren die drogenbedingten Todesfälle auf einem historischen

Tiefststand. In den Folgejahren erlebten wir einen kontinuierlichen Anstieg der Drogentodesfälle um fast 40%.

Es werden acht Ziele zum Thema Alkohol beschrieben. Alle sehr ehrenwert, aber was fehlt, ist das Ziel, die Alkoholwerbung grundsätzlich zu verbieten. Denn immer noch stimmen uns z.B. Großbrauereien auf das nächste Fußballländerspiel ein. Manchmal geht es um alkoholfreies Bier, aber die Alkohollobby schreckt auch nicht davor zurück, Sportereignisse mit alkoholischen Getränken zu bewerben. Skrupel haben sie anscheinend keine. Warum auch, wenn die Politik hier nicht aktiv wird und ein Werbeverbot ausspricht.

Geneigte Beobachter_innen, Leser_innen und Fachleute fragen sich, warum es keine aktuelle „Nationale Strategie der Drogen- und Suchtpolitik“ gibt? Eine Strategie, welche die heutige Situation als Ausgangslage beschreibt und die Ziele bis 2025 oder 2030 beschreibt. Frau Mortler, die scheidende Drogenbeauftragte sagt hierzu: *„Die Strategie von 2012 ist auch heute noch unser Kompass für die Drogen- und Suchtpolitik. Mittlerweile ist es auch international gelungen, den breiten Ansatz aus Prävention, Schadensminderung, Behandlung und Strafverfolgung zum Maßstab zu machen. Auf der Weltdrogenkonferenz UNGASS im Frühjahr 2016 stand die deutsche Strategie Pate“*

Aha, die Strategie des Jahres 2012 ist also heute noch unser Kompass für die Drogen- und Suchtpolitik. Nun kann man sagen, die Ziele der Strategie aus 2012 sind so allgemein, dass sie auch heute noch ihre Gültigkeit besitzen. Man könnte alles aber auch kritischer sehen und hierfür habe ich mich entschieden. Es fehlt schlicht an einer Strategie, die neue Entwicklungen aufgreift und mutige Ziele definiert. Denn was sollen wir heute, im Jahr 2019, mit einer Strategie des Jahres 2012? Es wäre an der Zeit, anderen Ländern in Europa und international zu folgen und die Strategie in Bezug auf illegale Substanzen einer wirklichen kritischen Prüfung zu unterziehen.

Mit mehr als 350.000 angezeigten Delikten im Bereich illegalisierter Substanzen haben wir einen zweifelhaften Rekord erzielt. Ein Allzeithoch in der Verfolgung von Drogenkonsument_innen. Hunderttausende junger Menschen werden weiterhin für den Erwerb, Besitz und Konsum psychoaktiver Substanzen angezeigt und auch bestraft. Ich bin mir unsicher, ob auch die Drogenbeauftragte und ihre verantwortlichen Mitarbeiter um das Scheitern ihrer Drogenstrategie wissen und seit Jahren nach dem Motto „Augen zu und durch“ verfahren. Denn maßgebliche Ziele, die man im Drogenbereich mit prohibitiven Maßnahmen erreichen will, wie weniger Konsument_innen, geringere Verfügbarkeit von Substanzen, weniger drogenbedingte Schäden und Delikte, werden Jahr für Jahr verfehlt.

Nie haben so viele Menschen so viele verschiedene Drogen konsumiert. Nie waren die Verfügbarkeit so groß und die Preise so moderat.

Die Formulierung neuer Ziele und die Implementierung innovativer Maßnahmen wie z.B. Drug Checking, Werbeverbote für Alkohol und Tabak, sowie die Herabstufung des Besitzes geringer Mengen zum Eigengebrauch als Ordnungswidrigkeit wären erforderlich.

All dies könnte eine aktuelle nationale Strategie der Sucht und Drogenpolitik aufgreifen. Die Erarbeitung dieser Strategie könnte eine wichtige Aufgabe des Drogen-

und Suchtrates der Bundesregierung sein. Anstatt dieses Gremium, das bisher immerhin eine Feigenblattfunktion innehatte, mit wirklich zukunftsorientierten Aufgaben zu betrauen, wurde es meiner Kenntnis nach abgeschafft.

Auf der Basis einer 10 Jahre alten Strategie erleben wir stattdessen ein „weiter so“ wie zuletzt bei der Vorstellung der drogenbedingten Todesfälle des Jahres 2018.

Konsument_innen und alle Akteure im Hilfesystem hätten mehr verdient.

Wie kann Drogen- und Suchtpolitik „gesteuert“ werden?

Ingo Ilja Michels

Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich kritisch mit der Drogenpolitik der Bundesregierung, welche wissenschaftliche Erkenntnisse und Beratung seit vielen Jahren konsequent ignoriert. Es wird die Einrichtung einer interministeriellen Arbeitsgruppe und einer unabhängigen Expertenkommission gefordert.

Als 2004 der erste „Drogen- und Suchtrat“ bei der Drogenbeauftragten der Bundesregierung installiert wurde, war geplant, dieses Gremium als ein Beratergremium für die (jeweiligen) Drogenbeauftragten der Bundesregierung zu etablieren. Ursprünglich war im Dezember 1999 eine Kommission eingesetzt worden, die einen Vorschlag erarbeitet hat zur Drogen- und Suchtpolitik der (neuen) Bundesregierung. Diese Drogen- und Suchtkommission¹ wurde mit dem Auftrag betraut, Eckpunkte für ein effektives und glaubwürdiges Präventionskonzept im Drogen- und Suchtbereich zu erarbeiten. Es wurde vorgeschlagen, dass die Bundesregierung *„sich einer zu engen eigenen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung und damit einer vom Grundsatz her zwangsläufig immer auch einseitig wertenden Sicht der Dinge enthalten [soll]. So stünde es ihr weder gut an, sich bspw. auf die Seite derer zu schlagen, die etwa eine „suchtmittelfreie Gesellschaft“ postulieren, umgekehrt ebenso wenig, sich denen zu verschreiben, die das Konzept der „Drogenakzeptanz“ favorisieren. Der Meinungs- und Wertestreit sollte vielmehr im gesellschaftlichen Raum stattfinden, seitens der Bundesregierung dort auch ohne eigene Bewertung zugelassen und schließlich konkreten operativen Entscheidungen der Akteure vor Ort überlassen bleiben.“* Das beschreibt das Dilemma der Drogen- und Suchtpolitik. Sie unterliegt immer auch moralisierenden Vorstellungen von Drogenkonsum, der als eher gesundheitsschädlich eingestuft wird, auch wenn es Gruppen von Konsumenten gibt, die eigenverantwortlich ihren Konsum gestalten können. In der historischen Darstellung der Präventionsbegrifflichkeit wurden die Wege nachgezeichnet von einer staatlichen Suchtpolitik, die zur „Abschreckung“ neigte zur vermeintlichen gesundheitlichen „Gefahrenvermeidung“, über das später und auch heute favorisierte „Risikomanagement“ und den von der

¹ Prof'in Dr. G. Barsch, Prof. Dr. H. Bossong, Prof. Dr. Th. Feltes, Prof'in Dr.A. Franke, Prof. Dr. F. Gutzwiller, Prof'in Dr. C. Helfferich, Dr. H.-H. Körner, Prof. Dr. K.-A. Kovar, Prof. Dr. K.Mann, Prof. Dr. K.-H. Reuband, Prof. Dr. R. Silbereisen, Prof. Dr. K.Wanke sowie Dr. D. Deckers bis Okt. 2000 und M. Hübner bis Feb. 2001. Also hauptsächlich kritische Wissenschaftler*innen, die allerdings auch untereinander nicht zum Konsens fanden z.B., ob der Begriff „Drogenmündigkeit“, den vor allem Prof. Barsch einbrachte, angemessen sei, um die Zielsetzung der Präventionspolitik zu definieren; das ging der Mehrheit der Mitglieder doch zu weit.

WHO favorisierten Begriff der „Gesundheitsförderung“. Die Kommission kam zu der Schlussfolgerung, dass *„vor allem mit Blick auf die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen (...) es oft keiner rationalen, durch wissenschaftliche Erkenntnis geleiteten Kategorisierung [folgt], die die substanzbedingte Gefährlichkeit der jeweiligen Drogen ins Zentrum rückt und dabei die Konsumsettings und -sets angemessen berücksichtigt. Vielmehr fußt es weithin auf national- und internationalrechtlichen Bewertungen, die einer eigenen spezifischen Logik und Perspektive folgen. Nur so ist zu verstehen, dass im 1990 verabschiedeten „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“ und in anderen Zusammenhängen im Hinblick auf den Konsum illegaler Drogen generell von Missbrauch gesprochen und völlige Abstinenz postuliert wird, so als sei ein geordneter und (selbst-) kontrollierter Gebrauch von Betäubungsmitteln prinzipiell nicht möglich. Dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, der gesellschaftlichen Diskussion und Praxis, sowie vor allem aber auch der Glaubwürdigkeit der Prävention im Dialog mit jungen Menschen wird dies nicht (mehr) gerecht.“* Leider haben die Drogenbeauftragten der Bundesregierungen sich einer solchen wissenschaftlichen Erkenntnis entzogen, obwohl in offiziellen Stellungnahmen zu internationalen Diskussionen zur Drogen- und Suchtpolitik gern auf Resolutionen der UNO Bezug genommen wird, in denen gefordert wird, dass Drogenpolitik „science and evidence-based“ sein soll. Immerhin legt sie sich auf eher pragmatische Umgangsweisen im Umgang mit psychoaktiven Substanzen fest, allerdings unter Beibehaltung der „Strafbarkeit“ von Besitz, Erwerb, Herstellung und Verkauf.

Die damalige Kommission hatte sich dazu klar verhalten: *„eine solche, im wesentlichen an juristischen Kategorien orientierte Sicht (verhindert) von ihrem Ansatz her eine sachgerechte Auseinandersetzung mit kulturell eingelebten Konsummustern bei Alkohol, Tabak und Medikamenten.“*

In einer „Kleinen Anfrage“ der Fraktion Bündnis90/Die Grünen im Deutschen Bundestag zu den „Auswirkungen der Cannabisprohibition auf den Gesundheitsschutz“ (Drucksache 19/658 vom 31.01.2018) kommt die Bundesregierung 2018 auf die Frage *„Wie kommt die Bundesregierung zu der Auffassung, dass die Strafandrohung eine präventive Wirkung in Bezug auf die Verbreitung des Cannabiskonsums und die Verfügbarkeit von Cannabis zu Freizeitziwecken habe (vgl. BT-Ds. 19/310) und welche wissenschaftlichen Belege gibt es dafür?“* zu folgender Antwort:

„Die Bundesregierung geht davon aus, dass Strafandrohungen präventive Wirkungen entfalten und so strafbewährtes Verhalten signifikant reduziert wird“, obwohl die epidemiologischen Untersuchungen der Bundesregierung das genaue Gegenteil darstellen. Die 12-Monatsprävalenz von Cannabis ist von 4,4% in 1995 auf 7,0% in 2015 gestiegen, in der Altersgruppe der (jungen Erwachsenen) 18-20-jährigen bei 20,5%, in der Altersgruppe der der Trend der Drogenabhängigkeit nach DSM-IV von 0,4% in 1997 auf 0,5% in 2012 (Suchtsurvey 2016).

Die Kommission fasste 2002 den Stand der Forschung so zusammen:

„Psychoaktive Substanzen haben bekanntlich unterschiedliche, im Zeitverlauf auch wechselnde Funktionen und Bedeutungen, ihr Konsum ist eingebunden in sehr verschiedene Drogen- bspw. Trinkkulturen – und werden von einer Vielzahl, teilweise auch widersprüchlichen Verhaltensnormativen beeinflusst. Dabei kommen schon heute nur wenige Menschen zu einer Abstinenzlösung.“ Leider wird diese Position kaum mehr berücksichtigt. In der aktuellen Studie (CaPRis 2018) zur Einschätzung der gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums war zwar in der Ausschreibung

noch gefordert worden, ausdrücklich die „*besondere Berücksichtigung von Konsumfrequenz und -motiven, dem Konsumsetting und der sozialpsychologischen Funktionalität des Konsums*“ zu untersuchen, die vorlegte Studie wird diesem Anspruch aber nicht gerecht. Sie wird oft verkürzt auf die Formel: „Kiffen macht dumm!“ oder „Cannabiskonsum löst Psychosen aus“ und so *kann* man sie in der Tat lesen, auch wenn das nicht explizit ihre Aussage ist.

Das Kernproblem bleibt. Michael Klein hat es bei einem Vortrag am 11. Juli 2018 in Düsseldorf treffend beschrieben: „*Obwohl fast jeder Mensch täglich psychotrope Substanzen („Drogen“) zu sich nimmt, z.B. in Form von Alkohol, Nikotin, Koffein, wird das Thema Substanzkonsum und -effekte in fast allen modernen Diskursen zu Alltagsphänomenen vermieden und verdrängt. Es ist, als ob Substanzkonsum als Triebverhalten des modernen Menschen nicht ins Bewusstsein treten und als Alltagsbestandteil realisiert werden darf. Drogen haben sich vom „Geschenk der Götter“ zum „Fluch der Moderne“ gewandelt. Affektkontrolle und Affektregulation sind im Alltag übermächtig. Gleichzeitig geschehen Affektdurchbrüche, Ekstase und Rausch nur noch in segregierten Tabuzonen.*“ (Klein 2018)

Wie sollen solche – komplizierten – Prozesse steuerbar sein? Und welcher Hilfsmittel bedient sich die Bundesregierung dabei? Es wird im Aktionsplan „Drogen- und Sucht“ der Bundesregierung 2003 richtigerweise beschrieben: „*Der Entstehung von Abhängigkeit liegt ein multifaktorielles Geschehen zugrunde. Mögliche Einflüsse sind: Genetische Faktoren, entwicklungs-, lebens- und umweltbedingte Einflüsse sowie das Suchtpotential der jeweiligen Substanz. Ebenso spielen gesellschaftliche und soziale Aspekte (z.B. Chancen zur Teilhabe an Bildung, Arbeit und Gesellschaft, Konsummuster einer Gesellschaft, Griffnähe zu Suchtmitteln) eine wichtige Rolle.*“ (Aktionsplan Drogen- und Sucht 2003: 7)

Was sind die Ziele der Drogen- und Suchtpolitik seit 2003?

1. Den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszuzögern
2. Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren
3. Das Überleben zu sichern
4. Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln
5. Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen

Im „Aktionsplan Drogen- und Sucht“ von 2003 wird dazu ausgeführt: „*Die Umsetzung des Aktionsplanes soll durch einen Drogen- und Suchtrat begleitet werden, in dem alle gesellschaftlich relevanten Gruppen und Institutionen vertreten sind, die an der Reduzierung von Suchtproblemen und den Hilfen für Suchtkranken beteiligt sind. Aufgabe des Drogen- und Suchtrates ist es, die Umsetzung der festgelegten Ziele in entsprechenden Maßnahmen zu überprüfen. Die Vertreterinnen und Vertreter wirken darauf hin, dass die Maßnahmen in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich umgesetzt werden.*“ Und weiter: „*Eine effektive Drogen- und Suchtpolitik erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure aus den Bereichen Medizin, Pädagogik, soziale Berufe, Selbsthilfe, Politik, Verwaltung, Justiz und Polizei. Die systematische Kooperation der Suchthilfe mit dem Bereich der*

medizinischen und sozialpsychiatrischen Basisversorgung ist ebenso erforderlich wie mit der Wohnungslosenhilfe, der allgemeinen Sozialberatung, der Jugendhilfe und der Migrationsfachdienste.“

Eine erhebliche „challenge“, wie es neu-deutsch heißen würde!

Aber wird Politik dieser Aufgabe gerecht und können es politische Akteure hinbekommen, wenn sie selbst geprägt sind von gesellschaftlich-kulturellen Normen und Ängsten (insbesondere wenn es um (eigene) Kinder geht)? Ist der „Drogen- und Suchtrat“ das geeignete Instrument dafür?

Der Umgang von Gesellschaften mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen ist komplex, es bedarf *wirksamer* Mechanismen, um gesamtgesellschaftliche Entwicklungen beim Konsum und zur Behandlung einer Abhängigkeit auch *steuern* zu können. Das Leitbild einer *drogenfreien Gesellschaft* hilft da nicht, da Menschen nicht (immer) rational – und damit im Interesse ihrer eigenen psychischen wie physischen Gesundheit – handeln. Zudem gibt es ein globales Netzwerk von Anbau, Handel und Konsum. Welche Elemente werden genutzt, um diese Prozesse zu steuern? Drogenpolitik in Reinkultur ist ohnehin nicht anzutreffen, eine pragmatische Drogenpolitik hat den Vorteil, dass sie relativ *ideologieresistent* ist. Ressortübergreifendes Verwaltungshandeln wäre mit den Mitteln des *Management by Objectives* und regelmäßigen Evaluationsschritten umsetzbar, aber weder im „Aktionsplan Drogen und Sucht“ von 2003, noch in der „Nationalen Drogen- und Suchtstrategie“ von 2012 ist eine Evaluation der Zielsetzungen vorgesehen und es sind auch keine objektivierbaren Umsetzungsschritte definiert und auch keine Budgetierung dafür vorgesehen. Die Bundesregierung wird ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht. Ein solches Management ist aber auch nur dann hilfreich, wenn es einen Konsens gibt über die Zielsetzungen. Das ist in der Drogenpolitik aufgrund deren impliziten Ideologisierungsempfänglichkeit nicht einfach zu erreichen.

So war die das sogenannte Outcome Dokument der UNGASS (Generalversammlung der Vereinten Nationen zur Weltdrogenproblematik vom 19. bis 21. April 2016 in New York) aus meiner Sicht ein großer Erfolg, weil zumindest ein Grundkonsens erreicht wurde (Michels 2017). Es gibt unbestritten eine Reihe von fortschrittlichen Elementen in der Abschlusserklärung: Gesundheitspolitische Maßnahmen stehen im Vordergrund und die Unterstützung von Maßnahmen der Schadensminimierung (wenn auch der Begriff selbst umstritten blieb und nicht im Dokument verankert werden konnte), die Förderung der Alternativen Entwicklung und eine starke Sprache zu Menschenrechten, sowie eine explizite Forderung zur Proportionalität von Strafen. Es war ein immer breiter werdender Konsens sichtbar, dass Drogenpolitik stärker als bislang als Gesundheitspolitik zu sehen ist. Im Abschlussdokument heißt es: *„Drogenabhängigkeit (muss) als eine komplexe, multifaktorielle Gesundheitsstörung gesehen werden, gekennzeichnet durch eine chronische und rezidivierende Natur mit sozialen Ursachen und Folgen, die verhindert und behandelt werden können, unter anderem durch wirksame, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende medikamentöse Behandlung, Nachsorge- und Rehabilitationsprogramme, einschließlich der Gemeinde-basierten Programmen“*. Das ist neu, dass auch eine „medikamentöse Behandlung“, gemeint ist eine Opiatsubstitutionsbehandlung, Teil eines von allen Mitgliedsstaaten getragenen Dokuments ist, allerdings mit der Einschränkung, dass

dies „in Übereinstimmung mit der nationalen Gesetzgebung“ stehen müsse, womit die Hintertür geöffnet bleibt, diese effektive Maßnahme nicht umzusetzen. In vielen Erklärungen wurde das Ende des „Kriegs gegen die Drogen“ gefordert. Der Fokus müsse auf Prävention und Behandlung liegen, nicht auf Strafverfolgung.

Dieser Konsens scheint aber nun wieder in Frage gestellt zu werden. Auf der diesjährigen Sitzung der „Commission on Narcotic Drugs“ der Vereinten Nationen vom 14.-22. März 2019 in Wien wurde deutlich, dass dieser Grundkonsens brüchig ist. Während die EU Delegation (also auch Deutschland) daran festhielten, , gab es klare Gegensignale etwa von den Philippinen (die ihre außergerichtlichen Tötungen von vermeintlichen Drogenhändlern und -konsumenten damit rechtfertigte, dass die „zero Toleranz Politik“ zu einem Rückgang der Drogenkriminalität geführt habe und dass ja schließlich keine Unschuldigen betroffen seien (Locsin 2019). Zynischer geht es nicht!

Im Jahr 2014 gab es eine interessante internationale Fachtagung am 10. und 11. September 2014 in Leipzig des „Bundes Deutscher Kriminalbeamter“ („*Kripo International*“). Im Vorwort zur Dokumentation (Der Kriminalist Nr.10, 2014)

heißt es unter Überschrift „*Drogenpolitik neu denken?*“

„Trotz fast in allen Bereichen gestiegener Sicherstellungsmengen sind die Drogenpreise stabil oder sinken sogar. Alles Anzeichen für eine große Drogenverfügbarkeit auf dem Markt. (...) Dürfen wir Konsumenten (...) noch länger kriminalisieren? Schaffen wir damit erst kriminelle Karrieren? (...) Wirken unsere Verbote auf potenzielle Konsumenten wirklich abschreckend? (...) Die eingeschlagenen Wege in Kalifornien, Colorado, Washington, Uruguay und Portugal sind mutige Feldversuche, die aber erst noch valide Erkenntnisse liefern müssen. Ist eine staatlich kontrollierte Drogenkontrolle sinnvoll und moralisch vertretbar? Wie können dann ein wirksamer Jugendschutz und funktionierende Hilfeangebote aussehen? Lässt sich durch eine Legalisierung die Beschaffungskriminalität eindämmen? Fragen, auf die wir bisher nicht die Antwort kennen. Und genau deshalb sollten wir offen die Diskussion führen und versuchen, Antworten auf die Fragen zu erhalten.“

Die Ergebnisse dieser Tagung wurden von der Bundesregierung ignoriert, ebenso wie die Resolution von 123 deutschen Strafrechtsprofessoren zur Notwendigkeit der Überprüfung der Wirksamkeit des Betäubungsmittelstrafrechts (Schildower Kreis), sowie die Stellungnahmen nahezu aller Sucht-Fachgesellschaften zur Cannabispolitik der Regierung in den Jahren 2017 und 2018 (wie etwa von der Bayerische Akademie für Suchtfragen, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, der Arbeiterwohlfahrt, des Paritätischen u.a.).

Bewegung in diese ablehnende Grundposition kam spätestens, als sich innerhalb der (mitregierenden) Sozialdemokraten eine Änderung der Haltung abzeichnete. Ein Arbeitskreis von Bundestagsabgeordneten der SPD (unter Federführung des damaligen drogenpolitischen Sprechers, Burkhard Blienert), externen Experten und mit Unterstützung der Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) ein neues drogenpolitisches Papier erarbeitet und publiziert wurde (Blienert 2016) (das im Übrigen anknüpft an Positio-

nen, die die SPD bereits zu Anfang der rot-grünen Bundesregierung 1999 formuliert hatte; Neumeyer et.al. 1999)

Könnte es eine andere Steuerung einer (neuen) Drogenpolitik geben als über die Einsetzung eines/er Drogenbeauftragten der Bundesregierung, angedockt beim Bundesministerium für Gesundheit?

Vielleicht wäre das „französische Modell“ denkbar, dort gibt es eine „Interministerielle Arbeitsgruppe“ (in Frankreich heißt es aber „*mission*“, was wohl klarere Kompetenzen verdeutlicht als eine bloße „AG“) die beim Premierminister angedockt ist, mit eigenem Budget und größeren Kompetenzen (da Frankreich allerdings auch zentralstaatlich ausgerichtet ist). Auch in Deutschland war ein solches Modell bei der Strukturierung der ersten rot-grünen Bundesregierung 1999 diskutiert (Angeregt vom damaligen Drogenkoordinator der Stadt Frankfurt *Werner Schneider*). Auch in der Schweiz gibt es gute Erfahrungen mit einer unabhängigen Beratungskommission. Die Eidgenössische Kommission für Suchtfragen (EKSF) ist eine unabhängige Kommission, in der Expertinnen und Experten auf Grund ihres Fachwissens Einsatz haben. Sie hat den Auftrag, den Bundesrat in grundsätzlichen Fragen der Suchtpolitik und der -problematik zu beraten. Dazu beobachtet sie die nationalen und internationalen Entwicklungen und kreiert zukunftsorientierte Ideen für die schweizerische Suchtpolitik. Sie berät den Bundesrat außerdem generell zu Fragen im Zusammenhang mit dem Betäubungsmittelgesetz. Diese Kommission ist gesetzlich verankert und hat deshalb eine reale Kompetenz. Warum wird ein solches Modell nicht auch für Deutschland angestrebt?

Dazu kommt es allerdings auch darauf an, ob sich die Politik einlässt auf „(sozial-) wissenschaftliche Erkenntnisse“, oder ob sie sich weiterhin stützt auf moralisierende und ideologiebehaftete „Wahrheiten“.

Literatur

- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2003): Aktionsplan Drogen und Sucht. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Blienert, B. (2015): „Von der Repression zu Regulierung. Eckpunkte einer sozialdemokratischen Drogenpolitik“, Berlin.
- Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung/Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002): Stellungnahme zur Drogen- und Suchtprävention; Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Eidgenössische Kommission für Suchtfragen: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-suchtfragen.html>
- Epidemiologischer Suchtsurvey (2016): Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys, in: SUCHT, 62: 271-281.
- Hoch, E./Friemel, C.M./Schneider, M. (2018): Cannabis: Potential und Risiko. Ergebnisse einer wissenschaftlichen Analyse. Springer, Heidelberg.
- Klein, M. (2018): Cannabislegalisierung: Gründe, Wege, Folgen. Wissenschaftlicher Input zum Interkommunalen Austausch; Vortrag bei kommunalem Treffen in Düsseldorf am 11.07.2018.

- Locsin, T. (2019): Stellungnahme zum 62. CND am 15.März 2019 in Wien; Secretary for Foreign Affairs.
- Michels, I.I. (2017): Der Weg zu einer gesundheitsbezogenen und menschengerechten Drogenpolitik, in: Suchttherapie 2017: 99 ff.
- Neumeyer, J./Schaich-Walch, G. (Hrsg.) (1999): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus der repressiven Drogenpolitik. Schuerenverlag.
- Schildower Kreis (o.J.): Resolution deutscher Strafrechtsprofessorinnen und Strafrechtsprofessoren, online verfügbar unter: <http://schildower-kreis.de/resolution-deutscher-strafrechts-professorinnen-und-professoren-an-die-abgeordneten-des-deutschen-bundestages/>, letzter Aufruf am 14.06.2019.

Zum Umgang mit Drogenszenen im öffentlichen Raum

Luise Klaus, Daniela Jamin & Anna Dichtl

Zusammenfassung

Drogenkonsumierende, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, sind einerseits vielfältigen Verdrängungsprozessen ausgesetzt aber andererseits oftmals auch, durch das Fehlen von Drogenkonsumräumen oder Wohnraum, zum Aufenthalt ebendort gezwungen. Für das *Recht, sich nicht im öffentlichen Raum aufhalten zu müssen*, fordern wir deutschlandweit Drogenkonsumräume in Städten mit Drogenszenen, längere Öffnungszeiten in den bereits existierenden Drogenkonsumräumen sowie bessere Nutzungsmöglichkeiten privater Räume und mehr Wohnraum für obdachlose Drogenkonsumierende. Für das *Recht, sich aufhalten zu können*, fordern wir eine Entkriminalisierung von Drogenkonsum und -besitz sowie eine inkludierende Teilhabe am öffentlichen Raum anstelle von Verdrängungsprozessen.

„Der Bürger [sic!] hat ein Anrecht auf ein gesichertes Umfeld. [...] Der öffentliche Raum steht allen zur Verfügung und der kann nicht von irgendeiner Gruppe eingenommen werden.“

Walter Schuch, Bürgerinitiative Zukunft Neumarkt (Köln)

Aktuell gibt es deutschlandweit immer wieder Debatten bezüglich sogenannter „offener“ Drogenszenen¹. Meist wird dabei der öffentliche Konsum illegalisierter Substanzen sowie der Aufenthalt von Drogenkonsumierenden thematisiert. Die Konsument_innen werden als Störfaktor oder Sicherheitsrisiko identifiziert, der hinterlassene Schmutz und Lärm wird kritisiert und ein tatkräftiges Gegenwirken von Stadtpolitik und Polizei gefordert. Walter Schuch, der hier eingangs zitiert wurde, ist Mitglied der „Bürgerinitiative Zukunft Neumarkt“ und Geschäftsinhaber in Köln. Er äußert sich bei einer jüngst erschienen ZDF Dokumentation zum Thema Sicherheitsgefühl und Sicherheitsrisiken in Städten². Schuch zieht eine klare Grenze zwischen „dem Bürger“ [sic!] und „irgendeiner [anderen] Gruppe“ – gemeint sind Kölner Drogenkonsument_innen – welche nach Schuchs Auffassung den öffentlichen Raum ok-

¹ Aktuell u.a. die nicht abebbende mediale Sensationslust bzgl. des Frankfurter Bahnhofsviertel (<https://www.fnp.de/frankfurt/frankfurt-hessen-spricht-reportage-ueber-bahnhofsviertel-suechtigen-kriminellen-11853360.html>), Berichterstattungen über den neuen, exkludierenden Aufenthaltsort für Drogenkonsumierende in Bremen (https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel-neuer-treff-fuer-obdachlose-am-bremer-hauptbahnhof_arid,1818922.html) oder neue „Aufenthaltszonen“ für Dealer im Görlitzer Park in Berlin (<https://www.bz-berlin.de/berlin/friedrichshain-kreuzberg/manager-richtet-dealer-zonen-im-goerlitzer-park-ein>).

² URL zur Doku: <https://www.zdf.de/dokumentation/zdf-reportage/wie-sicher-sind-unsere-staedte-100.html>

kupieren und eine Bedrohung darstellen. „Der Bürger“ fühle sich verunsichert und um die Teilhabe am öffentlichen Raum betrogen, Mitarbeiter_innen sowie Kund_innen könnten nicht mehr ungestört ihrer eigentlichen Bestimmung (Kaufen und Verkaufen) nachgehen. Die Konstruktion von „Angsträumen“ und subjektives Unsicherheitsempfinden im öffentlichen Raum, wie sie hier beispielsweise aufgeführt ist, begründet sich laut Klamt (2012) in der Konfrontation mit sozialen Differenzen, der medialen Darstellung von Kriminalitätsschwerpunkten und den räumlichen Bedingungen. Die Antworten auf das Problem in Bezug auf Drogenszenen im öffentlichen Raum lauten meist: mehr Präsenz von Polizei, Sicherheitspersonal, Überwachung, bauliche Maßnahmen und bessere Beleuchtung. Die genannten Maßnahmen sollen einen dauerhaften Aufenthalt im öffentlichen Raum für Konsumierende so unangenehm wie möglich und für nicht Szeneangehörige vermeintlich sicherer gestalten (Künkel/Schindlauer/Straub 2015: 130f, Wehrheim 2018: 5f).

Im Gegensatz zur Intimität des privaten Raums, ist die urbane Öffentlichkeit geprägt von Anonymität und sekundären Beziehungen (Wehrheim 2018: 328). In dem „anonymen“ öffentlichen Raum begegnen sich alltäglich sozial und kulturell unterschiedliche Menschen, die jeweils eigene Interessen verfolgen und unterschiedliche Bedürfnisse haben. Ein hohes Maß an subjektiv empfundener Sicherheit wird hier über soziale Kontrolle suggeriert. Obdachlose oder Drogenkonsumierende widersprechen oft dem Bild von sozialen Normen und insbesondere der öffentliche Konsum von Alkohol oder illegalisierten Substanzen wird von Dritten in diesem Kontext als unangenehm oder sogar bedrohlich empfunden. Selten geht jedoch eine reale Bedrohung für nicht Szeneangehörige aus. Nichtsdestotrotz sind die Konsequenzen für die Szeneangehörigen zumeist ein Ausschluss aus dem öffentlichen Raum. Dieser kann mittels rechtlicher, baulicher oder technischer Maßnahmen realisiert werden (Wildner/Berger 2018). Die Drogenkonsument_innen sind zunehmend weniger im öffentlichen Raum geduldet und sehen sich vermehrten Repressionen ausgesetzt, ohne dass dabei die Ursprünge des Problems beachtet oder infrage gestellt würden. Denn Drogenkonsumierenden in prekären Lebenssituationen bleiben oft keine alternativen Aufenthaltsmöglichkeiten, da ihnen meist ein privater Wohnraum fehlt und es an anderen, kostenfreien Rückzugsmöglichkeiten mangelt. Ohne angemessene Rückzugsräume verschwimmt bei ihnen die Trennung zwischen privat und öffentlich, nicht nur der Konsum, auch andere intime Tätigkeiten finden zwangsläufig im öffentlichen, urbanen Raum statt, der für die Betroffenen die „Funktionen von Wohn- und Schlafzimmern“ übernimmt (Wehrheim 2018: 329). Diese Missstände benennend, fordern wir **ein Recht für Drogenkonsumierende, sich im öffentlichen Raum aufhalten zu dürfen; aber auch das Recht sich nicht dort aufhalten zu müssen.** Um diesen Forderungen gerecht zu werden, braucht es Maßnahmen, welche nicht repressiv wirken, sondern die sozialen Realitäten der Szeneangehörigen akzeptieren.

Um sich nicht im öffentlichen Raum aufhalten zu müssen erscheint es notwendig Räume zu schaffen, welche die Bedarfe und Bedürfnisse der Drogenkonsument_innen abdecken. Dazu zählen Drogenkonsumräume in Städten mit Drogenszenen deutschlandweit. In Deutschland bestehen auf Länderebene unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen, welche die Anwesenheit von Drogenkonsumierenden im öffentlichen Raum einzuschränken versuchen. Zu den liberalsten Modellen gehören Drogenkonsumräume (DKR); Einrichtungen, die den intravenösen oder inhalativen Drogenkonsum unter sterilen Bedingungen und Aufsicht ermöglichen und zudem

niedrigschwellige Sozialarbeit und Beratung anbieten. DKR tragen somit zur Reduzierung der Risiken des Drogenkonsums bei und fungieren als erste Anlaufstelle für Konsumierende. Dass DKR von Konsumierenden positiv angenommen und von denen, die keinen Zugang zu einem solchen haben, gewünscht werden, belegen diverse Umfragen unter Konsumierenden (u.a. Werse et al. 2019; Hofman/Wehner 2018). In Frankfurt haben im Jahr 2018 69% der intravenös Konsumierenden überwiegend einen DKR genutzt, 8% nutzten hauptsächlich private Räume und insgesamt 21% nutzen weiterhin „die Straße“ (Werse et al. 2019: 49). Noch etwas höher liegen die Umfragewerte für eine hypothetische Nutzung in Städten ohne DKR: 87,5% der Nürnberger und 88% der Münchener Drogenkonsument_innen gaben an, einen DKR zu nutzen, wenn ihnen ein solcher zur Verfügung stehen würde (Hofman/Wehner 2018: 10). 25 Jahre nach der Eröffnung des ersten DKR in Deutschland wird weiterhin viel darüber diskutiert ob und wenn ja wo und wie diese in Städten einen Platz haben. So befürchten Medienvertreter_innen, Anwohnende und Teile der Stadtpolitik oftmals eine „Kriminalisierung“ des direkten räumlichen Umfelds von DKR³. Kritische Wissenschaftler_innen wiederum sehen in ihnen eine Kontrollmaßnahme, welche eine Verdrängung der Szene aus dem öffentlichen Raum bewirken soll (Wehrheim 2018: 333, Bourgois 2018: 387). Nichts destotrotz sind DKR unter den derzeit gegebenen Umständen ein wichtiger Beitrag für Risikominimierung und Überlebenshilfe für Konsumierende. Ohne DKR suchen die mehrheitlich obdachlosen Szeneangehörigen öffentliche Räume zum Injizieren von Drogen auf. Diese Orte, wie zum Beispiel öffentliche Toiletten, Parkhäuser, Hausdächer und -keller oder auch ungewöhnlichere Orte wie Kirchen, zeichnen sich durch oft schwierige (hygienische) Konsumbedingungen aus. Die Angst vor Repression führt bei vielen zu einem hastigen und unsauberen Vorgehen, was zusätzlich zu den unhygienischen Bedingungen, die Gefahr von gesundheitlichen Risiken (z.B. Überdosierung, Ansteckung mit HIV/HCV durch unsaubere Konsumutensilien, ...) stark erhöht⁴. Eine Situation, der auch Drogenkonsumierende in Städten mit DKR zu den Schließzeiten ausgesetzt sind, weshalb es als notwendig erachtet wird längere Öffnungszeiten in den bereits existierenden Drogenkonsumräumen anzubieten. Während der Schließzeiten der DKR sind die Besucher_innen dazu gezwungen im öffentlichen (oder, falls gegeben, privaten) Raum, im schlimmsten Fall alleine, zu konsumieren. Neben vermehrten Konsumvorgängen im öffentlichen Raum birgt das insbesondere für Konsumierende ein erhöhtes Risiko von Überdosierungen, repressiven Konsequenzen und unsichereren Bedingungen.

Zudem müssen in diesem Zuge private Räume und mehr Wohnraum für obdachlose Drogenkonsumierende geschaffen werden. Neben Drogenkonsumräumen, Kontaktcafés und Notübernachtungsmöglichkeiten muss Konsumierenden vor allem auch Zugang zu Wohnraum gewährleistet werden. Diesen verlieren sie häufig durch Gefängnisaufenthalte und finanzielle Notlagen, die sich beide als Folgen der Kriminalisierung des Konsums zeigen. Die Daten der aktuellsten Frankfurter Konsumraumdokumentation zeigen, dass mehr als jede_r fünfte Befragte (21,5%) von prekären Wohnverhältnissen (obdachlos, in Notschlafstellen und anderen provisorischen

³ Stellvertretend kann hier die aktuelle Diskussion um die Eröffnung eines DKRs in München aufgeführt werden (<https://www.sueddeutsche.de/muenchen/muenchen-4000-opiatabhaengige-und-die-gesundheitsministerin-sagt-nein-zu-fixerstuben-1.4003193>).

⁴ Zahlreiche qualitative Interviews, welche im Rahmen des Sicherheitsforschungsprojektes DRUSEC (Drug Use and Urban Security) entstanden sind, untermauern die hier getroffenen Aussagen.

Wohnverhältnissen) betroffen ist (Stöver/Förster 2018). Jede fünfte Person hat somit keine Möglichkeit sich an anderen (privaten) Orten aufzuhalten und ist gezwungen private, z.T. intime Handlungen im öffentlichen Raum durchzuführen. Eine Möglichkeit des Rückzugs ist für die Betroffenen nur schwer und teils gar nicht möglich.

Um Drogenkonsumierenden zu gewährleisten, sich auch im öffentlichen Raum aufhalten zu dürfen, ohne repressive Konsequenzen befürchten oder das Gefühl von Ausgrenzung erfahren zu müssen, bedarf es unserer Ansicht nach insbesondere zwei grundlegender Maßnahmen. Zum einen ist hier die Entkriminalisierung von Drogenkonsum und -besitz zu nennen. Polizeikontrollen, welche zu einer Verdrängung von Konsumierenden aus dem öffentlichen Raum führen, haben verschiedene Ursachen: einerseits werden Orte des offenen Drogenhandels und -konsums von verschiedensten Akteur_innen aus Politik, Medien, Strafverfolgung, Nachbarschaft usw. als Angstträume definiert und verstärkt Kontrollen zur Herstellung von (subjektiver) Sicherheit gefordert. Des Weiteren nehmen Renditeüberlegungen im Zuge von Aufwertungen innenstadtnaher Quartiere, also Gentrifizierungsprozesse maßgeblich Einfluss auf die städtischen Ordnungspolitiken (Wimber/Werse 2018: 15f., Künkel/Schindlauer/Straub 2015). Nichtsdestotrotz sind Polizeikontrollen nicht nur reaktive Konsequenz von Gentrifizierungsprozessen. Die Polizei gestaltet gesellschaftliche Prozesse und Räume aktiv mit: Durch Polizeikontrollen in den offenen Szenen produziert sie aktiv Vergehen, welche dann eine Ausweitung ihres Gestaltungsspielraums ermöglichen (Belina 2018: 194) und zudem eine hundertprozentige Aufklärungsquote versprechen. Nach den aktuellsten Zahlen des Bundeskriminalamts wurde 2017 ein Anstieg an Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) von mehr als 9% im Vergleich zum Vorjahr registriert. Wie auch schon in den Jahren zuvor, in denen ebenso ein Anstieg der polizeilichen Ermittlungsverfahren und Verstöße gegen das BtMG zu beobachten war, ist dieser Anstieg insbesondere durch eine Zunahme der konsumnahen Delikte begründet, die vor allem den Erwerb und Besitz von illegalisierten Substanzen, für gewöhnlich zum Eigengebrauch, umfassen. Insgesamt machten diese im Jahr 2017 77,4% aller erfassten Delikte nach BtMG aus (BKA 2018). Diese Zahlen zeigen sich vor allem als Ergebnis eines wachsenden Kontrolldrucks, der in Form von repressivem polizeilichen Vorgehen auch und vor allem innerhalb der offenen Drogenszenen einmal mehr die Konsumierenden selbst und nicht die hinter dem Handel liegende organisierte Kriminalität betrifft (s. hierzu auch Wimber/Werse 2018). In der Frankfurter Szenebefragung von 2018 gaben 67% der befragten Szeneangehörigen an, im letzten Monat mindestens einmal von der Polizei kontrolliert worden zu sein und 83% waren schon mindestens einmal aufgrund ihres Konsums oder konsumnaher Delikte inhaftiert (Werse et al. 2019). In München (wie auch in anderen Städten) ist der Begriff „Junky Jogging“ fest im Szene- und Polizeijargon verankert, es beschreibt die polizeiliche Routine Drogenkonsumierende von einem öffentlichen Ort zu vertreiben, so dass diese kollektiv zu einem anderen zu ziehen, bis Kontrolle und Verdrängung wieder von vorne beginnen. Die Betroffenen äußerten in Interviews⁵ sich u.a. aufgrund dieser Vertreibungsmaßnahmen von der Zivilgesellschaft ausgeschlossen zu fühlen.

⁵ Diese Aussagen werden durch qualitative Interviews im Rahmen des Sicherheitsforschungsprojektes DRUSEC (Drug Use and Urban Security) gestützt.

Als zweite grundlegende Maßnahme ist der Ansatz der Inklusion, also die Möglichkeit zur Teilhabe am öffentlichen Raum aller Personen und Gruppen, zu nennen. In der Diskussion darüber kann das eingangs genutzte Zitat von Schuch (um)interpretiert werden. Bürger_innen, verstanden als Personen unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Personengruppe, haben ein Anrecht auf ein gesichertes Umfeld. Dies schließt nicht nur Passant_innen, Anwohnende, Kund_innen, usw., sondern auch Drogenkonsumierende, Obdachlose und andere marginalisierten Gruppen mit ein. Bestimmte Mechanismen, wie z.B. regelmäßige Polizeikontrollen, richten sich meist nur gegen eine explizite Personengruppe, was dazu führt, dass diese systematisch vertrieben werden und ihnen die Teilhabe am öffentlichen Raum verwehrt wird. Die szeneangehörigen Bürger_innen werden dadurch von allen anderen Nutzenden unterschieden und exkludiert. Anfang 2019 eröffnete in Bremen ein neuer, umzäunter Aufenthaltsort in Bahnhofsnähe für wohnungslose und „suchtkranke“ Menschen, in welchem sich diese Exklusion materialisiert. Hinter einem Metallzaun, direkt an einer Brücke und einer dicht befahrenen Straße, befinden sich Sitzmöglichkeiten und eine mobile Toilettenkabine. „Suchtkranke“, Wohnungslose und psychisch Kranke haben dort einen Aufenthaltsort, der nah genug an und weit genug entfernt vom ursprünglichen Aufenthaltsort liegt, um den sichtbaren Aufenthalt der Menschen am und um den Hauptbahnhof einzudämmen. Teilhabe am öffentlichen Raum und am gesellschaftlichen Alltag ist von dort aus kaum möglich; die Drogenszene in Bremen wird hier nicht nur räumlich und symbolisch an die „Ränder der Gesellschaft“ gedrängt. Inkludierende Ansätze in der Drogen- und Suchtarbeit verstehen wir als räumlich wie auch soziale Bestrebungen. In der Drogenhilfe existieren hierzu verschiedene Modelle, wie zum Beispiel die Peerpatizipation (Stallwitz 2018), das Selbsthilfeengagement des JES Netzwerkes (Jesse et al., 2016) oder – trotz aller Kritik (u.a. Künkel/Schindlauer/Straub 2015: 130) – Projekte wie OSSIP⁶ in Frankfurt, welches auf einen Austausch zwischen Sozialarbeit, Polizei und Anwohnenden zielen. Inkludierende Drogensozialarbeit und entsprechende räumliche Gestaltung in Städten mit Drogenszenen sind erstrebenswert. Inklusive Ansätze sind in unserem Verständnis und unter Berücksichtigung des aktuellen Umgangs mit offenen Drogenszenen bzw. Szeneangehörigen nicht (nur) die Entwicklung von neuen inkludierenden Maßnahmen, sondern vor allem und insbesondere Maßnahmen, welche die Exklusion bestimmter Personengruppen aktiv verringert. Der öffentliche Raum ist nicht nur eine urbane Platzanlage, an welcher sich Menschen treffen und begegnen, er ist „eine Voraussetzung städtischen Lebens. Im öffentlichen Raum spiegelt sich das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Durch ihn wird Stadt erst zur Stadt.“ (Wildner/Berger 2018). Drogenkonsumierende sind ein Teil der (Stadt-)Gesellschaft und sollten nicht (mehr) als Stör- oder Angstfaktor, sondern integraler Bestandteil urbaner Räume akzeptiert werden.

⁶ OSSIP (Offensive Sozialarbeit, Sicherheit, Intervention und Prävention), AIDS-Hilfe Frankfurt: <https://www.frankfurt-aidshilfe.de/content/streetwork-ossip>.

Fazit

Der urbane Raum ist heutzutage umkämpfter als je zu vor. Aufwertungsprozesse, steigende Mieten und fortlaufender Zuzug sind für fast alle Bürger_innen der Städte spürbar. Die härtesten Konsequenzen tragen zumeist jedoch einkommensschwache, marginalisierte Personengruppen. „Abhängige“ Drogenkonsumierende sind durch ihre Kriminalisierung besonderen Repressionen ausgesetzt, die insbesondere eine Teilhabe am öffentlichen Raum verhindern. Wir fordern deshalb eine Schaffung von Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum durch

- eine Entkriminalisierung von Drogenkonsumierenden und
- eine inkludierende Teilhabe am öffentlichen Raum anstelle von Verdrängungsprozessen, die auf die „Unsichtbarmachung“ abzielen
- sowie die Schaffung von Möglichkeiten sich aus dem öffentlichen Raum zurückziehen zu können durch
- deutschlandweite Drogenkonsumräume in Städten mit Drogenszenen und längere Öffnungszeiten in den bereits existierenden Drogenkonsumräumen sowie
- bessere Unterbringungsmöglichkeiten und mehr Wohnraum für obdachlose Drogenkonsumierende.

Literatur

- Belina, B. (2018): Wie Polizei Raum und Gesellschaft gestaltet, in: Loick, D. (Hrsg.): Kritik der Polizei. Campus Verlag, Frankfurt a.M., 119 – 133.
- Bourgois, P. (2018): Decolonising drug studies in an era of predatory accumulation, in: *Third world quarterly*, 39 (2), 385 – 398.
- Bundeskriminalamt (2018): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2017, Wiesbaden.
- Fischer, R./Schmidt, F. (2013): Recht auf öffentlichen Raum. Eine Untersuchung am Beispiel öffentlicher Räume in Hamburg unter planerischen Gerechtigkeitsaspekten. HafenCity Universität, Hamburg, online verfügbar unter: <http://edoc.sub.uni-hamburg.de/hcu/volltexte/2014/157/>; letzter Zugriff: 28.05.2019
- Hofmann, M./Wehner, B. (2018): Drogenkonsumraum aus Sicht der Nutzer_innen. Konsument_innenbefragung in Nürnberg und München 2017. Mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe Nürnberg e.V., Nürnberg.
- Jesse, M./Hentschel, A./Haede, M. (2016): JES NRW 2.0 – Streetwork und more, in: *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2016*. Pabst Science Publishers, 260 – 267.
- Klamt, M. (2012): Öffentliche Räume, in: Eckardt, Frank (Hrsg.): *Handbuch Stadtsoziologie*. Springer Verlag, Wiesbaden, 775-804.
- Künel, J./Schindlauer, S./Straub, J. (2015): Recht auf Straße für alle Bahnhofsviertelnutzer_innen – zur Debatte über Drogen in Frankfurt am Main, in: *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015*. Pabst Science Publishers, 128-133.
- Stallwitz, A. (2018): Peerpartizipation in Drogenintervention, -forschung und -politik, in: *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018*. Pabst Science Publishers, 36 – 44.
- Stöver, H./Förster, S. (2018): Drogenkonsumraum-Dokumentation. Auswertung der Daten der vier Frankfurter Drogenkonsumräume. Jahresbericht 2017. Institut für Suchtforschung. Frankfurt am Main.

- Wehrheim, J. (2018): Drogen. Stadt- und raumsoziologische Perspektiven, in: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H., Bröckling, U. (Hrsg.): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Springer Verlag, Wiesbaden, 327 – 340.
- Werse, B./Kamphausen, G./Klaus, L. (2019): MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Szene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.
- Wildner, K./Berger, H. M. (2018): Das Prinzip des öffentlichen Raums, online verfügbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/stadt-und-gesellschaft/216873/prinzip-des-oeffentlichen-raums?p=all>; letzter Zugriff: 14.05.2019.
- Wimber, H./Werse, B. (2018): Wem gehört die Stadt? – Null Toleranz gegenüber Drogenszene, in: Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018. Pabst Science Publishers, 14-21.

Addiction Theory Network: Ursprünge, Ziele, aktueller Stand und Sichtweisen auf Sucht

Nick Heather

Zusammenfassung

Das Addiction Theory Network (ATN) ist ein internationales Netzwerk von Wissenschaftler_innen, Forscher_innen, Praktiker_innen und Student_innen, die gemeinsame Einwände gegen das brain disease model of addiction (BDMA) haben und alternative Sichtweisen entwickeln wollen. Dieser Artikel beschreibt die Ursprünge, Ziele und den aktuellen Status des ATN und schließt mit einer Zusammenfassung der Sichtweise auf Sucht, die einige Mitglieder teilen - dass nachweisbare Veränderungen des Gehirns durch wiederholten Drogenkonsum nicht zwangsläufig bedeuten, dass Sucht eine Erkrankung des Gehirns ist.

Ursprünge des Addiction Theory Network

Irgendwann im Februar 2014 erhielt ich einen Anruf von Derek Heim, einem in Deutschland geborenen Professor der Psychologie an der Edge Hill University im Nordosten Englands, und ein alter Freund und Kollege. Er sagte: „Hast du dieses Editorial in *Nature* gesehen?“ Ich hatte nicht, aber ich wusste, dass *Nature* sich selbst als das weltweit führende multidisziplinäre Wissenschaftsmagazin mit einem großen Einflussfaktor bezeichnet, also las ich das Editorial, auf das er sich bezog.

Es trägt den Titel „Animal Farm“, und den Untertitel „Europe’s policy-makers must not buy animal-rights activists’ arguments that addiction is a social, rather than a medical, problem“ (Animal Farm 2014). Der Leitartikel wurde durch den scheinbaren Erfolg von Tierschutzaktivisten provoziert, die Regierungen in Italien und Belgien davon zu überzeugen, die Verwendung von Versuchstieren in der Suchtforschung zu verbieten. Unabhängig davon, ob dieses Verbot richtig oder falsch ist, waren es die umfassenderen Schlussfolgerungen des Editorials, gegen die Heim und ich Einwände hatten. Die einleitenden Worte waren: „Drug addiction is a disease. Images of the brains of addicts show alterations in regions crucial to learning and memory, judgement and decision-making, and behavioural control“. Im Folgenden wurde behauptet, dass „none of that is particularly controversial, at least among scientists“. Diese letzte Bemerkung war für uns besonders irritierend; wir beide sind Wissenschaftler, aber die fragliche Behauptung war aus unserer Sicht sicherlich umstritten, und, wie wir vermuteten, auch unter vielen anderen Suchtforschern.

Heim schrieb dann einen Brief an *Nature*, der schließlich in gekürzter Form veröffentlicht wurde (Heim 2014). Nachdem er der eindimensionalen Ansicht, dass Sucht

eine Krankheit sei, und der Behauptung, diese Ansicht sei unter Wissenschaftler_innen nicht besonders umstritten, widersprach, ging der Brief weiter:

„Substance abuse cannot be divorced from its social, psychological, cultural, political, legal and environmental contexts: it is not simply a consequence of brain malfunction. Such a myopic perspective undermines the enormous impact people’s circumstances and choices have on addictive behaviour. It trivializes the thoughts, emotions and behaviours of current and former addicts. It also belittles the significant impact that public-health campaigns and legislation are exerting on curbing substance abuse. The many facets of addiction are too complex to be fought on a medical research front alone. A variety of approaches based on diverse levels of analysis are required” (Heim 2014: 400).

Vor der Einreichung bei der Zeitschrift half ich Heim, die Unterschriften von 94 Personen aus einer Reihe von wissenschaftlichen Disziplinen zu sammeln, die im Suchtbereich arbeiten, darunter auch einige Namen, die als führende Suchtexpert_innen bekannt sind. Dies widerlegte sofort die Behauptung der Redaktion, ihr Verständnis von Sucht sei unter Suchtforschern unumstritten.

Das nächste Ereignis in dieser Erzählung war die Veröffentlichung einer Kritik des brain disease model of addiction (BDMA) durch Wayne Hall und Kolleg_innen aus Australien (Hall et al., 2014). Darin wird argumentiert, dass das BDMA nicht durch evidente Forschungsergebnisse gestützt wird und seit seinen Anfängen vor ungefähr 20 Jahren darin versagt, das Versprechen zu erfüllen, die Behandlung und Prävention von Sucht zu verbessern. Inzwischen hat die internationale Ausrichtung des BDMA in Forschung und Politik zu einer Vernachlässigung billiger und wirksamer Maßnahmen zur Eindämmung von Sucht in der Bevölkerung geführt. Dieser Artikel führte zu einer heftigen Debatte zwischen Hall und seinen Kolleg_innen und den prominentesten Unterstützer_innen des BDMA (Volkow / Koob 2014; Hall et al., 2015; Volkow et al., 2015). Aufgrund dieses offensichtlichen Interesses an der Frage, ob Sucht am besten als Erkrankung des Gehirns beschrieben werden kann oder nicht, beschlossen Heim und ich, alle Unterzeichner_innen von Heims Brief an *Nature* zu kontaktieren und sie zu fragen, ob sie daran interessiert wären, sich einem internationalen Netzwerk anzuschließen, um dem dominierenden Einfluss des BDMA entgegenzuwirken. Die meisten waren damit einverstanden und so begann das Addiction Theory Network (ATN).

Ziele des ATN

Obwohl die Angelegenheiten des ATN größtenteils über eine Online-Google-Gruppe abgewickelt werden, war es für uns unerlässlich, auch persönliche Interaktionen mit einzubeziehen. Das europäische Netzwerk wurde am 12. Mai 2017 als Symposium auf der Jahreskonferenz der *New Directions in the Study of Alcohol Group* in Weston-super-Mare, Somerset, Großbritannien, gegründet. Die Arbeiten dieses Symposiums wurden in einem Leitartikel in *Addiction Research and Theory* zusammengefasst (Heather et al., 2018). Die erklärten Ziele des ATN sind die Ausformulierung und Erklärung der Hauptgründe für die Kritik am BDMA sowie deren Verbreitung

sowohl innerhalb der Gemeinschaft der Suchtforscher und Praktiker als auch in der breiten Öffentlichkeit und unter Entscheidungsträgern. Das ATN zielt auch darauf ab, Kooperationen bei der Entwicklung neuer Wege des Suchtverständnisses und Möglichkeiten für die Schadensminimierung zu fördern, indem Kolleg_innen aus verschiedenen geografischen Gebieten und/oder aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen die Möglichkeit geboten wird, zusammenzuarbeiten. Als Gegensatz zu dem, was als BDMA-Dogma wahrgenommen wurde, wurde beschlossen, sich energisch anzustrengen, nicht selbst dogmatisch zu sein.

Gegenwärtiger Stand des ATN

Aktuell beträgt die Mitgliedschaft im ATN 168 Personen. Wie aus den Ursprüngen des ATN zu erwarten, stammen die meisten aus dem englischsprachigen Raum, obwohl es Vertreter_innen aus allen Teilen der Welt gibt und die Zahl der Mitglieder aus Kontinentaleuropa wächst.

Wie in Internetforen üblich, ist der Verkehr in der Google-Gruppe intermittierend, aber oft lebhaft und ansprechend. Zum Beispiel gab es kürzlich eine interessante Debatte unter Kliniker_innen über die Bedeutung der Anonymen Alkoholiker und anderer 12-Schritt-Selbsthilfegruppen bei der Behandlung von Sucht und wie die Einstellung der Mitglieder des ATN zu solchen Gruppen aussehen sollte. Über die Google-Gruppe hinausgehend haben sich Versuche, Finanzmittel für die Einrichtung und Verwaltung einer Website für das Netzwerk zu erhalten, bisher als erfolglos erwiesen, gehen jedoch weiter. Es ist geplant, weitere persönliche Symposien und Workshops zu organisieren und einen Vorschlag für ein von den ATN-Mitgliedern editiertes und geschriebenes Buch auszuarbeiten.

Suchtverständnisse innerhalb des ATN

Obwohl alle Mitglieder des ATN vermutlich einig sind, dass mit dem BDMA etwas nicht stimmt, sowohl aus rein wissenschaftlicher Sicht als auch aus einer Betrachtung seiner Folgen für die mit Sucht verbundenen Schäden, gibt es zwangsläufig einige Unterschiede, worin genau diese Mängel bestehen. Einige finden zum Beispiel, dass nur manche Formen der Sucht nicht als Erkrankung des Gehirns angesehen werden können, während andere, schwerere Formen sehr wohl so beschrieben werden können. Andere meinen, dass Sucht eine Krankheit sein kann, aber eben nicht *nur* eine Erkrankung des Gehirns. Wieder andere, zu denen ich mich selbst zähle, glauben, dass Sucht generell nicht und in keiner sinnvollen Weise als Erkrankung des Gehirns angesehen werden kann.

Angesichts dieser Meinungsvielfalt wird es in diesem kurzen Artikel nicht möglich sein, alle Ansichten der ATN-Mitglieder auf Sucht zu vermitteln. Stattdessen werde ich mich auf eine Kritik eines wichtigen Anspruchs der BDMA-Befürworter konzentrieren - die Behauptung, dass der bloße Nachweis, dass wiederholter Drogenkonsum (oder wiederholtes Verhalten, welches als Verhaltenssucht bezeichnet wird) zu Veränderungen im Gehirn führt, ausreicht, um die Sucht als Erkrankung des Gehirns zu

bezeichnen. Diese Perspektive ist meine eigene, aber ich hoffe, dass zumindest einige ATN-Mitglieder damit einverstanden sind.

Die hauptsächliche Art von Beweisen, die zur Unterstützung des BDMA bei der Anwendung auf Menschen verwendet werden, sind Neuro-Images (fMRI usw.) der Gehirne von Süchtigen im Vergleich zu denen von nicht süchtigen Kontrollgruppen. Diese Bilder scheinen verschiedene Abnormalitäten im Gehirn der Ersteren im Vergleich zu den Letzteren zu zeigen, und dies wird als „Beweis“ angesehen, dass Sucht eine Erkrankung des Gehirns sein müsse. Es wurden verschiedene Kritikpunkte bezüglich der Zuverlässigkeit und der Gültigkeit von Neuro-Imaging gemacht (z. B. Ioannides 2011; Farah 2014), aber selbst wenn diese Befunde als unverkennbar akzeptiert werden, beweisen sie nicht, dass Sucht eine Erkrankung des Gehirns sein muss.

Taxifahrer in London

Einer der deutlichsten Nachweise der Tatsache, dass Veränderungen des Gehirns keine Krankheit sein müssen, stammt aus einer berühmten Studie der Gehirne von Londoner Taxifahrern (Maguire et al., 2000). Um sich als Taxifahrer in London zu qualifizieren, muss man „The Knowledge“ über Zehntausende von Straßen der Stadt und ihres Grundrisses erwerben. Diese Schulung dauert im Durchschnitt etwa zwei Jahre und führt zu einer Reihe strenger Prüfungen, die bestanden werden müssen, bevor eine Genehmigung für den Betrieb eines Taxis erteilt wird. Nur etwa die Hälfte der Auszubildenden besteht diesen Test. Maguire und ihre Kolleg_innen analysierten strukturelle MRI des Gehirns zugelassener Taxifahrer und verglichen sie mit denen von Kontrollpersonen, die keine Taxis fuhren. Ihr Hauptbefund war, dass die hinteren Hippocampi der Taxifahrer deutlich größer waren als die der Kontrollgruppe. Der hintere Hippocampus ist bekanntermaßen der Bereich des Gehirns, der für die Speicherung einer räumlichen Darstellung der Umgebung verantwortlich ist. Auffallend war, dass das Volumen des Hippocampus mit der Zeit als Taxifahrer korrelierte. Die Forscher folgerten daraus, dass „(...) there is a capacity for local plastic change in the structure of the healthy adult human brain in response to environmental demands“ (Maguire et al., 2000: 4398). Es kann auch der Schluss gezogen werden, dass Änderungen der Struktur des Gehirns an sich nicht ausreichend sind, um die Zuordnung von Krankheiten zu rechtfertigen (es sei denn, man möchte „The Knowledge“ als Krankheit betrachten). Für die Zuordnung einer Gehirnerkrankung sind neben Gehirnveränderungen einige andere Gründe erforderlich.

„It’s all in the brain“ – Alles im Gehirn

Im September 2018 hielt ich einen Vortrag auf dem Deutschen Suchtkongress in Hamburg, in dem ich argumentierte, dass Sucht zwar als Störung der Selbstregulierung angesehen werden kann, nicht aber als Erkrankung des Gehirns. Nach dem Vortrag kam ein Teilnehmer des Kongresses auf mich zu, zeigte energisch auf seinen Kopf und sagte triumphierend: „Selbstregulierung ist im Gehirn“, andeutend, dass ich die Idee der Sucht als Erkrankung des Gehirns fälschlicherweise zurückgewiesen hätte. Als Esprit D’escalier hätte ich antworten sollen: „Alle geistigen Aktivitäten und Ver-

haltensweisen sind im Gehirn verankert. Bedeutet das, dass alle geistigen Aktivitäten und Verhaltensweisen eine Erkrankung des Gehirns sind?“

Der Punkt hier ist, obwohl es sicherlich wahr ist, dass, wenn die Sucht auf einen Hirnschaden zurückzuführen ist, es sich um eine krankhafte Störung handelt, das Umgekehrte aber, dass, wenn die Sucht eine krankhafte Störung ist, diese auf einen Hirnschaden zurückzuführen ist, eben nicht stimmt. Darauf wurde von Jerome Wakefield hingewiesen, der dieses *non-sequitur* richtigerweise mit der neo-Kraepelinschen Denkschule in der Psychiatrie identifiziert (siehe Wakefield 2019: 93). Der Nachweis, dass wiederholter Drogenkonsum das Gehirn verändert, kann dahingehend interpretiert werden, dass es sich nicht um eine Erkrankung des Gehirns handelt, sondern um „the normal brain instantiation of a strong preference“ (Wakefield 2019: 91), auch wenn dies eine unerwünschte Präferenz ist. Die bekannte Hardware-Software-Analogie ist hier nützlich, wie der Irrtum des Arguments „All computer software runs on computer hardware, therefore all software malfunction must be hardware malfunction“ (Wakefield 2019: 94) zeigt. Mein hauptsächlicher Kritikpunkt an Wakefields Thesen ist allerdings, dass er scheinbar keine andere Art von Störung außer krankhafter Störung anerkennt, also, dass „Störung“ mit „Krankheit“ synonym ist. Das größere Konzept von „Störung“ kann auch soziale Störungen, psychische Störungen und Verhaltensstörungen beinhalten, ohne dass solche Störungen Beispiele für Krankheiten sind.

Eine Entwicklungs-Lerntheorie der Sucht

Ein derzeit einflussreicher Forscher und Theoretiker im Suchtbereich, der erkennt, dass Suchtverhalten das Gehirn verändert, ohne dass dies zu einer Hirnerkrankung führen muss, ist der in den Niederlanden lebende kanadische Neurowissenschaftler Marc Lewis, der interessant über seine eigenen früheren Kämpfe gegen die Sucht geschrieben hat (Lewis 2011). In jüngster Zeit hat Lewis argumentiert, dass eine Vielzahl neuer Erkenntnisse über die Plastizität von Gehirnstrukturen und ihre Fähigkeit zur Selbstorganisation bedeuten, dass Sucht eher als eine Entwicklungsstörung anstatt als Krankheit angesehen werden kann (siehe Lewis 2015; 2017).

Lewis weist darauf hin, dass sich das Gehirn ständig verändert und dass die durch die chronische Drogeneinnahme hervorgerufenen Veränderungen denen ähneln, die sich aus dem Erlernen aller neuen Gewohnheiten oder Verhaltensweisen ergeben. Nach Lewis' Verständnis ist die Genesung von der Sucht nicht eine Rückkehr zu einem früheren Niveau der Stabilität oder Homöostase, sondern eine Stufe des Wachstums, die über die Sucht hinausgeht, und er liefert sowohl neurologische als auch biographische Beispiele, um seine Ansicht zu stützen. Lewis (2017) schrieb auch den Zielartikel für eine Sonderausgabe der Zeitschrift *Neuroethics*, die Kommentare verschiedener Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen enthält, darunter auch von mir (Heather 2017), sowie Lewis' Antworten auf diese Kommentare.

Kausale Netzwerke bei der Erklärung von psychischen und Verhaltensstörungen

Die oben zusammengefassten Arbeiten legen nahe, dass solche Änderungen zwar nicht als „Hirnschaden“ gelten können, die wiederholte Einnahme von psychoaktiven Substanzen oder bestimmte andere Verhaltensweisen jedoch Veränderungen im Gehirn bewirken können. Ob diese Gehirnveränderungen die Ursache der Sucht sind oder nicht, ist eine andere Sache; sie können auch nur die Korrelate davon sein (siehe z. B. Kalant 2010). Es gibt jedoch eine Perspektive, die einräumt, dass Veränderungen des Gehirns eine Sucht verursachen können, jedoch nur als Teil eines komplexen Netzwerks interagierender kausaler Variablen. Dies ist die Arbeit von Denny Borsboom und Kolleg_innen von der Universität von Amsterdam (Borsboom et al., 2018), die sich mit psychischen Störungen und Verhaltensstörungen in der klinischen Psychologie und Psychiatrie befassen, nicht nur süchtig machenden Verhaltensweisen, aber meiner Ansicht nach sehr wichtig sind, Sucht zu beschreiben und zu erklären.

Sie argumentieren, dass der konventionelle Ansatz zur wissenschaftlichen Erklärung der „Psychopathologie“ auf der Annahme von Monokausalität beruht, hauptsächlich auf der Annahme spezifischer Gehirnanomalien, die mit der Kraepelinschen Denkschule in der Psychiatrie assoziiert sind. Diese Annahme beruht auf großen Erfolgen der bisherigen neurologischen Forschung, indem sie die Ursache der allgemeinen Parese bei der Infektion des Gehirns durch den Spirochäten *Treponema pallidum* oder den Fortschritt beim Verständnis der Hirnpathologie, die der Alzheimer-Krankheit zugrunde liegt, feststellen. Reduktionistische Erklärungen dieser Art werden jedoch für die große Mehrheit der in der klinischen Psychologie und Psychiatrie auftretenden psychischen und Verhaltensstörungen niemals erfolgreich sein, so Borsboom und Kolleg_innen, denn bei diesen Erkrankungen gibt es keine gemeinsame Ursache. Es gibt vielmehr „Symptom-Netzwerke“, in denen soziale, ökologische und kulturelle Einflüsse mit durch Intentionalität definierten mentalen Zuständen interagieren. Als alternative Untersuchungsstrategie schlagen sie vor, zu versuchen, Netzwerkstrukturen anhand der Idee von Dennetts (1987) *realen Mustern* zu erklären, in der psychische Störungen und Verhaltensstörungen nicht auf eine biologische Basis reduziert werden, sondern biologischen und sozialpsychologischen Variablen unterliegen und tief in Feedbackschleifen eingebettet sind. Daher können weder soziale, psychologische noch biologische Ebenen kausale oder erklärende Priorität beanspruchen, und eine ganzheitliche Forschungsstrategie ist für den wissenschaftlichen Fortschritt bei der Erforschung dieser Störungen erforderlich.

Der Vorteil des Ansatzes von Borsboom et al. für gegenwärtige Zwecke besteht darin, dass er die Legitimität und, in der Tat, entscheidende Beiträge der Neurowissenschaftler zur Erklärung der Sucht anerkennt. Die neurowissenschaftliche Forschung und die Forschung, die auf psychologischen, sozialen und kulturellen Faktoren basiert, widersprechen sich nicht. Gleichzeitig vermeidet es jedoch den engen Reduktionismus, der Variablen außerhalb der Neurobiologie lediglich als zusätzliche „Faktoren“ betrachtet, die die Expression einer zugrunde liegenden Gehirnstörung beeinflussen, wie es bei der Forschung, die derzeit auf der BDMA basiert, der Fall zu sein scheint.

In der gleichen Ausgabe von *Behavioral and Brain Sciences*, in welcher der Artikel von Borsboom und seinen Kolleg_innen erschienen ist, gibt es eine Sammlung von Kommentaren dazu, auch von Kollegen und mir selbst (Field et al., 2019). Hier argumentieren wir unter anderem, dass die derzeitige amerikanische Opioidkrise ein Beispiel dafür ist, wie „Gehirnerkrankungen“ nicht durch den Umweltkontext gemildert werden, sondern entscheidend davon abhängen.

Beitritt zum ATN

Die Mitgliedschaft im ATN steht allen *bona fide* Akademiker_innen, Forscher_innen, Praktiker_innen oder Student_innen der Suchtkunde offen, die Vorbehalte gegenüber dem BDMA haben und/oder daran interessiert sind, alternative Wege zu entwickeln, um Sucht zu verstehen. Diejenigen, die beitreten möchten, sollten sich bei Google Groups anmelden, nach dem Addiction Theory Network suchen und sich für den Beitritt bewerben. Es gibt auch eine ResearchGate-Projektseite für diejenigen, die vor dem Beitritt Informationen zum Netzwerk wünschen.

Literatur

- Animal Farm (2014): Editorial, in: *Nature*, 506: 5.
- Borsboom, D./Cramer, A./Kalis, A. (2018): Brain disorders? Not really: why network structures block reductionism in psychopathology research, in: *Behavioral & Brain Sciences*, 42(e2): 1-63.
- Dennett, D.C. (1987): *The Intentional Stance*. Cambridge MS: MIT Press. [
- Farah, M. (2014): Brain images, babies, and bathwater: critiquing critiques of functional neuroimaging, in: *Interpreting Neuroimages: An Introduction to the Technology and Its Limits* (pp. S19-S30). in: Hasting Center special report #45. DOI10.1002/hast.295.
- Field, M./Heather, N./Wiers, R.W. (2019): Indeed, not really a brain disorder: implications for reductionist accounts of addiction, in: *Behavioral & Brain Sciences*, 42(e2): 18-19.
- Hall, W./Carter, A./Forlini, C. (2014): The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? In: *Lancet Psychiatry*, 2: 105–110.
- Hall, W./Carter, A./Forlini, C. (2015): Brain disease model of addiction: misplaced priorities? In: *Lancet Psychiatry*, 2: 867.
- Heather, N. (2017): Q: Is addiction a brain disease or a moral failing? A: Neither, in: *Neuroethics*, 10, 115-124.
- Heather, N./Best, D./Kawalek, A./Field, M./Lewis, M./Rotgers, F./Wiers, R.W./Heim, D. (2018): Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the Addiction Theory Network (Editorial), in: *Addiction Research & Theory*, 26: 249-255.
- Heim, D. (2014): Addiction: not just brain malfunction (Letter), in: *Nature*, 507: 40.
- Ioannides, J. (2011): Excess significance bias in the literature on brain volume abnormalities, in: *Archives of General Psychiatry*, 68: 773-780.
- Kalant, H. (2010): What neurobiology cannot tell us about addiction, in: *Addiction*, 105: 780-789.
- Lewis, M. (2011): *Memoirs of an Addicted Brain*. New York: PublicAffairs.

- Lewis, M. (2015): *The Biology of Desire: Why Addiction Is Not a Disease*. New York: Public-Affairs.
- Lewis, M. (2017): Addiction and the brain: development, not disease, in: *Neuroethics*, 10: 7-18.
- Maguire, E./Gadian, G./Johnsrude, I./Good, C./Ashburner, J./Frackowiak, R./Frith, C. (2000): Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers, in: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 97: 4398-4403.
- Volkow, N./Koob, G. (2015): Brain disease model of addiction: why is it so controversial? In: *Lancet Psychiatry*, 2: 677-679.
- Volkow, N.D./Koob, G.F./McLellan, A.T. (2016): Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction, in: *New England Journal of Medicine*, 374: 363-371.
- Wakefield, J. (2019): The harmful dysfunction analysis of addiction: normal brains and abnormal states of mind, in: H. Pickard & S. Ahmed (Eds.), *The Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction* (pp. 90-101). Abingdon, UK: Routledge.

Schwerpunkt:
Tabak und
Tabakkontrollpolitik



2

Großbritanniens Tabakkontrollpolitik: Vorbild für den deutschen Regulierer, v.a. hinsichtlich E-Zigaretten?

Heino Stöver

Einleitung

Die E-Zigarette kommt im deutschen Mainstream an: Immer häufiger wird über das Produkt und seine unterschiedlichen Facetten berichtet. Allerdings schwingt bei einem Großteil dieser Berichte Skepsis gegenüber der E-Zigarette mit. Dort wird befürchtet, dass die E-Zigarette das Rauchen renormalisiert und insbesondere Jugendlichen den Weg in die Nikotinsucht ebnet. Auch im Bundestag steht das Thema auf der Agenda. Auch hier wird eher darüber diskutiert, was man wie verbieten sollte als wie man die E-Zigarette am wissenschaftlichen Konsens entlang regulieren könnte¹. Wenn man erleben will, wie ein unverkrampfter und faktenbasierter Umgang mit der E-Zigarette geht, muss man nur nach Großbritannien schauen. Dort befassen sich sowohl die Politik² als auch verschiedene Gesundheitsinstitutionen³ seit Längerem unideologisch mit der E-Zigarette und ihrem Platz im Gesundheitswesen. Deutschland kann einiges von diesem Modell lernen. Denn hier wird der Harm Reduction-Ansatz konsequent umgesetzt. E-Zigaretten werden den herkömmlichen Tabakzigaretten gegenüber bessergestellt und so wird ein Anreiz geschaffen auf das Alternativprodukt umzusteigen. Dieser Umstieg geht mit signifikant verbesserten gesundheitlichen Ergebnissen einher. Der vorliegende Artikel gibt eine Übersicht darüber, wie Großbritannien die E-Zigarette zu einem relevanten Baustein seiner Tabakkontrollpolitik gemacht hat und was Deutschland von diesem Modell lernen kann.

Tabakregulierung in Großbritannien – konsequent und klar

Die Regulierung der E-Zigarette lässt sich selbstverständlich nur im Kontext der Regulierung herkömmlicher Tabakwaren im Vereinigten Königreich betrachten. In diesem Bereich verfolgt Großbritannien einen deutlich restriktiveren Ansatz als Deutschland.

Seit der Einführung der ersten Werberegulierung für Tabakprodukte⁴ im Jahr 2002 hat Großbritannien regelmäßig die Gesetzgebung verschärft. So waren der Health Act von 2006, die Smokefree Legislation im Jahr 2007 und der Health Act von 2009 weitere wichtige Schritte auf dem Weg zu einer umfangreichen Tabakkontrollpolitik. Insgesamt setzt die aktuelle Regulierung in Großbritannien auf ein umfang-

¹ Vgl. Drs. 19/1878

² E-Cigarette; House of Commons / Science and Technology Committee

³ Public Health England, Royal College of Physicians, Action on Smoking and Health (ASH)

⁴ Tobacco Advertising and Promotion Act 2002

reiches Rauchverbot in der Öffentlichkeit und am Arbeitsplatz sowie auf restriktive Regeln für die Tabakwerbung und die Produktgestaltung. So ist Tabakwerbung – bis auf sehr eng definierte Ausnahmen – komplett verboten und Plain Packaging ist in Großbritannien ebenfalls schon längst Realität. Darüber hinaus wird auch über den Preis das Rauchverhalten gesteuert, was sich in einer der höchsten Steuerquoten für Tabakzigaretten in der Europäischen Union niederschlägt⁵.

Dieser konsequente Ansatz in der Tabakkontrollpolitik hat dazu geführt, dass seit 2011 die Raucherprävalenz im Vereinigten Königreich um ein Fünftel zurückgegangen ist⁶. Im europäischen Vergleich hat Großbritannien die zweitwenigsten Tabakkonsumenten. Nur Schweden hat eine noch geringere Raucherquote⁷.

E-Zigarettenregulierung in Großbritannien – Chancen im Vordergrund; Wissenschaftliche Evidenz anerkennen

Diese sehr klaren und strengen Vorgaben im Bereich der Tabakkontrollpolitik gehen mit einem deutlich liberaleren Umgang in Bezug auf die E-Zigarette einher. So wird aktiv für die E-Zigarette geworben und es ist ein Eckpfeiler der Regierungsstrategie, den Tabakkonsum zu reduzieren. Dieser vergleichsweise positive Blick auf die E-Zigarette hat sich mithilfe einer Vielzahl an wissenschaftlicher Forschung zur Wirkungsweise und Wirksamkeit der E-Zigarette entwickelt.

Mehrere britische Organisationen haben in den letzten Jahren Übersichtsarbeiten zu E-Zigaretten und deren Geeignetheit als Unterstützung für den Rauchstopp bei Tabakrauchern veröffentlicht. Diese Berichte haben auch weit über das Land hinaus für Aufsehen gesorgt und den Diskurs zu dem Produkt angeregt. Unterschiedlichste Einrichtungen, wie Public Health England (PHE)⁸, das Royal College of Physicians (RCP)⁹ und das britische Parlament haben jeweils einen individuellen Fokus auf die E-Zigarette gelegt. So empfiehlt PHE den Umstieg für Raucher auf die E-Zigarette, identifiziert keinen „Gateway“-Effekt und kritisiert die falsche Wahrnehmung von Nikotin in der Öffentlichkeit. Das RCP bringt es auf die Formel, dass die E-Zigarette mutmaßlich einen positiven Effekt auf die öffentliche Gesundheit habe, wenn eine signifikante Anzahl Raucher auf die Verdampfer umsteigen würde. Das britische Unterhaus unterbreitet auf Basis umfangreicher Untersuchung und Anhörungen mehrere Regulierungsvorschläge für den zukünftigen Umgang mit E-Zigaretten¹⁰. So wird empfohlen, das gedeckelte Nikotinlevel bei E-Liquids sowie die maximale Tankgröße bei E-Zigaretten zu überdenken, da dies dazu führe, dass nicht alle umstiegswilligen Raucher ein ähnliches Konsumerlebnis haben wie bei einer Tabakzigarette. Zudem regen die Parlamentarier an, die Besteuerung von E-Zigaretten und Tabakzigaretten anhand des Harm Reduction-Levels auszurichten und somit die E-Zigarette deutlich

⁵ https://www.who.int/tobacco/global_report/2017/technical_note_III.pdf?ua=1

⁶ Adult smoking habits in the UK: 2017; ONS

⁷ Special Eurobarometer 458 “Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes”

⁸ Eine öffentliche britische Gesundheitsorganisation, die an das britische Gesundheitsministerium ange-dockt ist

⁹ Britischer Ärzteverband

¹⁰ E-Cigarette; House of Commons/Science and Technology Committee

niedriger zu besteuern als herkömmliche Zigaretten. Dieser fiskalische Anreiz ist sicherlich nicht zu unterschätzen, da die Startkosten bei der E-Zigarette deutlich über den einer Schachtel Zigaretten liegen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die britischen Parlamentarier eine differenzierte Regulierung zwischen Tabak- und E-Zigarette auf Basis der relativen Gesundheitsrisiken der Produkte anregen.

Darüber hinaus hat die britische Regierung in ihrer 2017 veröffentlichten Tabakkontrollstrategie der E-Zigarette eine herausgehobene Rolle zugewiesen. So erkennt die Strategie das große Potenzial des Produktes bei der Reduzierung der Tabakprävalenz in Großbritannien an und versucht es zu mobilisieren. So wird angeregt, die E-Zigaretten nicht unter den aktuellen Nichtraucherschutzregelungen auf öffentlichen Flächen sowie im Arbeitsalltag zu erfassen. Zudem wurde Public Health England beauftragt, bei öffentlichen Rauchausstiegskampagnen über die Geeignetheit der E-Zigarette in diesem Zusammenhang zu informieren. Ferner soll auch weiterhin auf Grundlage der evidenzbasierten Forschung ein jährlicher Bericht ein Update über das Produkt geben. Darüber hinaus soll eine Handlungsempfehlung für Gesundheitsberufe (v.a. Ärzte) im Umgang mit der E-Zigarette formuliert werden. Zudem monitort das britische Gesundheitsministerium umfangreich die Auswirkungen der Regulierung auf das Produkt und den E-Zigarettenmarkt. Diese Betonung der Chancen der E-Zigarette resultiert darin, dass nahezu jeder zweite britische Dampfer das Produkt als Unterstützung seines Rauchausstiegsversuches genutzt hat¹¹.

Kritiker des Harm Reduction-Ansatzes argumentieren gerne, dass die Art der Nikotinaufnahme nur verlagert wird und ehemalige Tabakkonsumenten dauerhaft bei der E-Zigarette bleiben. Dadurch würde nicht der Idealzustand eines komplett nikotinfreien Lebensstils erreicht. Allerdings zeigen auch hier aktuelle Erhebungen aus Großbritannien dass etwa 900.000 Tabakraucher, die zwischenzeitlich auf die E-Zigarette umgestiegen sind, sowohl mit dem Rauchen als auch mit dem Dampfen aufgehört haben. Es ist zu erwarten, dass in den kommenden Jahren diese Zahl noch weiter deutlich ansteigt. Denn aktuell sind ca. 1,7 Mio. ehemalige Raucher auf das Dampfen umgestiegen und weitere 1,4 Mio. Raucher haben mit der Nutzung der E-Zigarette begonnen¹². Damit haben weit über 3 Mio. britische Raucher ihre gesundheitliche Belastung signifikant gesenkt. Es ist daher auch nur eine Frage der Zeit bis eine Million Ex-Raucher mithilfe der E-Zigarette komplett nikotinabstinent geworden sind. Die deutschen Zahlen sind hier noch deutlich niedriger, obwohl sich die E-Zigarette als Unterstützungsmittel der Tabakentwöhnung auch einer steigenden Beliebtheit erfreut¹³. Es zeigt sich also sehr wohl an diesem Länderbeispiel, dass die E-Zigarette ein wichtiges Tool bei der Unterstützung der Senkung der Tabakprävalenz sein kann, wenn sie richtig eingesetzt wird.

¹¹ Adult smoking habits in the UK: 2017; ONS

¹² Use of e-cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain; ASH

¹³ Kotz, Daniel, Melanie Böckmann, and Sabrina Kastaun. "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)." *Deutsches Ärzteblatt International* 115.14 (2018): 235.

Was können wir für Deutschland lernen – E-Zigarette besser verstehen und besser regulieren

Die gute Nachricht ist schon im vorherigen Abschnitt erwähnt worden. Auch in Deutschland ist die E-Zigarette aktuell schon eine der häufigsten Rauchausstiegsmethoden¹⁴. Dies aber selbstverständlich auf einem deutlich geringeren Niveau als in Großbritannien.

In Deutschland herrscht bisher noch eine übermäßig große Portion Skepsis gegenüber der E-Zigarette. So wird zwar in den meisten Fällen anerkannt, dass die E-Zigarette deutlich weniger schädlich sei als die Tabakzigarette aber es bleibt eine kritische Grundhaltung vorhanden. Insbesondere wenn es um Neueinsteiger geht – vor allem wenn von minderjährigen E-Zigarettenkonsumenten die Rede ist – dann stimmt diese öffentliche Sorge auch. E-Zigaretten sind kein ungefährliches Produkt, sie sind allerdings auch ausschließlich für Raucher konzipiert worden, die eine andere Nikotinquelle suchen. So muss man das individuelle Schadenspotenzial der E-Zigarette mit dem Potenzial der Tabakzigarette vergleichen, dem man sich als Raucher vorher – womöglich jahrelang – ausgesetzt hatte. Wenn man vorher gar kein Nikotin konsumiert hatte, dann ist die E-Zigarette definitiv überhaupt nicht zu benutzen und zu empfehlen. Wenn man vorher Tabakraucher war, dann sieht das schon wieder anders aus. Dieses differenzierte Verständnis wäre ein erster wichtiger Schritt, den die deutsche Öffentlichkeit und die politischen Entscheidungsträger zu gehen hätten.

Im zweiten Schritt braucht Deutschland eine Produktregulierung, die den (wissenschaftlich bestätigten) Chancen der E-Zigarette Rechnung trägt. Bisher ist die E-Zigarette in der gleichen Regulierung wie Tabakprodukte gefangen, wodurch die spezifischen Möglichkeiten des Produktes nicht genutzt werden können. Hier bietet es sich für Deutschland an, nach dem möglichen Ausscheiden Großbritanniens aus der Europäischen Union, eine Führungsrolle einzunehmen und mit progressiven Ansätzen das Harm Reduction-Potenzial der E-Zigarette zu nutzen. Denn wie schon im vorherigen Abschnitt geschildert, setzt das Vereinigte Königreich seit Jahren auf die E-Zigarette als effektive Unterstützung einer restriktiven Tabakkontrollpolitik. Über die letzten Jahre hinweg lassen sich auch erste Erfolge feststellen. Denn 2014 waren im UK zweidrittel der Dampfer noch Dual-User und nur ein Drittel komplett auf die E-Zigarette umgestiegen. Schon Mitte 2016 hatte sich das Verhältnis zwischen den beiden Gruppen ausgeglichen. Heute gibt es deutlich mehr Dampfer, die nur die E-Zigarette benutzen als Dual-User¹⁵. Solch eine Entwicklung wäre auch in Deutschland zu begrüßen.

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass für dieses Produkt geworben werden darf. Schon im Alternativen Drogen- und Suchtbericht aus dem vergangenen Jahr haben wir angeregt, dass für die E-Zigarette, in Abgrenzung zur Tabakzigarette, als ein weniger schädliches Produkt geworben werden sollte. Selbst die Drogenbeauftragte der Bundesregierung hat ihrem Jahresbericht¹⁶ festgestellt, dass die E-Zigarette

¹⁴ Kotz, Daniel, Melanie Böckmann, and Sabrina Kastaun. "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)." *Deutsches Ärzteblatt International* 115.14 (2018): 235.

¹⁵ Use of e-cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain; ASH

¹⁶ Drogen- und Suchtbericht 2018

deutlich weniger schädlich sei als herkömmliche Tabakzigaretten. Im Gegensatz zu diesem wissenschaftlichen Konsens denkt immer noch eine Mehrheit der Deutschen, dass die E-Zigarette mindestens genauso schädlich wie eine Tabakzigarette sei¹⁷. Diese falsche öffentliche Wahrnehmung führt dazu, dass viele Raucher nicht einmal die Möglichkeit eines Umstiegs in Erwägung ziehen. Daher sollten öffentliche Stellen in Deutschland deutlich intensiver als bisher über die Vorteile und Chancen der E-Zigarette für Zigarettenraucher aufklären und ihnen einen Umstieg nahelegen. Im Gegensatz dazu kennen über 90% der befragten Personen in Großbritannien das Produkt¹⁸. Dieser hohe Wert ist auf den Dualismus aus öffentlicher Information und Werbung zurückzuführen. Solch eine Bekanntheit wäre auch in Deutschland wünschenswert, damit sich die betroffenen Konsumenten informiert entscheiden können.

Das die E-Zigarette ein effektives Mittel für den Rauchausstieg ist, zeigen nicht nur die Nutzerzahlen in Großbritannien, sondern auch wissenschaftliche Studien¹⁹. So ist es ein dauerhafter Rauchstopp mit der Unterstützung durch die E-Zigarette doppelt so wahrscheinlich wie bei einem Versuch ohne die E-Zigarette. Auch deswegen sollte die Kommunikation über das Produkt erleichtert werden, vor allem sollte das Produkt aber als Unterstützung für ausstiegswillige Raucher im öffentlichen Diskurs platziert werden. Andere Sorgen (insb. die Gateway-Hypothese) mögen auf den ersten Blick gerechtfertigt sein, doch deuten auch hier die Nutzerzahlen in eine andere Richtung. Im UK hat nur ein Bruchteil der erwachsenen E-Zigarettenkonsumenten vorher nicht geraucht (0,5%)²⁰. Regelmäßiger Konsum von Minderjährigen ist ebenfalls äußerst niedrig (2% wöchentlicher Konsum)²¹. Die deutschen Zahlen sind sowohl bei Jugendlichen (2,9%)²² als auch Erwachsenen (1,1%)²³ vergleichbar.

Um die Effekte zu maximieren, muss natürlich neben der Werberegulierung für E-Zigaretten auch eine Verschärfung der Möglichkeiten für die Tabakwerbung durchgesetzt werden. Schon im vergangenen Jahr haben wir dazu einen Vorschlag unterbreitet²⁴.

Insgesamt hinkt Deutschland in der Wahrnehmung und Akzeptanz der E-Zigarette stark hinterher. Es muss noch viel deutlicher gemacht werden, für welchen Konsumentenkreis das Produkt gedacht ist und welche positiven Auswirkungen für Tabakkonsumenten ein Umstieg auf die E-Zigarette haben kann. Wenn dieses Wissen verankert ist, dann sollte die Regulierung des Produktes auch insgesamt angepasst werden und im Sinne der Harm Reduction vor allem auf die E-Zigarette gesetzt werden.

¹⁷ https://vd-eh.de/wp-content/uploads/2018/02/vdeh_e-zigaretten_die_unterschaetzte_chance.pdf

¹⁸ Use of e-cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain

¹⁹ Hajek, Peter, et al. "A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy." *New England Journal of Medicine* 380.7 (2019): 629-637.

²⁰ Use of e-cigarettes (vapourisers) among adults in Great Britain; ASH

²¹ Use of e-cigarettes among young people in Great Britain; ASH

²² Kotz, D. M. Böckmann, and S. Kastaun. "Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland." *Dtsch Arztebl International* 115 (2018): 235-242.

²³ Reimer, Jens, Silke Kuhn, and Kirsten Lehmann. "Konsumgewohnheiten und Motive von E-Zigaretten-Konsumenten in Deutschland—Eine Querschnittsanalyse."

²⁴ Jazbinsek, Dietmar, and Heino Stöver. "E-Zigaretten und Tabakwerbverbot—Eckpunkte eines Kompromissvorschlages." *Akzept eV, Deutsche AIDS-Hilfe, JES eV (Hrsg.): 88.*

Ausblick und Forderungen an die Tabakkontrollpolitik

Eine an der Zukunft ausgerichtete E-Zigarettenregulierung setzt sich global immer weiter durch. So hat die neuseeländische Regierung Anfang Mai 2019 angekündigt, Rauchern die E-Zigarette als Rauchausstiegshilfe zu empfehlen. So soll das zuständige Gesundheitsministerium sie als Alternative für Raucher promoten und gleichzeitig darüber aufklären, dass das Produkt nicht zur Verwendung durch Nichtraucher (insbesondere für Minderjährige) gedacht ist. Besonders interessant ist in dieser Hinsicht die Veränderung der öffentlichen Position zu der Thematik²⁵. So waren die öffentlichen Stellungnahmen in der Vergangenheit, vor allem aufgrund der unklaren wissenschaftlichen Evidenz, noch von Skepsis und Zurückhaltung geprägt. Die nun vorgenommene Anpassung der Produkteinschätzung ist auf den existierenden breiten wissenschaftlichen Konsens zurückzuführen, dass E-Zigaretten deutlich weniger schädlich sind als Tabakzigaretten. Gleichzeitig unterstützt die Fokussierung auf die E-Zigarette das ehrgeizige Ziel der Regierung von Neuseeland die Raucherprävalenz bis 2025 unter 10% zu senken und damit den Staat zu einem im Grunde rauchfreien Land zu machen²⁶. Um dies zu erreichen, wurde seit 2011 die Tabakkontrollpolitik stetig verschärft. So sind ein nahezu lückenloses Tabakwerbeverbot sowie das Plain Pack seit Jahren in Kraft. Ähnliche Entwicklungen lassen sich auch in anderen Staaten wie Kanada beobachten²⁷.

Diesen Weg sollte auch Deutschland beschreiten. Mit Großbritannien haben wir ein Vorbild in Europa, wie eine nüchterne und wissenschaftlich fundierte Regulierung der E-Zigarette aussehen kann. Anstatt auf eine Verbotspolitik zu setzen und den „Quit-or-Die“-Ansatz für eine solch komplexe Thematik wie die Reduzierung des Tabakkonsums anzuwenden, sollte pragmatisch geschaut werden, inwiefern die betroffene Zielgruppe schnell ihre gesundheitlichen Risiken reduzieren kann. Dies wäre mit dem richtigen Umgang in Bezug auf die E-Zigarette durchaus möglich. Dieser Umgang muss auf drei Säulen beruhen: Akzeptanz der E-Zigarette als Produkt zur Unterstützung von ausstiegswilligen Rauchern, öffentliche Kommunikation und Information der Vorteile des Produktes für klar definierte Zielgruppen und eine relative Besserstellung der E-Zigarette gegenüber der Tabakzigarette. Wenn man – analog zu Großbritannien – einen Tabakkontrollplan auf diesen drei Säulen aufbaut, kann man sicherlich in der kommenden Dekade einen großen Fortschritt im Hinblick auf die Tabakprävalenz in Deutschland erreichen.

²⁵ https://www.stuff.co.nz/national/health/112485473/government-recommends-smokers-dump-the-cigarettes-and-pick-up-the-vape?fbclid=IwAR12_iPGiIRgRekzYNvg6L2WNUMzsG547ra-PydyCz-1h9OQPMorJnJeNMTQ

<https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/vaping-and-smokeless-tobacco>

²⁶ <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotea-roa-2025>

²⁷ <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/vaping/smokers.html>

Die Regulierung von E-Zigaretten-Werbung

Fragen und Antworten zum Stand der Forschung

Dietmar Jazbinsek

Zusammenfassung

Gemessen am Stand der Forschung schätzt die Mehrheit der Bundesbürger das Schadenspotential der E-Zigarette vollkommen falsch ein. Diese Fehleinschätzung hat gravierende Folgen: Viele Raucher versuchen erst gar nicht, auf die E-Zigarette umzusteigen, oder rauchen nebenher weiter. Werbung für E-Zigaretten kann einen Beitrag dazu leisten, Raucher zum Verzicht auf Tabakprodukte zu bewegen und dadurch die Zahl der Tabaktoten zu senken. Dieses Potential hat die Werbung jedoch nur unter zwei Voraussetzungen: Sie sollte weder Raucher dazu ermuntern, Zigaretten und E-Zigaretten parallel zu nutzen (dual use), noch sollte sie darauf ausgerichtet sein, Jugendliche zum Nikotinkonsum zu animieren. Weil sich elektronische und herkömmliche Zigaretten grundsätzlich unterscheiden, macht es wenig Sinn, sie ein- und demselben Werbeverbot zu unterwerfen. Wie produktspezifische Werberichtlinien gestaltet sein können, illustrieren die Neuregelungen, die 2018 in Kanada und Großbritannien in Kraft getreten sind. Der Beitrag knüpft an einen Vorschlag an, der im Alternativen Drogenbericht von 2018 unterbreitet worden ist: E-Zigaretten-Werbung unter Auflagen zu erlauben und zugleich Tabakwerbung strenger zu regulieren als bisher vorgesehen.

Worum es geht

Deutschland ist im Sommer 2019 das letzte Land in der Europäischen Union, in dem auf Plakaten für Zigaretten geworben werden darf. Seit Jahren wird im politischen Berlin darüber gestritten, ob und wie dies geändert werden soll. Schon im April 2016 hatte das Bundeskabinett ein Verbot der Außenwerbung und eine Beschränkung der Kinowerbung beschlossen. Diese Gesetzesänderung sollte gleichermaßen für Tabakprodukte wie für E-Zigaretten gelten. Im Juni 2018 wurde im Bundestag über einen weitgehend identischen Gesetzentwurf der Grünen debattiert. Bei einer Anhörung im zuständigen Ausschuss für Ernährung und Landwirtschaft sprachen sich im Dezember 2018 mehrere Sachverständige dafür aus, bei den geplanten Werbebeschränkungen keinen Unterschied zwischen elektronischen und herkömmlichen Zigaretten zu machen. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, wie sinnvoll es ist, ein- und dasselbe Regelwerk auf zwei unterschiedliche Produktkategorien anzuwenden.

Warum sollten elektronische Zigaretten anders reguliert werden als herkömmliche Zigaretten?

In den letzten fünf Jahren sind laut der Fachdatenbank Pubmed über 3.000 Studien zu den Gesundheitsgefahren der E-Zigarette publiziert worden. Im Januar 2018 haben die National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine in den USA eine 750 Seiten lange Auswertung der bis dahin vorliegenden Fachliteratur vorgelegt. Ein zentrales Ergebnis der Übersichtsarbeit lautet: „Es gibt schlüssige Belege dafür, dass die vollständige Substitution von Tabakzigaretten durch E-Zigaretten die Exposition der Benutzer gegenüber zahlreichen Giftstoffen und Karzinogenen verringert“ (NASEM 2018). Im Dezember 2018 hat die britische Gesundheitsbehörde Public Health England ihre Einschätzung bekräftigt, dass die Gesundheitsrisiken der E-Zigarette um 95% geringer sind als die der Tabakzigarette (PHE 2018). Dabei handelt es sich nicht um ein konkretes Messergebnis, sondern um einen Richtwert, der die Größenordnung der Risikoreduktion durch einen Umstieg vom Rauchen auf das Dampfen verdeutlichen soll. Eine in der Fachzeitschrift Tobacco Control publizierte Modellrechnung kommt zu dem Ergebnis, dass allein in den USA Millionen tabakbedingter Todesfälle vermieden werden könnten, wenn ein Großteil der Raucher in einem Zeitraum von 10 Jahren auf die E-Zigarette umsteigen würde (Levy et al. 2018a).

Wie gut ist die Bevölkerung über die E-Zigarette informiert?

Aufschluss hierüber geben die Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys von 2015 (Atzendorf et al. 2018). Bei einer Befragung von knapp 10.000 Bundesbürgern im Alter von 18 bis 64 Jahren stellte sich heraus, dass mehr als zwei Drittel der Deutschen über das Schadenspotential der E-Zigarette nicht (13%) oder falsch (56%) informiert sind. Jeder zehnte Befragte war sogar der Ansicht, das Dampfen sei schädlicher als das Rauchen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Forsa-Umfrage im Auftrag eines Branchenverbands im November 2017 (VdeH 2018).

Dem Suchtsurvey zufolge sind die Raucher im Durchschnitt schlechter über die E-Zigarette informiert als die Nichtraucher. Angesichts von rund 13 Millionen Rauchern in Deutschland und mehr als 120.000 Tabaktoten im Jahr hat das fehlende Wissen über die weniger schädliche Alternative zum Zigarettenkonsum gravierende Folgen:

- Viele Raucher versuchen erst gar nicht, auf die E-Zigarette umzusteigen, weil sie davon überzeugt sind, dass ihnen dies gesundheitlich keinen Vorteil bringt.
- Aus demselben Grund sind viele Raucher nicht bereit, eventuelle Geschmackseinbußen und die Unbequemlichkeiten der Umstellung auf sich zu nehmen, und greifen schon sehr bald wieder zu Tabakprodukten, nachdem sie die E-Zigarette ausprobiert haben.
- Viele Raucher nutzen E-Zigaretten nur dann, wenn sie nicht rauchen dürfen oder wollen. Dieser sog. dual use ist tatsächlich fast genauso schädlich wie der herkömmliche Tabakkonsum.

Laut Suchtsurvey sind die besser gebildeten Bevölkerungsgruppen auch besser über die E-Zigarette informiert, was dazu beitragen dürfte, die soziale Ungleichheit

bei der Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung weiter zu vertiefen. Das Forscherteam, das die Survey-Daten ausgewertet hat, kommt zu folgendem Fazit: „Die aktuelle Informationspolitik zu den möglichen Gesundheitsgefahren von E-Zigaretten wird den bestehenden Erkenntnissen in der Wissenschaft nicht gerecht“ (Atzendorf et al. 2018). Eine Änderung der aktuellen Informationspolitik auf diesem Gebiet scheint daher dringend geboten, zumal sich die regierenden Parteien in ihrem Koalitionsvertrag vom März 2018 darauf verständigt haben, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung deutlich zu stärken. Als ein Beitrag hierzu ist der Vorschlag gedacht, faktenbasierte Werbung für E-Zigaretten weiter zu erlauben und zugleich die Werbung für Tabakzigaretten strenger zu regulieren als bisher vorgesehen (Jazbinsek/ Stöver 2018).

Wie beurteilen Gerichte die E-Zigaretten-Werbung?

Was unter einer faktenbasierten Werbung im vorliegenden Fall zu verstehen ist, dafür liefern einige Gerichtsprozesse der letzten Jahre erste Anhaltspunkte. Die Mehrzahl dieser Urteile geht auf Fälle aus der Frühphase der Vermarktung von E-Zigaretten in Deutschland zurück. Heute sind schrille und strittige Werbebotschaften seltener geworden, was mit der Marktberreinigung zugunsten größerer Anbieter und dem Einfluss der neugegründeten Branchenverbände zu tun haben könnte.

Im April 2013 verkündete das Oberlandesgericht Nürnberg sein Urteil in einem Berufungsverfahren, in dem es um die Unterschiede zwischen Zigaretten und E-Zigaretten ging. Der Bundesverband der Verbraucherzentralen hatte den Lebensmitteldiscounter Netto verklagt, weil der die Marke CleverSmoke mit dem Slogan „die gesündere Art zu ’rauchen‘“ angepriesen hatte. Die Erstinstanz gab der Auffassung des Klägers Recht, die Werbung erwecke den Eindruck, „das Rauchen der E-Zigarette sei gesundheitlich völlig unbedenklich“. Dem widersprach das Oberlandesgericht u.a. mit dem Hinweis darauf, dass in der Bedienungsanleitung auf die Risiken des Gebrauchs für Schwangere, Alkoholiker und andere Personen hingewiesen wurde (OLG Nürnberg 2013).

Im September 2013 entschied das Oberlandesgericht Hamm, dass vergleichende Werbeaussagen nur dann zulässig sind, wenn sie dem Stand der Wissenschaft entsprechen. Deshalb sei die Behauptung eines Anbieters, eine E-Zigarette sei „mindestens 1.000mal weniger schädlich als eine Tabakzigarette“ irreführend. Auch die Aussage, die E-Zigarette enthalte als „einzigen Schadstoff Nikotin“, wird von dem Gericht mit dem Argument beanstandet, der Hauptbestandteil des Liquids – Propylenglykol – könne keineswegs als gesundheitlich unbedenklich eingestuft werden (OLG Hamm 2013).

Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main gab im Februar 2014 der Klage eines „Wettbewerbsverbandes“ gegen mehrere Werbebotschaften eines E-Zigaretten-Anbieters in einem Berufungsverfahren teilweise Recht. Der Schlüsselsatz der Entscheidung lautet: „Solange die Frage der von sog. E-Zigaretten ausgehenden gesundheitlichen Risiken wissenschaftlich umstritten ist, dürfen solche Zigaretten in der Werbung nicht einschränkungslos als gesundheitlich unbedenklich dargestellt werden; nicht zu beanstanden ist dagegen der Hinweis, dass diese Zigaretten deutlich weniger schädlich sind als herkömmliche Tabakzigaretten.“ Die Behauptung der Unbedenklichkeit

von E-Zigaretten bezeichnet das Gericht als „absolute Gesundheitswerbung“, den Vergleich mit dem Risikoprofil von Tabakzigaretten als „relative Gesundheitswerbung“. Wie eine Werbebotschaft rechtlich zu bewerten sei, hänge nicht allein vom Wortsinn der Aussage, sondern auch vom Kontext der Gesamtwerbung (z.B. ihrer Überschrift) ab, so das Gericht (OLG Frankfurt/M. 2014).

Die Ausführungen des Frankfurter Oberlandesgerichtes deuten darauf hin, dass eine gesetzliche Neuregelung, die ein- und dasselbe Werbeverbot auf zwei Produktkategorien anwendet, die sich hinsichtlich ihrer Funktionsweise und ihres Risikoprofils grundlegend unterscheiden, vor den Gerichten keinen Bestand haben dürfte, weil sie dem Verfassungsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit widerspricht.

Welchen Einfluss hat E-Zigaretten-Werbung auf Jugendliche?

Der wichtigste Einwand gegen E-Zigaretten-Werbung macht sich nicht an unseriösen Gesundheitsversprechen einzelner Anbieter fest, sondern an der möglichen Wirkung auf Minderjährige: „Werbung für E-Zigaretten verführt Kinder und Jugendliche (...) zum Rauchen – auch von herkömmlichen Zigaretten und Shishas.“ So beginnt eine Meldung der Deutschen Presseagentur vom 28. November 2018. Der Agenturbericht bezieht sich auf eine Studie des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT Nord), die von der DAK-Gesundheit finanziert worden ist (Hansen et al. 2018). An dieser Studie nahmen vom Herbst 2016 bis Anfang 2017 rund 7.000 Schüler (Durchschnittsalter 13 Jahre) aus sechs Bundesländern teil. Sie füllten während ihrer Unterrichtszeit einen Fragebogen aus, der drei Bildmotive aus der E-Zigaretten-Werbung enthielt, auf denen die Marken nicht zu erkennen waren. Knapp 40% der Schüler gaben an, mindestens eines der Werbemotive schon einmal gesehen zu haben. Diese „Expositionsgruppe“ hatte zum Zeitpunkt der Befragung häufiger E-Zigaretten und Tabakzigaretten konsumiert als die übrigen Schüler. Die Autoren und der Sponsor der Studie fordern deshalb, E-Zigaretten aus Gründen des Jugendschutzes wie Tabakprodukte zu regulieren und E-Zigaretten-Werbung zu verbieten.

Um die Plausibilität dieser Forderung beurteilen zu können, ist es zunächst einmal sinnvoll, sich die Größe des Problems vor Augen zu führen, das durch ein Werbeverbot gelöst werden soll. Von allen teilnehmenden Schülern gaben lediglich 3,9% an, in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal an einer E-Zigarette gezogen zu haben. Wie häufig dies über den gesamten Monat hinweg vorgekommen ist, bleibt unklar. Bemerkenswert ist dies deshalb, weil die Autoren die Schüler danach gefragt haben, ob sie monatlich, wöchentlich oder (beinahe) täglich dampfen. Die Antworten auf diese Frage wurden in der dazugehörigen Publikation jedoch weggelassen. Nicht nur über die Häufigkeit des E-Zigaretten-Konsums schweigen sich die IFT-Autoren aus, sondern auch über die Häufigkeit der Werbekontakte, obwohl sie die Schüler danach gefragt haben. Auch darüber, wie viele Jugendliche die verblindeten E-Zigaretten-Marken wiedererkannt haben, gibt die Zusammenfassung der Ergebnisse keinen Aufschluss. Möglicherweise sind diese Daten deshalb unter den Tisch gefallen, weil die Autoren Bildmotive aus der TV- und der Internet-Werbung ausgesucht hatten. In beiden Medien ist die Werbung für E-Zigaretten seit Mai 2016 in Deutschland verboten.

Um ein genaueres Bild zu bekommen, welche Konsummuster sich hinter den Angaben der Schüler über die letzten 30 Tage verbergen, lohnt sich ein Blick auf die Daten des Alkoholsurveys, den die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im selben Jahr erhoben hat (Orth/Merkel 2018). In der Gruppe der 12- bis 17-Jährigen war die 30-Tages-Prävalenz des E-Zigaretten-Konsums mit 4,2% ähnlich niedrig wie bei der IFT-Studie. Von den jugendlichen E-Zigaretten-Nutzern gaben 61% an, lediglich an 1 oder 2 Tagen im vorangegangenen Monat gedampft zu haben (Probierkonsum). Der Anteil des Gelegenheitskonsums (3 bis 5 Tage im Monat) lag bei 21%, der des regelmäßigen Konsums (6 bis 29 Tage im Monat) bei 12%, der des täglichen oder beinahe täglichen Konsums (30 oder 31 Tage im Monat) bei 5%. Überträgt man diese Anteile auf die IFT-Studie zur E-Zigaretten-Werbung, dann lag bei 0,5 % der Schüler ein mit Sicherheit schädlicher, weil regelmäßiger Konsum und bei 0,2% ein (beinahe) täglicher Konsum von E-Zigaretten vor, der auf eine Nikotinabhängigkeit schließen lässt. Das Problem, das durch ein generelles Werbeverbot gelöst werden soll, betrifft also nicht einmal 1 Prozent der Jugendlichen.

Doch auch wenn nur ein sehr geringer Anteil der Minderjährigen regelmäßig oder sogar täglich dampft, bleibt die Frage unbeantwortet, ob diese Konsummuster auf den Kontakt mit E-Zigaretten-Werbung zurückzuführen sind. Die Studienautoren räumen selber ein, dass ihr Querschnittsdesign keinen Aufschluss über die zeitliche Abfolge der Ereignisse gibt und Kausalaussagen daher nicht getroffen werden können. Die statistisch signifikante Korrelation zwischen E-Zigaretten-Konsum und Werbeexposition kann genauso gut darauf zurückzuführen sein, dass ein Schüler, der selber dampft oder jemanden kennt, der dampft, eher auf E-Zigaretten-Werbung achtet als ein Schüler, auf den dies nicht zutrifft (sog. „recall bias“). In jedem Fall hängt den IFT-Daten zufolge das eigene Konsumverhalten sehr viel stärker von dem des Freundeskreises ab als vom Werbekontakt (Hansen et al. 2018):

<i>Chancenverhältnis beim Dampfen</i>	Mindestens 1x gedampft*	<i>Chancenverhältnis beim Rauchen</i>	Mindestens 1x geraucht*
Mind. 1 Kontakt mit E-Zigaretten-Werbung	2.3	Mind. 1 Kontakt mit E-Zigaretten-Werbung	1.4
Mindestens 1 Freund, der dampft	18.1	Mindestens 1 Freund, der raucht	38.9

* Dampfen/ Rauchen in den letzten 30 Tagen

Mit anderen Worten: Ein generelles Werbeverbot würde sich nur auf einen Bruchteil des Bruchteils von 0,7% der Jugendlichen auswirken, die regelmäßig oder (beinahe) täglich dampfen. Doch selbst wenn unter den wenigen Dampfern im Schulalter einige sein sollten, die ohne Werbung niemals auf E-Zigaretten aufmerksam geworden wären, stellt das keinen hinreichenden Grund für ein Werbeverbot dar. Denn falls diese Schüler vorher geraucht haben, würde sich ihre Exposition gegenüber zahlreichen Giftstoffen und Karzinogenen durch eine vollständige Substitution der Tabakzigaretten erheblich reduzieren. Laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „wollen zwei Drittel der Raucher bereits im Alter von 12 bis 17 Jahren ihren Zigarettenkonsum wieder beenden oder reduzieren und ebenso viele haben das auch bereits versucht“ (BzgA 2008).

Welchen Einfluss hat E-Zigaretten-Werbung auf Raucher?

Es gibt einen Literaturbericht, in dem sämtliche bis Juni 2017 veröffentlichten Studien ausgewertet wurden, die der Frage nachgegangen sind, wie Presse, Werbung und soziale Medien mit dem Thema E-Zigarette umgehen (Collins et al. 2018). Von den 124 Publikationen, die in den Bericht Eingang gefunden haben, behandelt eine einzige den Einfluss der Werbung auf die Motivation zum Rauchstopp. Es handelt sich um eine Kohortenstudie mit rund 1.200 Rauchern, die 2013 und 2014 im Rahmen des niederländischen Teils des International Tobacco Control Survey (ITC) befragt wurden (Nagelhout et al. 2016). In den Niederlanden war E-Zigaretten-Werbung bis Juni 2012 verboten; ein Jahr später liefen im Fernsehen die ersten Werbespots. Parallel zum Werbeboom stieg die Zahl der E-Zigaretten-Nutzer steil an. Den ITC-Daten zufolge hatte die Werbeexposition jedoch keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit und den Erfolg von Rauchstopp-Versuchen. Die Autoren führen dies u.a. darauf zurück, dass es für die Motivation zum Rauchstopp einen wesentlichen Unterschied macht, ob in der Werbung die Tabakentwöhnung oder die Möglichkeit zum dual use herausgestellt wird. Die Inhalte der E-Zigaretten-Werbung wurden in der ITC-Befragung jedoch nicht erfasst. Außerdem wurde im Befragungszeitraum vor allem für die erste Generation der E-Zigaretten geworben. Diese sog. Cig-a-likes eignen sich jedoch deutlich weniger für die Tabakentwöhnung als die späteren Gerätegenerationen. Die Autoren legen Wert auf die Feststellung, dass ihre Daten der These widersprechen, die E-Zigaretten-Werbung würde einen Trigger-Effekt auf Raucher ausüben. Dass der Anblick einer E-Zigarette bei Rauchern den Impuls auslösen könnte, zu einer richtigen Zigarette zu greifen, ist von Teilen der Tabakkontroll-Bewegung immer wieder gemutmaßt worden.

Den bislang aufwändigsten Versuch, die Wirkung der E-Zigaretten-Werbung auf das Rauchverhalten zu messen, hat eine Autorengruppe des National Bureau of Economic Research unternommen (Dave et al. 2018). Das NBER ist eine Denkfabrik auf Nonprofit-Basis und gilt als größtes wirtschaftswissenschaftliches Forschungsnetzwerk der USA. Die Werbewirkungsstudie stützt sich auf Marktforschungsergebnisse aus den Jahren 2013 bis 2015. Ausgewertet wurden die Daten von über 8.000 aktuellen und ehemaligen Rauchern, die im Rahmen mehrerer Umfragen detaillierte Angaben zu ihrem Medienkonsum gemacht hatten. Diese Angaben wurden mit Daten über die Häufigkeit von E-Zigaretten-Reklame in den genannten Fernsehsendungen und Printmedien verknüpft, um die (potentielle) Werbeexposition bestimmen zu können. Demnach hatte die Werbung in Printmedien keinen, die TV-Werbung dagegen einen messbaren, wenn auch geringen Einfluss auf die Motivation zum Rauchstopp. Zum besseren Verständnis dieses Befunds weisen die Autoren auf die in den USA geltenden Werbebeschränkungen hin: Es darf weder damit geworben werden, dass E-Zigaretten weniger schädlich sind als Zigaretten, noch damit, dass sich E-Zigaretten als Hilfsmittel für die Tabakentwöhnung eignen. Den Werbetreibenden bleibt also letztlich nichts anderes übrig, als auf inhaltlich diffuse Lifestyle-Motive auszuweichen oder den vermeintlichen Vorteil zu betonen, mit Hilfe der E-Zigarette bestehende Rauchverbote umgehen zu können. Dass solche dual use-Botschaften niemanden dazu ermuntern, mit dem Rauchen aufzuhören, ist wenig verwunderlich.

Angesichts der bestehenden Forschungsdefizite auf diesem Gebiet sollte eine Regulierung von E-Zigaretten-Werbung, die darauf abzielt, Raucher zum Rauchstopp zu motivieren, auf jeden Fall mit einer wissenschaftlichen Begleitforschung verknüpft werden.

Welche Rolle spielen die sozialen Medien bei der E-Zigaretten-Werbung?

Die seit Mai 2016 geltende EU-Richtlinie verbietet die Werbung für E-Zigaretten in den „Diensten der Informationsgesellschaft“. Ein Blick auf die Webseiten der Hersteller und Händler führt vor Augen, wie dieses Verbot in die Praxis umgesetzt wird. Eine Reihe von Anbietern haben dem Besuch ihrer Webseiten eine Altersabfrage vorgeschaltet, allerdings ohne das Alter des Besuchers tatsächlich zu verifizieren. Auf den Webseiten selbst finden sich zahlreiche Abbildungen von Geräten und Liquid-Behältern, doch nur selten stößt man auf Werbebilder im klassischen Sinn – also junge Leute am Strand, die ausgelassen feiern und dabei E-Zigaretten dampfen oder ähnliche Motive. Hier scheint eine rechtliche Klarstellung sinnvoll und eine andere Prioritätensetzung zumindest denkbar: Der Gesetzgeber könnte eine obligatorische Altersverifikation verlangen und im Gegenzug den Betreibern der Webseiten dieselben Möglichkeiten einräumen, die hier für die E-Zigaretten-Werbung auf Plakaten vorgeschlagen werden. Eine solche Regelung müsste dann konsequenterweise auch für die Auftritte der Anbieter in sozialen Netzwerken wie Facebook oder Instagram gelten.

Bedeutsamer als die Internetwerbung der Anbieter sind die Online-Foren und die Blogbeiträge zum Thema E-Zigarette. Bedeutsamer sind sie deshalb, weil von dem Informationsaustausch der Nutzer im Internet entscheidende Impulse für die Verbreitung und Weiterentwicklung der E-Zigarette ausgegangen sind. Ohne die Beratung von Neueinsteigern durch erfahrene Dampfer hätten höchstwahrscheinlich sehr viel weniger Raucher den Absprung geschafft – denn nützliche Informationen zum Umstieg auf die E-Zigarette bekommen sie weder bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, noch bei ihrem Arzt oder Apotheker. Sowohl die telefonische Raucherberatung der BzgA, als auch die ärztliche Beratung in der Sprechstunde orientieren sich im Regelfall an der geltenden S3-Leitlinie zur Tabakentwöhnung (AWMF 2015). Darin heißt es: „E-Zigaretten sollen nicht empfohlen werden, bevor sie nicht unter den Bedingungen der Arzneimittelprüfung auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit bei der harm reduction und Tabakentwöhnung untersucht worden sind.“ Die Leitlinie ist insofern veraltet, als sie sich auf einige wenige Quellen aus den Jahren 2011 bis 2014 stützt und im Juli 2019 ausläuft. Wann es eine aktualisierte Fassung gibt, steht in den Sternen. Darin zu berücksichtigen wäre auf jeden Fall das Ergebnis einer neuen randomisierten kontrollierten Studie aus Großbritannien, der zufolge die Rauchstoppquote nach einem Jahr bei E-Zigaretten doppelt so hoch ist wie bei Nikotinersatzprodukten (Hajek et al. 2019). Doch selbst wenn es irgendwann eine aktualisierte Leitlinie geben sollte, die den Ärzten nahelegt, ihren Patienten auch die E-Zigarette als Mittel zur Tabakentwöhnung zu empfehlen, ist nicht gesagt, dass sich die Beratungspraxis dadurch wesentlich verändert. Denn vor Kurzem hat eine Befragung von fast 3.000 deutschen Rauchern ergeben, dass 80% von ihnen während ihres letzten Besuchs beim Haus- oder Facharzt überhaupt keine Rauchstoppempfeh-

lung und nur 4% ein evidenzbasiertes Therapieangebot bekommen haben (Kastaun/Kotz 2019).

Die Dampferforen und Blogbeiträge im Internet tragen entscheidend dazu bei, die Defizite der etablierten Formen gesundheitlicher Aufklärung zu kompensieren. Doch auch die Online-Kommunikation der Nutzer wirft Fragen der Werberegulierung auf, denn die Grenze zwischen den politisch engagierten Aktivisten der Dampferbewegung und rein kommerziell orientierten Influencern verläuft fließend. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist ein Video des britischen Comedians Ben Phillips, der den mehr als 4 Millionen Abonnenten seines Youtube-Kanals Ende 2018 empfohlen hat, eine nikotinfreie E-Zigaretten-Variante des chinesischen Herstellers Voopoo zu kaufen. Die Internet-Auftritte des Quatschmachers sind vor allem bei Jugendlichen beliebt. Ein anderer, ähnlich gelagerter Fall ist das Product Placement in Musikvideos. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel hierfür ist das Video zu dem US-Hit „I’m the one“ von DJ Khaled featuring Justin Bieber, das bis Anfang 2019 über eine Milliarde Mal angeklickt wurde. In gut fünf Minuten ist neben zahlreichen Einblendungen diverser Alkoholsorten auch ein halbes Dutzend Mal die E-Zigarette Kandy Pens zu sehen, vorzugsweise in den Händen leicht bekleideter Tänzerinnen. Obwohl es sich hier eindeutig um eine E-Zigaretten-Werbung handelt, die an ein jugendliches Zielpublikum gerichtet ist, dürfte es nicht leicht sein, in solchen Fällen regulierend einzugreifen. Denn dafür müsste man nachweisen, dass zwischen den E-Zigaretten-Anbietern und den Influencern oder Videoproduzenten Geld geflossen ist.

Wo wird E-Zigaretten-Werbung anders reguliert als Tabakwerbung?

Das Beispiel Kanada

Bis vor Kurzem waren in Kanada die Werbung für E-Zigaretten und der Verkauf nikotinhaltiger Liquids verboten. Im Mai 2018 ist der Tobacco and Vaping Products Act (TVPA) in Kraft getreten, der eine Lockerung der Verbote mit strengen Auflagen seitens des Staates verknüpft. Werbung für E-Zigaretten bleibt weiterhin untersagt, sofern Grund zu der Annahme besteht, dass sie Jugendliche ansprechen könnte (Abs. 30.1) oder wenn es sich um „Lifestyle“-Werbung handelt. Damit ist Werbung gemeint, die Emotionen und Assoziationen wie Glamour, Entspannung, Vitalität oder Risikobereitschaft hervorruft (Abs. 30.2) (Government of Canada 2018). Um solche Werbewirkungen zu vermeiden, dürfen in der Reklame keine realen Personen oder fiktionalen Charaktere vorkommen. Unter dem Gesichtspunkt der Tabakentwöhnung am heikelsten ist die Vorschrift, dass die gesundheitlichen Effekte des E-Zigaretten-Konsums nicht mit denen des Tabakkonsums verglichen werden dürfen (Abs. 30.43). Allerdings haben die kanadischen Provinzen einigen Ermessensspielraum hinsichtlich der Frage, wie der Auflagenkatalog umgesetzt werden soll.

Anfang 2019 wurden Pläne des kanadischen Gesundheitsministeriums publik, die gerade erst in Kraft getretene Liberalisierung der E-Zigaretten-Werbung zu revidieren und restriktiver zu gestalten. Anlass hierfür sind unveröffentlichte Umfrageergebnisse, die darauf hindeuten, dass es in Kanada zu einem ähnlichen Anstieg des E-Zigaretten-Konsums unter Teenagern kommen könnte wie er für die USA berichtet wird. Bis Ende März können Sachverständige und Interessengruppen Stellungnahmen zu

mehreren Vorschlägen abgeben, die den Jugendschutz verbessern sollen. Zur Diskussion gestellt werden u.a. obligatorische Warnhinweise für die E-Zigaretten-Werbung („Dampfprodukte enthalten Nikotin“ oder – bei nikotinfreien Liquids – „Dampfprodukte setzen Chemikalien frei, die Ihre Gesundheit schädigen können“). Werbung für E-Zigaretten – so lautet eine andere Empfehlung – sollte nicht in Jugendzeitschriften oder auf Jugendseiten im Internet zu sehen sein und im Fernsehen nur mit einem Mindestabstand von 30 Minuten vor oder nach einer Jugendsendung. Der radikalste Vorschlag läuft darauf hinaus, überall dort, wo sich Jugendliche aufhalten dürfen, jede Reklame zu verbieten, was alle Formen der Außenwerbung und fast alle Verkaufsorte betreffen würde.

Die Liberalisierung des Umgangs mit E-Zigaretten ist Teil einer umfassenden Reform der kanadischen Drogenpolitik durch das Kabinett unter Premierminister Justin Trudeau. Dabei geht es den seit 2015 regierenden Liberalen um eine neue Balance zwischen den Geboten der Prävention und des Jugendschutzes auf der einen Seite und dem Prinzip der Schadensreduzierung auf der anderen. So sind Früchte-Aromen für E-Zigaretten erlaubt, weil sie Studien zufolge dazu beitragen, dass Dampfer nicht wieder mit dem Rauchen anfangen. Dagegen sind andere Geschmacksrichtungen, die als jugendaffin gelten, nicht für den Handel zugelassen. Dies gilt für alle Liquid-Sorten, die nach Süßwaren, Desserts, Soft Drinks oder Energy Drinks schmecken. Mit demselben Gesetzespaket, das eine Lockerung des Werbeverbots für E-Zigaretten enthält, wird die Einführung von Einheitsverpackungen für Zigaretten (Plain Packaging) auf den Weg gebracht. Der schlagzeilenträchtigste Bestandteil des kanadischen Reformprojektes ist die Legalisierung von Cannabis als Genussmittel. Die Werberestriktionen für den Cannabis-Handel sind noch wesentlich strenger als die für den Handel mit E-Zigaretten. Doch auch hier wird den Anbietern die Möglichkeit zur rein informativen Werbung („informational promotion“) für ihre jeweiligen Marken eingeräumt. Die beiden größten Cannabis-Produzenten des Landes haben die Absicht bekundet, in Zukunft verstärkt auf elektronische Verdampfer zu setzen, um die mit einem Verbrennungsprozess verbundenen Gesundheitsgefahren zu vermeiden.

Wo wird E-Zigaretten-Werbung anders reguliert als Tabakwerbung?

Das Beispiel Großbritannien

Wie in Deutschland ist auch in Großbritannien im Mai 2016 die neue Tabakprodukt-richtlinie der EU in Kraft getreten. Seitdem darf nur noch auf Plakaten und im Kino, aber nicht mehr im Rundfunk oder auf Webseiten für E-Zigaretten geworben werden. Bereits zwei Jahre zuvor war es im Vereinigten Königreich verboten worden, in der E-Zigaretten-Werbung gesundheitsbezogene oder medizinische Behauptungen („health or medicinal claims“) aufzustellen. Dieses Verbot hat keine gesetzliche Grundlage, sondern beruht auf einer Entscheidung der Advertising Standards Authority (ASA) – einem Aufsichtsgremium der Werbewirtschaft. Im November 2018 haben die zuständigen Komitees des Werberats die Restriktionen des Jahres 2014 teilweise wieder aufgehoben (ASA 2018). Health claims sind nun wieder zugelassen, medicinal claims dagegen weiterhin verboten. Das heißt konkret: Ein Anbieter darf auf gesundheitliche Vorteile des Dampfens gegenüber dem Rauchen hinweisen, aber es ist ihm untersagt,

die E-Zigarette als Mittel zum Rauchstopp zu bewerben. Ersteres knüpft die ASA an die Bedingung, dass der Anbieter seine Aussage auf eine „robuste Evidenzbasis“ stützen kann; Letzteres ist nur Herstellern gestattet, die mit ihrem Produkt das Zulassungsverfahren der staatlichen Zulassungsbehörde für Arzneimittel durchlaufen haben.

Der britische Werberat nennt drei Gründe für seine Kurskorrektur in Richtung Liberalisierung:

1. Die Produktqualität habe sich seit 2014 deutlich verbessert, u.a. wegen der Umsetzung der EU-Richtlinie.
2. Die E-Zigarette sei weniger schädlich als die Tabakzigarette und spiele eine bedeutende Rolle bei der Tabakentwöhnung.
3. In der Öffentlichkeit sei das Wissen über den Risikounterschied zwischen Zigaretten und E-Zigaretten begrenzt und nehme tendenziell weiter ab.

Der Zulassung von Health Claims durch die ASA ist ein Konsultationsverfahren vorangegangen, an dem sich neben den Unternehmen und Verbänden der betroffenen Branchen auch zahlreiche Gesundheitsorganisationen beteiligt haben. Für die Neuregelung haben sich u.a. Ash UK, Cancer Research UK, Public Health England und das Royal College of Physicians ausgesprochen, also die Mehrzahl der Institutionen, die das britische Modell der Tabakkontrolle repräsentieren, das europaweit als vorbildlich gilt. Dagegen hat die British Medical Association die Neuregelung abgelehnt. Werbetreibende seien nur bedingt dazu in der Lage, Gesundheitsinformationen zu verbreiten, so lautet eines der Gegenargumente. Zu den Befürwortern der Liberalisierung gehören die vier den Weltmarkt beherrschenden Tabakkonzerne, zu den Gegnern die Pharmafirmen Glaxo Smith Kline und Johnson & Johnson.

Die Zulassung von Health Claims ändert nichts an den übrigen Restriktionen, denen die E-Zigaretten-Werbung in Großbritannien unterworfen ist. So dürfen in der Werbung keine Vertreter von Gesundheitsberufen auftreten und es dürfen keine Fotomodelle zum Einsatz kommen, die jünger als 25 Jahre sind oder so aussehen. Darüber hinaus empfiehlt die ASA den Anbietern mit Nachdruck, auf alle Werbebotschaften zu verzichten, die einen parallelen Gebrauch von E-Zigaretten und Tabakprodukten (dual use) nahelegen. Möglicherweise werden das Werbeverbot im Rundfunk und andere Restriktionen der EU-Richtlinie für den Handel mit E-Zigaretten wieder gelockert, wenn es zu einem Brexit kommt. Die britische Regierung hat sich im Dezember 2018 den Vorschlägen einer parteiübergreifenden Parlamentariergruppe angeschlossen, die auf eine weitergehende Liberalisierung hinauslaufen (Department of Health & Social Care 2018).

Wer soll über die Regulierung von E-Zigaretten entscheiden?

Die Regulierung von E-Zigaretten-Werbung bringt die Schwierigkeit mit sich, zwei konträre Anforderungen in Einklang zu bringen: Es geht darum, Raucher zu motivieren, den Tabakkonsum zu beenden, ohne Jugendliche dazu zu animieren, mit dem Nikotinkonsum zu beginnen. Hierfür gibt es keine einfache Lösung. Eine völlige Freigabe der Werbung unter Verweis auf die Mündigkeit des Bürgers hätte möglicherweise eine neue Generation von minderjährigen Nikotinabhängigen zur Folge. Ein strik-

tes Werbeverbot wiederum würde dazu führen, dass Millionen erwachsener Raucher weiter zur Zigarette greifen, statt es mit einer weitaus weniger schädlichen Alternative zu versuchen. Und es ist nicht unbedingt im Interesse der Jugendlichen, wenn ihnen die rauchenden Freunde und Verwandten wegsterben. Zu den Risiken eines Werbeverbots gehört auch, dass der Wettlauf um Patente für risikoreduzierte Nikotinprodukte zum Erliegen käme, wenn für die Innovationen nicht geworben werden darf.

Sobald man Werbung zulässt, die eine relevante Zahl erwachsener Raucher erreicht, ist kaum zu vermeiden, dass dieselbe Werbung auch von Jugendlichen gesehen wird. Welcher Stellenwert bei so einer Konstellation dem Verbraucherschutz auf der einen Seite und dem Jugendschutz auf der anderen eingeräumt werden soll, ist keine wissenschaftliche Frage, die allein von Krebsforschern, Kinderärzten oder anderen Experten beantwortet werden kann. Wie die Prinzipien der Vorbeugung und der Minimierung von Gesundheitsgefahren gegeneinander abzuwägen sind, ist eine politische Frage, die öffentlich diskutiert und parlamentarisch entschieden werden muss. Eine solche politische Debatte setzt jedoch voraus, dass die Öffentlichkeit über die zur Entscheidung anstehenden Alternativen richtig informiert ist. Und genau hier liegt das Problem im vorliegenden Fall: Die Mehrzahl der Bundesbürger geht von völlig falschen Voraussetzungen aus, denn sie ist davon überzeugt, dass E-Zigaretten mindestens genauso schädlich sind wie herkömmliche Zigaretten. Das gilt absurderweise auch für die Betroffenen selber, nämlich die Raucher, die es mit den althergebrachten Mitteln nicht geschafft haben, von der Zigarette loszukommen.

Auf welche Weise Experten dazu beitragen, dass sich Fehleinschätzungen der E-Zigarette in der Bevölkerung und der Politik verbreiten, ist hier und an anderer Stelle (Jazbinsek 2018) am Beispiel des Kieler Instituts für Therapieforschung nachgezeichnet worden. Bei der Studie des IFT-Nord zum Einfluss der E-Zigaretten-Werbung auf den Nikotinkonsum von Jugendlichen handelt es sich, wie die Autoren betonen, um die erste Expositionsstudie hierzu, die außerhalb der USA durchgeführt wurde. Allerdings weisen die amerikanischen Vorläuferprojekte ähnliche Mängel auf wie ihr deutsches Pendant (Collins et al. 2018): Oft sind es Querschnittsstudien, die in Pressemitteilungen, Interviews und anderen öffentlichkeitswirksamen Stellungnahmen als Beweis für die Verführung der „Kids“ zum Nikotinkonsum angeführt werden, obwohl die Originalartikel im Kleingedruckten den Hinweis enthalten, dass aus Korrelationen keine Kausalitäten abgeleitet werden können. Als Outcome-Variable wird durchweg die 30-Tages-Prävalenz herangezogen, nicht jedoch der Gewohnheitskonsum von E-Zigaretten durch Minderjährige. Ein gängiges Forschungsdesign besteht darin, die Jugendlichen in zwei Gruppen aufzuteilen und ihnen dann entweder E-Zigaretten-Reklame oder irgendwelche anderen Bildmotive zu zeigen. Bei Nachbefragungen kommt dann regelmäßig heraus, dass die „Expositionsgruppe“ positiver gegenüber der E-Zigarette eingestellt ist als die Gruppe derjenigen, die keine E-Zigaretten-Bilder zu sehen bekommen haben. Der (unausgesprochene) Maßstab dafür, ob eine Werbung akzeptabel ist oder nicht, besteht hier offenbar darin, dass sie eine möglichst abschreckende Wirkung entfaltet. Von dieser Prämisse ausgehend wäre es am besten, wenn Jugendliche und junge Erwachsene das Schadenspotential der E-Zigarette genauso falsch einschätzten wie es die älteren Jahrgänge tun.

Als ultimativer Beweis für die Verführungsthese wird in der Presse und der Fachpresse die „Epidemie“ der Nikotinabhängigkeit angeführt, die von der E-Zigarette Juul unter amerikanischen Schülern ausgelöst worden sein soll. Richtig ist, dass der

Nikotingehalt dieser Produktneuheit etwa dreimal so hoch ist wie die in der Europäischen Union zulässige Höchstmenge. Richtig ist auch, dass der Hersteller Juul Labs die Markteinführung mit einer Social Media-Kampagne flankiert hat, die offenkundig auf ein junges Zielpublikum ausgerichtet war. Allerdings ist der Anteil der US-Jugendlichen, die E-Zigaretten konsumieren, während der Laufzeit der ersten Juul-Kampagne nicht gestiegen, sondern von 2015 bis 2016 um rund 30 % gesunken (National Institute on Drug Abuse 2018). Dass die 30-Tages-Prävalenz bei Teenagern von 2017 auf 2018 dann wieder um über 60% gestiegen ist, hat allem Anschein nach andere Gründe als die Juul-Werbung (siehe hierzu Jazbinsek im vorliegenden Band).

Fest steht, dass sich bei den Jugendlichen der Rückgang der Raucherprävalenz deutlich beschleunigt hat, seitdem E-Zigaretten in den USA populär geworden sind (Levy et al. 2018b).

Was daraus folgt

Die Juul-Werbung aus dem Jahr 2015 - fröhliche Teenies posieren in quietschbuntem Ambiente - bietet gutes Anschauungsmaterial dafür, welche Form von E-Zigaretten-Marketing in Zukunft untersagt werden sollte. Nach den Erfahrungen mit der Comic-Figur Joe Camel – einem Maskottchen des Tabakkonzerns R.J. Reynolds – wäre es genauso plausibel, E-Zigaretten-Werbung mit Cartoon-Charakteren zu verbieten. Ob man die Abbildung von Personen generell untersagt (wie in Kanada) oder ein Mindestalter für die Fotomodelle vorschreibt, die in der E-Zigaretten-Reklame zu sehen sind (wie in Großbritannien), bleibt zu überlegen. Wichtig ist – auch das zeigt der Juul-Boom in den USA -, dass die Probleme des Jugendschutzes nicht allein eine Frage der Werbung sind, sondern auch und in erster Linie eine Frage des Vertriebs. Die Aufsichtsbehörden müssen dazu in die Lage versetzt werden, das Verbot des E-Zigaretten-Verkaufs an Minderjährige routinemäßig zu überprüfen und Verstöße wirksam zu sanktionieren.

Auch was den Verbraucherschutz betrifft, ist eine Zulassung von E-Zigaretten-Werbung bei einem gleichzeitigen Verbot jeder Form von Tabakwerbung nur sinnvoll, wenn bestimmte Auflagen eingehalten werden. Kontraproduktiv im Sinne der Schadensreduzierung ist jede Reklame, die den dual use fördert, indem sie zum Beispiel die Möglichkeit in Aussicht stellt, dort dampfen zu dürfen, wo das Rauchen verboten ist. In Anknüpfung an die einschlägigen Gerichtsurteile sollte „absolute Gesundheitswerbung“ im Zusammenhang mit E-Zigaretten verboten bleiben und die „relative Gesundheitswerbung“ nur bei Vorhandensein einer robusten Evidenzbasis zugelassen werden.

Das Plädoyer für eine „evidenzbasierte“ Form von Werbung bringt allerdings die Schwierigkeit mit sich, das kein anderes Konsumprodukt derzeit so intensiv erforscht wird wie die E-Zigarette. Die mittelständischen Betriebe, die E-Liquids „Made in Germany“ herstellen, dürften ebenso wenig wie die meisten Werbeagenturen dazu in der Lage sein, sich über die Vielzahl der einschlägigen Fachpublikationen auf dem Laufenden zu halten. Aus diesem Grund erscheint es ratsam, eine unabhängige Prüfinstanz einzuschalten, der die Werbemotive vor ihrer Veröffentlichung vorgelegt werden müssen.

Für eine solche Meldestelle sprechen auch die Erfahrungen, die im Fall der Tabakwerbung mit den Selbstverpflichtungen der Hersteller und der Selbstkontrolle der Werbewirtschaft gemacht wurden. Offiziell haben sich die Tabakkonzerne darauf verständigt, in ihrer Werbung nur Fotomodelle auftreten zu lassen, die mindestens 30 Jahre alt sind. Faktisch werden diese Fotomodelle in einer Weise in Szene gesetzt, die sie viel jünger erscheinen lässt. Ein aktuelles Beispiel hierfür ist die Vive le Moment-Werbung für Gauloises von Reemtsma, ein älterer und gut dokumentierter Fall die Be Marlboro-Kampagne von Philip Morris (Jazbinsek 2014).

Doch wie auch immer die politische Debatte und der parlamentarische Entscheidungsprozess in Sachen Werbeverbot weiter verlaufen: Eine gesetzliche Neuregelung sollte in jedem Fall eine Klausel enthalten, die eine Evaluation der neuen Bestimmungen nach spätestens drei Jahren vorsieht. Um Verzerrungen durch Voreingenommenheit (confirmation bias) zu minimieren, sollte diese Evaluation durch eine Forschungseinrichtung erfolgen, die sich bislang weder für noch gegen eine Zulassung von E-Zigaretten-Werbung ausgesprochen hat.

Literatur

- ASA/Advertising Standards Authority (2018): Claims about health in ads for e-cigarettes. London <https://www.asa.org.uk/uploads/assets/uploaded/39f85b30-3dcb-4c48-af01ba313813e7db.pdf>
- Atzendorf, J (et al.) (2018): E-Zigaretten: Einschätzung von Gesundheitsgefahren und Nutzung zur Tabakentwöhnung. Bundesgesundheitsblatt. Heft 11
- AWMF/Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher-medizinischer Fachgesellschaften (2015): S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. AWMF-Register Nr. 076-006
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Raucht mein Kind? Ein Ratgeber für Eltern. Köln. https://www.dkfz.de/de/rauchtelefon/download/BZgA_Raucht_mein_Kind.pdf
- Collins, L et al. (2018): E-Cigarette Marketing and Communication: How E-Cigarette Companies Market E-Cigarettes and the Public Engages with E-cigarette Information. Nicotine & Tobacco Research, Volume 21, Issue 1, 1 January 2019, S. 14–24.
- Dave, DM et al. (2018): Does e-cigarette advertising encourage adult smokers to quit? NBER/ National Bureau of Economic Research. Working Paper 24277. Cambridge, MA
- Department of Health & Social Care (2018): The Government Response to the Science and Technology Committee's Seventh Report of the Session 2017-19 on E-cigarettes. London https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/762847/government-response-to-science-and-technology-committee_s-report-on-e-cig.pdf
- Government of Canada (2018): Tobacco and Vaping Products Act.
- Hajek, P et al. (2019): A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. In: New England Journal of Medicine. DOI: 10.1056/NEJMoa1808779
- Hansen, J/Hanewinkel, R/Morgenstern, M (2018): Electronic cigarette marketing and smoking behaviour in adolescence: a cross-sectional study. In: European Respiratory Society Open Research 4: 00155-2018

- Jazbinsek, D. (2014): Die Be Marlboro-Kampagen von Philip Morris und ihre Wirkung auf Jugendliche. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): Jahrbuch Sucht 2014, S.269-79
- Jazbinsek, D (2018): E-Zigaretten und ihr Einfluss auf den Konsum konventioneller Zigaretten. Anmerkungen zu einer aktuellen Kohortenstudie mit Jugendlichen aus Deutschland. In: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hg.): Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, Lengerich: Pabst Science Publishers, S.96-113
- Jazbinsek, D/Stöver, H (2018): E-Zigaretten und Tabakwerbeverbot –Eckpunkte eines Kompromissvorschlags. In: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hg.): Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, Lengerich: Pabst Science Publishers, S.88-95
- Kastaun, S/Kotz, D (2019): Ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung – Ergebnisse der DEBRA-Studie. In: Sucht, doi.org/10.1024/0939-5911/a000574
- Levy, DT et al. (2018a): Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with e-cigarettes. In: Tobacco Control. 27 (1), S.18-25
- Levy, DT et al. (2018b): Examining the relationship of vaping to smoking initiation among US youth and young adults: a reality check. Tobacco Control. <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2018/10/31/tobaccocontrol-2018-054446.long>
- Nagelhout, GE et al. (2016): E-cigarette advertisements, and associations with the use of e-cigarettes and disapproval or quitting of smoking: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. International Journal of Drug Policy. Vol 29, S. 73-9
- National Institute on Drug Abuse (2018): Monitoring the Future Study: Trends in Prevalence of Various Drugs. <https://www.drugabuse.gov/trends-statistics/monitoring-future/monitoring-future-study-trends-in-prevalence-various-drugs>
- NASEM/National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2018): Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press.
- OLG Nürnberg (2013): Urteil des Oberlandesgerichtes vom 30.4.2013; Aktenzeichen 3 U 2161/12; https://www.vzbv.de/sites/default/files/downloads/Netto-OLG_Nuernberg-E-Zigarette-3_U_2161-12.pdf
- OLG Frankfurt am Main (2014): Urteil des Oberlandesgerichtes vom 27.2.2014; Aktenzeichen 6 U 244/12; <https://openjur.de/u/690567.html>
- OLG Hamm (2013): Urteil des Oberlandesgerichtes vom 10.9. 2013; Aktenzeichen 4 U 91/13; http://www.justiz.nrw.de/nrwe/olgs/hamm/j2002/4_U_91_13_Beschluss_20021022.html
- Orth, B/Merkel, C (2018). Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Public Health England (2018): PHE Health Harms campaign encourages smokers to quit. Pressemitteilung vom 28.12.2019. <https://www.gov.uk/government/news/phe-health-harms-campaign-encourages-smokers-to-quit>
- VdeH/Verband des eZigaretten-Handels (2018): E-Zigaretten – die unterschätzte Chance. https://vd-eh.de/wp-content/uploads/2018/02/vdeh_e-zigaretten_die_unterschaetzte_chance.pdf

E-Zigaretten: (k)eine „Einstiegsdroge“ ins Tabakrauchen?

Bernd Werse & Anna Dichtl

Zusammenfassung:

Der aktuelle wissenschaftliche Diskurs um den Gebrauch von elektronischen Dampfzeugnissen (eDe) unter Jugendlichen ist geprägt von gegenläufigen Standpunkten: Die eine Seite konstatiert eine „Renormalisierung“ des Rauchens, die Jugendlichen den Einstieg in den konventionellen Tabakkonsum erleichtere. Andere Studien zeigen keine Hinweise darauf, dass das Dampfen eine Einstiegsdroge ins Tabakrauchen sein könnte. Der vorliegende Artikel umreißt kurz den aktuellen Forschungsstand, um dann die eDe-bezogenen Resultate einer Langzeitstudie aus Frankfurt vorzustellen, die nicht darauf hinweisen, dass eDe unter Jugendlichen bislang zu einer „Re-Normalisierung“ des Rauchens geführt haben – im Gegenteil ist der Zigarettenkonsum seit der Etablierung der E-Produkte nochmals deutlich zurückgegangen. Die in Deutschland noch weit verbreitete Skepsis gegenüber E-Produkten als Schadensminierungsmaßnahme für Raucher_innen scheint vor diesem Hintergrund im Hinblick auf die Verbreitung unter Jugendlichen unbegründet.

1. Einleitung

Die zunehmende Verbreitung elektronischer Dampfzeugnisse (eDe¹) wird seit einigen Jahren kontrovers diskutiert, wobei sich zwei Positionen gegenüberstehen, die gegenläufige gesundheitspolitische Implikationen mit sich bringen: Auf der einen Seite wird argumentiert, dass der Konsum von eDe den Ausstieg aus dem konventionellen Tabakkonsum erleichtere oder diesen zumindest drastisch senke. Auf der anderen Seite besteht die Befürchtung, dass das Dampfen neue Gesundheits- und Suchtfährdungen mit sich bringe und zu einer „Renormalisierung“ des Rauchens führen könnte. Vor diesem Hintergrund wird vor allem im Hinblick auf Jugendliche befürchtet, dass diese durch die Verfügbarkeit süßer Aromen und des spezifischen Marketings besonders anfällig für den Konsum von E-Zigaretten bzw. E-Shishas seien.² Dies sei nicht nur aufgrund der zwar im Vergleich zum konventionellen Tabakrauch geringeren, aber dennoch nicht zu unterschätzenden und in ihrer Langzeitwirkung nicht erforschten Schadstoffbelastung der verdampften Aerosole bedenklich. Die Diskursbeiträge unterscheiden sich hier insbesondere hinsichtlich der Bewertung, ob eDe eine „Einstiegsdroge“ in den konventionellen Tabakkonsum darstellen könnte

¹ Unter „eDe“ werden im Folgenden alle Produkte verstanden, die über ein batteriebetriebenes Heizelement sowohl nikotinhalten als auch nikotinfreien Dampf erzeugen, wie z. B. E-Zigaretten, E-Shishas, „Heat-not-burn“-Tabakverdampfer oder auch E-Pfeifen.

² Für einen Forschungsüberblick in Bezug auf den Gebrauch von eDe unter Jugendlichen siehe Graf et al. 2016.

(„Gateway-Hypothese“). Dies gilt v. a. mit Blick auf spezifischere Fragen hinsichtlich der Zusammenhänge von Tabak- und eDe-Erfahrungen. Im Folgenden wird kurz auf den bisherigen Forschungsstand zu diesem Thema eingegangen, bevor ausführlich die eDe-bezogenen Resultate einer Langzeitstudie aus Frankfurt diskutiert werden.

2. Zum Forschungsstand der sogenannten Gateway-Hypothese

Noch vor drei Jahren existierte praktisch keine wissenschaftliche Evidenz über einen etwaigen Einstiegseffekt von eDe, obwohl die entsprechende These vielerorts als manifeste „Gefahr“ der neuartigen Produkte kolportiert wurde. In einem Forschungsüberblick wird zum einen darauf hingewiesen, dass bei den durchaus zahlreichen Studien zum jugendlichen Gebrauch zumeist offenbleibe, „inwiefern der Konsum von E-Zigaretten eher einen experimentellen Charakter aufweist oder regelmäßig praktiziert wird“ (Graf et al. 2016: 198). Die entsprechenden Zahlen sagten also praktisch nichts darüber aus, ob die betreffenden Jugendlichen jeweils nur Probierkonsum, gelegentlichen oder häufigen Gebrauch praktizierten. Zudem wurde nicht nach unterschiedlichen Produkten unterschieden. Insgesamt könnten Aussagen zu Kausalzusammenhängen im Allgemeinen und zur Gateway-Hypothese im Besonderen auf Grundlage der bis dato aktuellen Studienlage nicht getroffen werden (Graf et al. 2016: 199).

Aktuell existiert aus Deutschland eine Kohortenstudie des IFT-Nord in Kiel (Morgenstern et al. 2018), die mit „Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten“ betitelt ist und einen entsprechenden Zusammenhang nahelegt. Im letzten Alternativen Drogen- und Suchtbericht hatte Dietmar Jazbinsek (2018) diese Studie detailliert unter die Lupe genommen und aufgrund methodischer Schwächen, u.a. unklarer Definitionen und Interpretationen verschiedener Konsumkennzahlen, die entsprechende „Bestätigung“ der Gateway-Hypothese stark in Zweifel gezogen. Auch aus Großbritannien folgte Kritik an der Studie auf Basis von Übersichtsarbeiten: Brose (2018: 478) wies u.a. auf Folgendes hin: „Hauptindikator für einen „Gateway-Effekt“ ist die Entwicklung der Rauchprävalenz. Unzureichende Tabakkontrollmaßnahmen stellen ein größeres Risiko für eine weiterhin hohe Rauchprävalenz dar als eventuelle Gateway-Effekte“. Zudem existieren diverse weitere aktuelle Studien aus dem Vereinigten Königreich (u.a. Bauld et al. 2017, McNeil et al. 2018), bei denen deutlich wurde, dass sowohl erwachsene als auch jugendliche Dampfer_innen fast ausschließlich Raucher_innen oder ehemalige Raucher_innen sind; Nie-Raucher_innen probieren E-Zigaretten zwar aus, aber nur sehr wenige (0,1-0,5%) gehen zu einem regelmäßigen E-Zigarettenkonsum über. Eine weitere aktuelle britische Studie (Hallingberg et al. 2019) konnte die Frage, ob eDe den Zigarettenkonsum unter Jugendlichen „re-normalisiere“ relativ eindeutig verneinen.

In diesem Jahr erschien eine US-amerikanische Studie (Berry et al. 2019), in der gegenläufig dazu Hinweise darauf gefunden wurden, dass der Gebrauch von E-Zigaretten mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit assoziiert sei, Zigaretten auszuprobieren – auch hier beschränkt sich die Betrachtung aber auf die Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz des Rauchens.

Zu beachten bei diesen Ergebnissen sind Länderunterschiede bezüglich Verfügbarkeit und Bewertung unterschiedlicher E-Produkte. So könnte z.B. in den USA die

relativ hohe Verbreitung des Produktes „Juul“ (siehe Jazbinsek in diesem Band) eine Rolle bei der etwas größeren Bedeutung unter Jugendlichen spielen.

3. Ergebnisse aus der jährlichen repräsentativen Schülerbefragung im Rahmen des „Monitoring-Systems Drogentrends“ in Frankfurt

Im Folgenden präsentieren wir Ergebnisse zum Konsum von eDe aus einer repräsentativen Frankfurter Schülerbefragung, die seit 2002 jährlich im Rahmen des „Monitoring-System Drogentrends“ (MoSyD) (aktuell: Kamphausen et al. 2018) durchgeführt wird³. Zielgruppe sind 15- bis 18-jährige Schüler_innen. Seit 2014 werden dort detailliert Konsumerfahrungen und -gewohnheiten mit E-Zigaretten und ähnlichen Produkten erhoben. Die letzten veröffentlichten Daten entstammen der Erhebung Ende 2017.

Wie Abbildung 1 zeigt, geben seit der ersten entsprechenden Abfrage im Jahr 2014 jeweils rund die Hälfte der Jugendlichen an, E-Produkte (E-Zigaretten, E-Shishas und/oder „Heat-not-burn“-Produkte) mindestens einmal probiert zu haben. Der Konsum in den letzten 30 Tagen, also der Anteil aktuell Konsumierender, stieg seither leicht von 14% auf 18% an, stagnierte aber im bislang letzten Erhebungsjahr. Auch der Anteil der täglich Konsumierenden ist (nicht signifikant) von 2% auf 4% im Jahr 2016 gestiegen, dann aber wieder auf 3% gesunken.

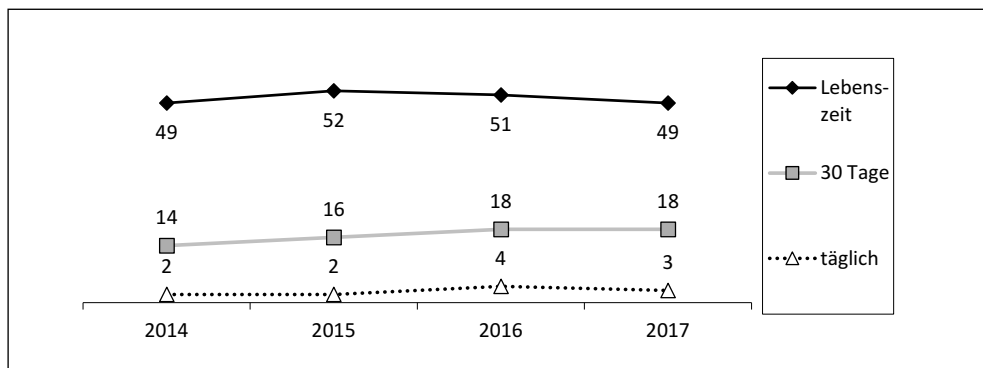


Abb. 1: Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz sowie täglicher Konsum von eDe bei 15- bis 18- jährigen Jugendlichen in Frankfurt, 2014-2017 (%)

Zum Vergleich ist in Tab. 2 die langjährige Entwicklung beim Konsum von Zigaretten und ähnlichen Tabakprodukten angegeben. Trotz des in der Fußnote angegebenen Vorbehalts zeigt sich hierbei zunächst, dass sämtliche Konsumraten seit 2013 nochmals deutlich zurückgegangen sind. In den letzten Erhebungen gab es sogar weniger Jugendliche, die mindestens einmal Zigaretten o.ä. ausprobiert haben, als Be-

³ Eine ausführlichere Analyse zu eDe aus dieser Studie, allerdings mit älteren Daten, ist in Wersé et al. 2017 nachzulesen.

fragte, die eDe probiert haben. Die 30-Tages-Prävalenz liegt mit zuletzt 23% bei den herkömmlichen Tabakprodukten aber höher als bei E-Produkten, und der tägliche Konsum übersteigt denjenigen der eDe um ein Vielfaches (11% gegenüber 3%).

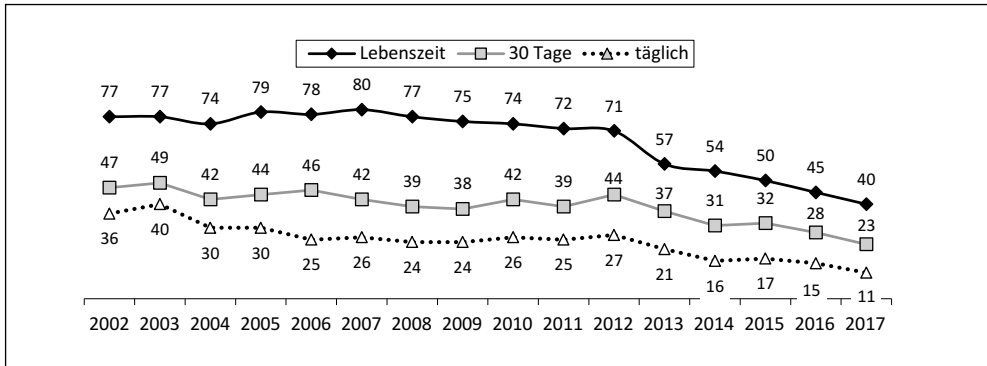


Abb. 2: Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz sowie täglicher Konsum von Zigaretten, Zigarren und/oder Tabakspfeifen bei 15- bis 18-jährigen Jugendlichen in Frankfurt, 2002-2017 (%)⁴

Zusätzlich ist erwähnenswert, dass in der jüngsten Erhebung 50% mindestens einmal im Leben und 24% in den letzten 30 Tagen Shisha (orientalische Wasserpfeife) geraucht haben. Häufiger Konsum ist aber ebenfalls selten (z.B. mehr als fünfmal im Vormonat: 6%).

In der jüngsten Erhebung gaben 69% der eDe-Erfahrenen an, vor dem ersten Konsum der E-Produkte mindestens einmal geraucht zu haben (Zigaretten, Zigarren, Pfeife oder Shisha). 9% derer mit eDe-Erfahrung hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch gar keine Erfahrung mit dem Tabakrauchen. 22% derer, die mindestens einmal E-Produkte konsumierten, haben erst nach dem „Dampfen“ Erfahrungen mit Tabakprodukten gemacht. Hier handelt es sich also um die Gruppe, die im Verdacht steht, E-Zigaretten als „Einstiegsdroge“ verwendet zu haben. Indes: In dieser Gruppe liegen die Kennzahlen für aktuellen Konsum herkömmlicher Tabakprodukte deutlich (hoch signifikant) niedriger als bei anderen Jugendlichen mit Raucherfahrungen: Lediglich 19% aus dieser Gruppe haben im letzten Monat Zigaretten o.ä. geraucht gegenüber 45% der übrigen Tabakerfahrenen; 7% gegenüber 22% rauchen täglich.

Abgesehen davon, dass es einen kleinen Anteil Jugendlicher gibt, der nur eDe und keine rauchbaren Tabakprodukte ausprobiert, scheint es also eher so zu sein, dass der Konsum von E-Produkten vor dem ersten Rauchen eher eine protektive Wirkung im Hinblick auf *regelmäßiges* Rauchen zu haben scheint. Darüber hinaus ist auffällig, dass gerade aktueller und täglicher Konsum von Zigaretten genau in der Phase (2013-2014) nochmals deutlich zurückgegangen ist, als E-Produkte verstärkt unter

⁴ Die Ergebnisse zur Lebenszeit- und 30-Tages-Prävalenz vor 2013 sind unter gewissem Vorbehalt zu betrachten, da bis 2012 bei der Fragestellung noch nicht klar zwischen den besagten Tabakerzeugnissen und Shishas unterschieden wurde.

Jugendlichen populär wurden. Auch diese Beobachtung deutet also nicht auf einen Gateway-Effekt hin.

4. Diskussion

Zweifellos haben eDe – nicht nur E-Zigaretten, sondern auch zumeist nikotinfreie E-Shishas, „Heat-not-burn“-Produkte etc. – seit einigen Jahren bei vielen Jugendlichen Interesse geweckt, so dass solche Produkte zumindest in einer Großstadtpopulation von rund jeder/jedem Zweiten ausprobiert werden. Damit haben E-Produkte Zigaretten bereits „überholt“ – allerdings nur im Hinblick auf Probierkonsum und moderaten Gebrauch; die regelmäßige Nutzung bleibt nach wie vor die Ausnahme. Gleichzeitig hat sich gerade der regelmäßige Zigarettenkonsum in dieser Altersgruppe nochmals drastisch verringert. Allein dieser Befund zeigt, dass eDe, bezogen auf die Gesamtheit junger Menschen, bislang keineswegs zu einer „Re-Normalisierung“ des Rauchens geführt haben – ganz im Gegenteil. Dass es natürlich Korrelationen zwischen eDe- und Tabakerfahrungen gibt (worauf sich viele der Studien beziehen, die einen „Gateway-Effekt“ unterstellen), überrascht nicht, da dies weitgehend denselben Teil der Jugendlichen, die inhalierbare Substanzen ausprobieren möchten, betrifft. Einige Befunde aus der MoSyD-Studie legen nahe, dass sich unter diesen Jugendlichen mittlerweile ein nicht unerheblicher Teil mit experimentellem oder gelegentlichem Konsum von E-Produkten oder auch Shishas begnügt und nicht zu regelmäßigem Zigarettenkonsum übergeht.

Insgesamt scheint Zigarettenrauchen unter Jugendlichen in den letzten Jahren immer „uncooler“ geworden zu sein – übrigens parallel zur Anwendung zahlreicher Maßnahmen der Verhältnisprävention, die ganz ohne Strafrecht auskommen –, gleichzeitig wurde dieser Imageverlust aber nicht annähernd durch regelmäßigen E-Zigaretten-Konsum kompensiert. Die in Deutschland immer noch weit verbreitete Skepsis gegenüber E-Produkten als Schadensminimierungsmaßnahme für Raucher_innen ist also auch im Hinblick auf die Verbreitung unter Jugendlichen offenbar unbegründet.

Literatur

- Bauld, L./MacKintosh, A./Eastwood, B./Ford, A./Moore, G./Dockrell, M./McNeill, A. et al. (2017): Young People's Use of E-Cigarettes across the United Kingdom: Findings from Five Surveys 2015-2017, in: International journal of environmental research and public health, 14(9), 973.
- Berry, K./Fetterman J./Benjamin, E. et al. (2019): Association of Electronic Cigarette Use With Subsequent Initiation of Tobacco Cigarettes in US Youths, in: JAMA Netw Open. 2(2): e187794.
- Brose, L. (2018): Unzureichende Tabakkontrollmaßnahmen, in: Dtsch Arztebl Int; 115(27-28): 478-9.
- Graf, N./Müller, D./Dichtl, A./Stöver, H./Werse, B. (2016): Der Konsum von elektronischen Dampferzeugnissen (eDe) unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen: ein Forschungsüberblick, in: Stöver, H. (2016): Die E-Zigarette. Geschichte-Gebrauch- Kontroversen. Fachhochschulverlag. Frankfurt am Main: 83-126.

- Hallingberg, B./Maynard, O./Bauld L. et al. (2019): Have e-cigarettes renormalised or displaced youth smoking? Results of a segmented regression analysis of repeated cross sectional survey data in England, Scotland and Wales. *Tobacco Control*, Published Online First: 01 April 2019.
- Jazbinsek, D. (2018): E-Zigaretten und ihr Einfluss auf den Konsum konventioneller Zigaretten. Anmerkungen zu einer aktuellen Kohortenstudie mit Jugendlichen aus Deutschland, in: *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018*: 96-113.
- Kamphausen, G./Werse, B./Klaus, L./Sarvari, L. (2018). *MoSyD Jahresbericht 2017. Drogen-trends in Frankfurt am Main*. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a. M.
- McNeill, A./Brose, L./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 2018.
- Morgenstern, M./Nies, A./Goecke, M./Hanewinkel, R. (2018): E-Zigaretten und Einstieg in den Konsum konventioneller Zigaretten – Eine Kohortenstudie bei Jugendlichen der Klasse 10, in: *Dtsch Ärz-tebl Int* 2018; 115(14): 243-8.
- Werse, B./Müller, D./Stöver, H./Dichtl, A./Graf, N. (2017): Der Konsum von elektronischen Dampferzeugnissen unter Jugendlichen – Konsummuster in einer repräsentativen Stichprobe aus Frankfurt/Main, in: *Suchttherapie* 18 (03): 134-139.

Die Juul-Story

Fakten und Fake News über die bekannteste E-Zigaretten-Marke der Welt

Dietmar Jazbinsek

Zusammenfassung

Aus den USA erreichen uns Meldungen über den Ausbruch einer neuen Epidemie. Demnach tummeln sich Millionen von Minderjährigen auf den Schultoiletten, um heimlich an einer E-Zigarette namens Juul zu ziehen. Sie sollen Opfer einer perfiden Marketingstrategie sein, die an die finstersten Zeiten der Tabakindustrie erinnert. Dieser Verdacht wird durch den Umstand erhärtet, dass der Marlboro-Hersteller Altria im Dezember 2018 einen Anteil von 35% an dem Start-Up-Unternehmen Juul Labs erworben hat. Wenige Tage vor Bekanntgabe des Deals startete der Verkauf der neuen E-Zigarette in Deutschland. Allerdings enthalten die dazugehörigen Liquids in EU-Ländern sehr viel weniger Nikotin als in den Vereinigten Staaten. Die deutsche Presse berichtete ausführlich über die dort verbreitete Angst, es könnte eine neue Generation von Nikotinabhängigen heranwachsen. Nicht berichtet wurde über die politischen Hintergründe der Juul-Panik in den USA: Die Frage, wie E-Zigaretten reguliert werden sollten, ist zu einem Prestigekampf zwischen der Trump-Administration und der Opposition geworden. In dieser Auseinandersetzung greifen alle Beteiligten – Hersteller und Behörden, Experten und Parteien – zu Halbwahrheiten und Übertreibungen, um die Öffentlichkeit auf ihre Seite zu ziehen. Der vorliegende Beitrag ist ein Versuch, Fakten und Fake-News voneinander zu trennen.

Einleitung: Szenen eines Horrorfilms

E-Zigaretten gibt es schon länger, in den USA sind sie seit über zehn Jahren auf dem Markt. Doch noch nie hat die neue Form des Nikotinkonsums für solch dramatische Schlagzeilen gesorgt wie im Fall einer Produktneuheit, deren Markenname im Englischen wie „Juwel“ (jewel) klingt: „Juul ist cool – und extrem gefährlich“ (ZDF Heute); „Schmeckt nach Bonbon, kann tödlich sein“ (Spiegel Online); „Macht extrem süchtig“ (Kölner Stadtanzeiger); „Millionen US-Teens gelten bereits als abhängig“ (N-TV). Die deutsche Ausgabe des Nachrichtendienstes Business Insider zitiert einen Kinderarzt aus Boston mit den Worten: „Bereits nach einigen Hundert Zigaretten, oder was auch immer das Äquivalent bei E-Zigaretten ist, sind Jugendliche gereizt und beginnen zu zittern, sobald sie aufhören“. Manche Schulen haben Detektoren in den Toiletten installiert, um die Schüler davon abzuhalten, sich dort einen Nikotinkick zu verpassen, heißt es in der Frankfurter Allgemeinen. Und der Züricher Tages-Anzeiger berichtet: „In den USA haben sich verzweifelte Eltern mittlerweile zu

Kampfgruppen formiert“, um die „heranwachsenden Hirne“ ihrer Kinder vor den „liquiden Nikotinbomben“ zu schützen.

Die Nachrichten über die seuchenartige Ausbreitung einer Suchterkrankung können sich auf namhafte Kronzeugen berufen, denn auch der US-Gesundheitsminister, der Surgeon General der Vereinigten Staaten und der Leiter der für die Regulierung von E-Zigaretten zuständigen Food and Drug Administration haben eine „Epidemie“ des Juul-Konsums unter Teenagern konstatiert. Als Beleg verweisen die politisch Verantwortlichen auf die Ergebnisse einer aktuellen Umfrage, wonach die Zahl der jugendlichen E-Zigaretten-Konsumenten von 2017 auf 2018 sprunghaft zugenommen hat, und zwar um 48% an den Middle Schools und um 78% an den High Schools. Diese Zahlenangaben sind in vielen deutschen Medien aufgegriffen und als „erschreckend“ bewertet worden, doch in keinem der Berichte wurde erläutert, was genau sich hinter den Zahlen verbirgt.

Was sich hinter den Prävalenzdaten verbirgt

Im November 2018 veröffentlichten die Centers for Disease Control (CDC) die neuesten Daten des alljährlichen National Youth Tobacco Survey. Demnach haben im letzten Jahr 4,9 % der Schüler an den Middle Schools und 20,8% der Schüler an den High Schools E-Zigaretten konsumiert, was zusammengekommen 3,6 Millionen aktuelle Nutzer („current user“) im Alter von 11 bis 18 Jahren ergibt (Cullen et al. 2018). Alarmierend daran ist – wie bereits erwähnt – der steile Anstieg der Prävalenzen um fast 50% bzw. fast 80% im Vergleich zum Vorjahr. In dieser Altersgruppe ist auch der Konsum von Tabakprodukten insgesamt angestiegen, weil E-Zigaretten in der CDC-Statistik zu den Tabakprodukten gezählt werden, obwohl sie keinerlei Tabak enthalten. Ein ähnlicher Trend zeigt sich bei den neuesten Daten der Monitoring the Future-Umfrage, die vom National Institute on Drug Abuse veröffentlicht wurden. Demnach hat in den USA letztes Jahr etwa jeder zehnte Schüler der 8. Klassen, jeder fünfte Schüler der 10. Klassen und jeder vierte Schüler der 12. Klassen E-Zigaretten konsumiert. Auch bei dieser Langzeit-Studie wurden Steigerungsraten um die 60% verzeichnet (Johnston et al. 2019).

Was in den Epidemie-Warnungen fehlt, ist der Hinweis, dass bei beiden Studien mit „aktuellem Konsum“ die 30-Tages-Prävalenz gemeint ist. Das heißt, die Daten geben Aufschluss darüber, wie viele Teilnehmer in den 30 Tagen vor der Befragung mindestens einmal an einer E-Zigarette gezogen haben. Mit eingeschlossen sind also auch Fälle, in denen ein Schüler zum ersten und einzigen Mal an einer E-Zigarette gezogen hat. Bei den 3,6 Millionen aktuellen Nutzern handelt es sich also nicht unbedingt um Jugendliche, die an der E-Zigarette hängen wie der Junkie an der Nadel, auch wenn in vielen Presseartikeln genau dieser Eindruck erweckt wird. Von einer Nikotinabhängigkeit, wie sie der Bostoner Kinderarzt schildert, könnte man nur dann sprechen, wenn die Schüler jeden Tag E-Zigaretten dampfen und das möglichst mehrmals. Angaben zum täglichen E-Zigaretten-Konsum sucht man in den Veröffentlichungen der aktuellen Umfrageergebnisse jedoch vergeblich. Besonders auffällig ist das bei dem Monitoring the Future-Bericht, der über den täglichen Alkohol-, Marihuana- und Zigarettenkonsum der Schüler und deren täglichen Konsum von Kau- und Schnupftabak Auskunft gibt, dieselbe Information bei den E-Zigaretten aber weglässt.

Für den National Youth Tobacco Survey, bei dem 2018 etwas mehr als 20.000 Schüler befragt wurden, liegen immerhin die Zahlen über den „häufigen E-Zigaretten-Konsum“ vor (Genzke et al. 2019). Damit sind die Fälle gemeint, in denen die Schüler ihren eigenen Angaben zufolge an 20 oder mehr Tagen des vorangegangenen Monats gedampft haben. An den Middle Schools trifft dies auf 16% der aktuellen Nutzer von E-Zigaretten zu, an den High Schools auf 28%. Umgerechnet sind das Anteile von 0,8% an den mittleren Schulen und 5,8% an den höheren Schulen, was insgesamt rund 950.000 Personen ergibt. Daten zum täglichen Gebrauch von E-Zigaretten sind einem Bericht für das Vorjahr zu entnehmen (Anic et al. 2018). Überträgt man diese Angaben auf die Erhebung von 2018, dann gibt es an den High Schools schätzungsweise 370.000 und an den Middle Schools ca. 73.000 Schüler, die jeden Tag dampfen. Um die reale Zahl der minderjährigen und nikotinabhängigen E-Zigaretten-Konsumenten zu bekommen, müsste man hiervon noch die Schüler aus den Abschlussklassen abziehen, die 18 Jahre oder älter sind. Pressemeldungen über „Millionen“ nikotinabhängiger Jugendlicher in den USA – so viel lässt sich schon mal festhalten – widersprechen den Quellen, auf die sich diese Meldungen berufen.

Und auch eine andere Schreckensmeldung, die beim Thema E-Zigarette immer wieder für Schlagzeilen sorgt, steht im Widerspruch zu den verfügbaren US-Daten: die Warnung davor, dass die E-Zigarette für Kinder und Jugendliche zu einer Einstiegsdroge werden könnte, an der sie das Rauchritual einüben, um danach zur Tabakzigarette zu greifen. Zwar ist der Anteil der Raucher an den High Schools zuletzt geringfügig angestiegen, von 7,6% im Jahr 2017 auf 8,1% im Jahr 2018 – er liegt aber immer noch deutlich unter der Raucherprävalenz vor der Markteinführung von Juul (9,2% im Jahr 2014). Bemerkenswert ist außerdem: Die Mehrzahl der Jugendlichen an den High Schools, die heute noch Zigaretten rauchen, sind dual user. Nur noch 2,6% von ihnen rauchten 2018 ausschließlich Zigaretten – im Vergleich zu 14,6% im Jahr 2011. An den Middle Schools wiederum hat der Anteil der Zigarettenraucher 2018 mit 1,8% ein Allzeittief erreicht. Für eine „Renormalisierung des Rauchens“, wie sie die Einstiegsdrogen-Theorie unterstellt, fehlt demnach jede empirische Evidenz. Sehr viel besser als die Gateway-Hypothese scheint die Diversionshypothese zu den vorhandenen Daten zu passen: Demnach wird der jugendliche Nikotinkonsum teilweise oder komplett von der Zigarette zur E-Zigarette umgelenkt. Genau dies besagt eine Studie, bei der die vorhandenen Umfrageergebnisse einer Sekundäranalyse unterzogen wurden (Levy et al. 2018). Demnach hat sich der Rückgang der Raucherprävalenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich beschleunigt, seitdem E-Zigaretten in den USA populär geworden sind.

Ein Manko der bislang zitierten Umfragen besteht darin, dass sie den E-Zigaretten-Konsum pauschal erfassen und keinen Aufschluss über die Beliebtheit bestimmter Marken geben. Das ist bei der Truth Longitudinal Cohort anders, denn hier wurden 2018 rund 15.000 Teilnehmer im Alter zwischen 15 und 34 Jahren explizit zu ihrem Juul-Konsum befragt (Vallone 2018). Das Ergebnis: In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen gaben 10% der Befragten an, schon einmal an einer Juul gezogen zu haben. Der Anteil der „aktuellen Konsumenten“ lag bei 6% und circa 1,5% der befragten Jugendlichen haben die Juul an 10 oder mehr Tagen des vorangegangenen Monats gedampft. Von diesen wiederum dürfte nur ein kleiner Teil zu den täglichen Konsumenten gehören, die entsprechenden Angaben fehlen in der Publikation der Umfrageergebnisse. Einen Anhaltspunkt hierzu liefert jedoch eine Erhebung im

Herbst 2018, bei der im Auftrag von Juul Labs eine repräsentative Stichprobe von rund 1.000 Jugendlichen befragt wurde (McKeganey et al. 2019 a). Kein einziger der 13- bis 14-Jährigen „juult“ den eigenen Angaben zufolge an mehr als 20 Tagen im Monat. Unter den 15- bis 17-Jährigen lag der Anteil der häufigen Nutzer bei 0,3%, was auf die USA hochgerechnet eine Zahl von rund 100.000 Jugendlichen ergibt. Von dieser Gruppe wiederum müsste man noch jene Teenager abziehen, die von der Zigarette auf die E-Zigarette umgestiegen sind. Denn in ihrem Fall führt der Juul-Konsum zu einer deutlichen Verringerung der Gesundheitsgefahren unter Beibehaltung der Nikotinabhängigkeit, erhöht aber nicht die Zahl der Nikotinabhängigen insgesamt.

Erstes Fazit: Die vorhandenen Prävalenzdaten aus den USA widerlegen den Eindruck, den die zahlreichen Juul-Anekdoten in den deutschen Medien erwecken. Von einer seuchenartigen Vermehrung suchtkranker „Kinder“/ „Kids“ kann keine Rede sein.

Der Juul-Hype: Ein Werbeeffekt?

Die eingangs erwähnten Horrormeldungen über eine Nikotin-Epidemie unter US-amerikanischen Jugendlichen sind stark übertrieben – auf die Gründe für diese Übertreibungen werden wir noch zurückkommen. Doch selbst wenn deutlich weniger Teenager nikotinabhängig geworden sein sollten, als gemeinhin unterstellt wird, wirft die Größenordnung von Hunderttausenden von Schülern, die mehr oder weniger regelmäßig E-Zigaretten konsumieren, dieselbe Frage auf wie der Boom des Probierkonsums im Jahr 2018: Wie ist es dazu gekommen? Für viele Gesundheitsorganisationen aus den USA liegt die Antwort auf der Hand: Auslöser des Hypes soll die raffinierte Marketingstrategie von Juul Labs gewesen sein. Vertreter der Herstellerfirma bestreiten dies und beteuern, sich mit der eigenen Werbung ausschließlich an erwachsene Raucher gewendet zu haben. Beide Behauptungen sind nachweisbar falsch.

Als das Start-Up-Unternehmen Juul Labs seine Produktneuheit im Juni 2015 auf den Markt brachte, bediente es sich eines Marketingtricks, den die Tabakkonzerne seit vielen Jahren anwenden: Die Fotomodelle, die es in der Juul-Werbung zu sehen gab, waren offiziell zwischen 24 und 37 Jahre alt, wurden aber so in Szene gesetzt, dass sie jünger wirkten. Dafür sorgten ihr Styling, ihre Körpersprache und ein quietschbuntes Ambiente (Jackler et al. 2018). Die Kampagne mit dem Claim „Vaporizing“ lief nicht über Fernsehspots, Plakate oder Zeitschriften, sondern über die sozialen Netzwerke. Auf Instagram und Twitter wurde die Juul-Reklame über unverfänglich klingende Hashtags wie #design, #smart oder #style in Umlauf gebracht. Via Facebook bekamen Neugierige Einladungen zu „product launch partys“, wo die neue E-Zigarette kostenlos verteilt wurde. In Einzelfällen hat die Herstellerfirma auch mit Influencern zusammengearbeitet, die sich gegen Bezahlung in ihren Internet-Blogs von der Juul begeistert zeigten. Auf einer Webseite der Universität Stanford sind die Bildmotive der ersten Werbekampagne heute noch einsehbar. Ein kurzer Blick genügt (siehe Anhang, Bild 1), um festzustellen, dass es sich um eine reine Schutzbehauptung handelt, wenn der PR-Chef von Juul Labs noch im Sommer 2018 per Pressemitteilung verkündet: „We have never marketed to anyone underage“ (David 2018).

Derselben Pressemitteilung kann man entnehmen, warum auch die Gegenthese nicht stimmen kann, der Juul-Boom sei von der jugendaffinen Werbung ausgelöst

worden. Dort findet sich nämlich ein Schaubild, dem die Werbeausgaben und Nettoumsätze von Mai 2015 bis Mai 2018 zu entnehmen sind. Demnach verharren die Umsätze des Unternehmens während der sechsmonatigen Laufzeit der „Vaporized“-Kampagne und in dem halben Jahr danach auf niedrigem Niveau. Das deckt sich mit den Daten des National Youth Tobacco Survey: Von 2015 bis 2016 ist die Zahl der E-Zigaretten-Konsumenten an den High Schools der USA nicht etwa angestiegen, wie man aufgrund der Juul-Werbung vermuten könnte, sondern um rund 30% zurückgegangen (Cullen et al. 2018).

Als die Juul-Verkäufe ein Jahr nach der Markteinführung allmählich anzogen, waren die Teenie-Motive schon lange aus der Reklame verschwunden. Und im Boom-Jahr 2018 bestand die Werbung aus Bildern und Botschaften realer Personen im Alter zwischen Anfang 30 und Anfang 80. Es handelt sich dabei durchweg um Raucher, die von der Zigarette zur E-Zigarette gewechselt sind. Dieser „Switching“-Kampagne den Vorwurf zu machen, sie würde sich an ein Publikum von minderjährigen Nichtraucherern richten, wäre einigermaßen absurd. Auch davon kann man sich auf der Tobacco-Webseite der Stanford University mit eigenen Augen überzeugen (siehe Anhang, Bild 2). Doch hartgesottene Vertreter der Gateway-Theorie wie Bonnie Halpern-Felsher wollen sich offenkundig nicht überzeugen lassen. Gegenüber der Tageszeitung *Politico* meinte die Psychologin, durch die Switching-Kampagne würden die armen Kinder („poor kids“) völlig verwirrt. Bei der Jugend komme die Botschaft an ‚wenn die Juul für den Rauchstopp geeignet ist, dann ist sie auch für uns ok‘, so Halpern-Felsher („The next e-cig battle“, *Politico* 19.4.2019).

Hätte die Juul-Werbung tatsächlich so eine durchschlagende Wirkung auf „die Jugend“, wie hier unterstellt wird, dann sollte man annehmen, dass die große Mehrzahl der Jugendlichen in den Vereinigten Staaten die Modemarke kennt und für harmlos hält. Beides ist nicht der Fall, wie aus einer Studie hervorgeht, an der Bonnie Halpern-Felsher selbst beteiligt war (McKelvey et al. 2018). Im Frühsommer 2018, als in den Zeitungen das Schlagwort von der Juul-Epidemie aufkam, wurden 445 Jugendliche und junge Erwachsene aus Kalifornien zu ihren Erfahrungen mit dem neuen Pod-System befragt. Dabei stellte sich heraus, dass fast die Hälfte von ihnen (48,5%) noch nie etwas von einer E-Zigarette namens Juul gehört hatten. Auf jeden Jugendlichen, der meinte, es sei harmlos, regelmäßig Pod-Systeme zu verwenden, kamen im Schnitt 7 Andere, die dem deutlich widersprachen. Ein ähnliches Bild zeigen zwei aktuellere Studien, die im Auftrag von Juul Labs durchgeführt wurden. Über die Hälfte der 15- bis 17-Jährigen (55%), die im Herbst 2018 auf dem Höhepunkt des Hypes befragt wurden, gaben an, noch nie etwas von Juul gehört zu haben. Bei den 13- bis 14-Jährigen waren es sogar 70% (McKeganey et al. 2019 a). Gegen Ende des Jahres beteiligten sich dann noch einmal rund 10.000 Heranwachsende im Alter von 13 bis 17 Jahren an einem Online-Survey (Katsampouris et al. 2019). Auf jeden Jugendlichen, der den täglichen Juul-Konsum für harmlos hielt, kamen auch hier im Schnitt 7 Andere, die von einer erheblichen Gesundheitsgefahr ausgingen. Die „armen Kids“ sind also keineswegs so unkritisch, wie gemeinhin unterstellt wird, auch wenn nicht allen immer klar ist, ob die E-Zigarette, die sie gerade dampfen, Nikotin enthält oder nicht.

Dass die Werbung für den Juul-Hype verantwortlich sein soll, ist nicht zuletzt deshalb unglaublich, weil Juul Labs hierfür sehr viel weniger Geld ausgegeben hat als die Konkurrenz. Vom dritten Quartal 2015 bis zum zweiten Quartal 2017 belie-

fen sich die Marketingausgaben des Unternehmens auf insgesamt 2,1 Mio. US-Dollar. Zum Vergleich: Der Tabakkonzern Reynolds hat im selben Zeitraum 16 Mio. US-Dollar allein in die Fernsehwerbung für seine E-Zigaretten-Marke „Vuse“ investiert (Huang et al. 2019). Was sonst könnte den Erfolg der Newcomer-Firma ausgelöst haben, wenn es nicht die Werbung war?

Produktdesign & Nikotinrezeptur

Die Juul gehört zu den E-Zigaretten mit Pod-System. Als „Pods“ bezeichnet man Liquidbehälter, die separat vom Verdampfer in den Handel kommen und nicht dazu gedacht sind, dass der Nutzer sie selbst wieder auffüllt. Der leere Behälter soll zusammen mit dem integrierten Heizdraht weggeworfen und nachgekauft werden. Anders als bei E-Zigaretten mit Tank-System ist es dank des Nespresso-Prinzips möglich, mit wenigen Handgriffen von einem Aroma zum anderen zu wechseln. Ein Juul-Pod enthält 0,7 Milliliter einer nikotinhaltigen Flüssigkeit, was laut Hersteller für rund 200 Züge reichen soll. Der Nikotingehalt beträgt in den USA 5%, in Deutschland 1,7%. Darüber hinaus besteht das Liquid aus Propylenglycol und Glycerin (bis zu 90%), Benzoessäure (bis zu 4%) und Aromen (bis zu 5%). Der Akku kann mit einem kleinen Ladegerät über jeden USB-Anschluss wieder aufgeladen werden. Aufgrund seiner relativ geringen Leistungsfähigkeit entsteht bei der Nutzung des Geräts nur vergleichsweise wenig Dampf. In dieser Hinsicht ähneln Pod-Systeme den sog. Cig-a-likes, sie sind im Gegensatz zu dieser ersten Generation von E-Zigaretten jedoch nicht darauf angelegt, einer Tabakzigarette möglichst ähnlich zu sehen. Im Fall der Juul erinnert das Aussehen eher an einen USB-Stick oder einen Textmarker. Die Grundidee geht auf eine Abschlussarbeit zurück, die von den Produktdesignstudenten Adam Bowen und James Monsees an der Stanford University erstellt wurde, noch bevor die Erfindung des Chinesen Hon Lik in den USA auf den Markt kam. Die Stanford d.school liegt im Silicon Valley und gilt als Talentschmiede des Apple-Konzerns, weshalb es kein Zufall ist, dass die Juul auch als das iPhone unter den E-Zigaretten bezeichnet wird.

Die Bedienung ist kinderleicht und das Gerät selbst ist es auch. Anders als die klobigeren Tank-Systeme kann man die Juul in einer Hand verschwinden lassen. Genau dies ist zum Running Gag in vielen Youtube-Videos geworden: Jugendliche machen sich einen Spaß daraus, mitten im Unterricht oder im Wohnzimmer heimlich an einer Juul zu ziehen. Damit die Erwachsenen nichts davon mitbekommen, behalten sie das Exhalat so lange im Mund, bis es sich verflüchtigt hat. Während der Reiz der Tank-Systeme im Cloud Chasing besteht, also im Erzeugen großer, auffälliger Dampfwolken, liegt er bei den Pod-Systemen in der diskreten Dampferzeugung (stealth vaping). Eine plausible Erklärung für den Juul-Hype liefert die Möglichkeit zum Versteck-Spiel jedoch nicht, denn dazu eigneten sich auch schon Pod-Systeme, die vor der Juul auf dem Markt waren.

Im Unterschied zu älteren Geräten desselben Typs wie der MarkTen von Altria oder der Vuse von Reynolds (heute BAT) war die Einführung der Juul mit einer entscheidenden Innovation verbunden: Das Liquid enthielt sehr viel mehr Nikotin als bis dahin üblich war, nämlich 59mg pro Milliliter. Den Herstellerangaben zufolge entspricht der Nikotingehalt eines Juul-Pods in etwa dem einer Packung mit 20 Zigaretten. Unabhängige Messungen deuten darauf hin, dass der reale Nikotingehalt je

nach Charge durchaus noch höher ausfällt als vom Hersteller angegeben und bis zu 69 mg/ml betragen kann (Talih et al. 2019). Normalerweise wirkt sich so eine starke Nikotinkonzentration nachteilig auf den Geschmack aus, denn der Dampf bekommt dadurch eine Schärfe, die zum Husten reizt. Im Fall der Juul wird diese Wirkung durch die Beigabe von Benzoesäure und gelöstem Nikotinsalz abgeschwächt.

Das Nikotin, das üblicherweise in E-Zigaretten-Liquids enthalten ist, ähnelt von seiner Wirkung her eher dem Zigarren- als dem Zigaretten Tabak (Duell et al. 2018). Bei der Extraktion von Nikotin aus der Tabakpflanze und der Aufbereitung zu pharmazeutischer Qualität wandelt es sich in die Form einer freien Base. Auch beim (luftgetrockneten) Zigarrentabak und dem (feuergetrockneten) Pfeifentabak liegt das Nikotin vor allem in unprotonierter Form vor. Weil es schneller vom Körper aufgenommen werden kann, gelangt das Gros des Nikotins im Zigarren- und im Pfeifenrauch bereits über die Schleimhäute des Atemtrakts ins Blut. Bis das im Mundraum aufgenommene Nikotin im Gehirn ankommt, vergehen allerdings Minuten und nicht – wie bei der Zigarette – Sekunden. Beim Zigaretten Tabak verläuft die Nikotinanflutung sehr viel schneller, weil das protonierte Nikotin bis in die Lunge gelangt und dort auf einer sehr viel größeren Fläche resorbiert wird. Das ist bei der Juul dank ihrer speziellen Nikotinrezeptur offenbar ähnlich, wodurch auch die Irritation im Hals abgeschwächt wird. „Complex chemistry involved“, antwortet sibyllinisch Ian M. Fearon, der Chefwissenschaftler von Juul Labs, hierzu auf Anfrage.

Eingefleischte Raucher berichten, dass der Juul-Dampf zwar keinen „throat hit“, wohl aber einen ähnlich starken Nikotinkick bewirkt wie der Zigarettenrauch. Weil sie mehr Nikotin pro Zug inhalieren, verbrauchen Juul-Konsumenten typischerweise sehr viel weniger Liquid als die Anwender von Tanksystemen. Aus toxikologischer Sicht ist das von Vorteil, weil sich dadurch die Schadstoffbelastung verringert, die mit der Abnutzung des Geräts, einer möglichen Verunreinigung der Aromastoffe oder der thermischen Degradation der Trägersubstanzen einhergehen kann (Leavens et al. 2019). Ein Nachteil des Pod-Systems besteht darin, dass sich Raucher nicht Schritt für Schritt aus dem Nikotinkonsum herausschleichen können. Juul Labs bietet in den USA zwar seit Juli 2018 auch eine 3%-Variante neben den üblichen Liquids mit einem Anteil von 5% Nikotin an. Eine nikotinfreie Juul-Sorte gibt es aber bis heute nicht.

In den Vereinigten Staaten hat eine ganze Reihe von Konkurrenten das Erfolgsrezept von Juul Labs kopiert und das eigene Liquid-Angebot entsprechend erweitert. Ein Team der Stanford University kam 2018 im Rahmen einer Marktforschungsstudie auf 39 Nachahmerprodukte („Juul-a-likes“), die ebenfalls Nikotinsalz enthalten und zum Teil noch höhere Nikotinstärken aufweisen als das Original (Jackler/ Ramamurthi 2019). Wenn das Marketing, das Produktdesign und die Nikotinrezeptur nicht (mehr) als Alleinstellungsmerkmale in Frage kommen, was bleibt dann noch als Erklärung für den Juul-Hype in den USA?

Aroma-Hysterie

Auf jede schwierige Frage gibt es eine ganz einfache und klare Antwort, die falsch ist: Im Fall der E-Zigarette trifft dieses Bonmot von Henry Louis Mencken auf die Aroma-Theorie zu. Es sollen die „kinderfreundlichen“ Liquid-Sorten sein, die das Dampfen so attraktiv für minderjährige Nichtraucher machen. Was den Juul-Hype betrifft, führt diese Vermutung offenkundig in die Irre, denn für andere, weniger erfolgreiche Pod-Systeme und erst Recht für E-Zigaretten mit Nachfüllbehältern stehen Tausende von Liquid-Sorten zur Auswahl, darunter etliche, die zum Beispiel nach Bonbons oder Gummibärchen, Wackelpudding oder Käsekuchen, Coca Cola oder Red Bull schmecken. Die Juul-Pods dagegen gibt es in den USA lediglich in acht Varianten und nur bei der Hälfte davon – Creme, Frucht, Mango und eventuell Cucumber – handelt es sich um Geschmacksrichtungen, die Kritiker gemeinhin als „kids-friendly“ einstufen.

Liquid-Sorten, die den Geschmack von Früchten nachahmen, sind seit Langem auch in Deutschland auf dem Markt, ohne dass es hier zu einem Boom des Jugendkonsums gekommen wäre, der mit dem Run auf die Alkopops vergleichbar ist. Tatsächlich gibt es diese große Auswahl an Sorten wegen der Nachfrage von Seiten der Erwachsenen: Ein Raucher, der vom Tabak loskommen will, möchte nicht unbedingt einen Dampf inhalieren, der nach Tabak schmeckt. Das belegt u.a. eine Marktforschungsstudie, die von Juul Labs in Auftrag gegeben wurde (Juul Data Insights 2019 a). Bei dieser Studie wurden über 9.000 Erstkäufer drei Monate nach dem Erwerb des Starter Kits zu ihren Erfahrungen mit dem neuen Produkt befragt. Was das „switching“ betrifft, also den kompletten Umstieg vom Rauchen auf das Dampfen, zeigten sich markante Unterschiede je nach Liebblingssorte: Die Umstiegsrate war bei den Geschmacksvarianten Minze (54 %) und Mango (52 %) doppelt so hoch wie beim klassischen Tabakgeschmack (26 %).

Ähnliche Unterschiede zeigten sich bei einer groß angelegten Online-Erhebung im Frühjahr 2018 (Farsalinos et al. 2018). Zwar können die Ergebnisse keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben, weil sie auf einer willkürlichen Stichprobe beruhen: Die Teilnehmer wurden über Webseiten der Dampferbewegung und des E-Zigaretten-Handels rekrutiert. Da aber fast 70.000 Konsumenten ab einem Alter von 18 Jahren den Fragebogen ausgefüllt haben, sind die so erhobenen Daten durchaus informativ. Das mit Abstand wichtigste Aroma zu Beginn des E-Zigarettenkonsums war demnach die Geschmacksrichtung Frucht – das sagte fast die Hälfte der Befragten. Ein Viertel hat mit den Sorten „Nachtisch/ Kuchen“ begonnen und nur 7% bevorzugten anfangs Tabak-Aromen. Bei der Frage nach der aktuellen Liebblingssorte waren es sogar nur noch 2%, die angaben, am liebsten Tabak-Liquids zu verwenden.

Tabakferne Aromen erleichtern Rauchern den Verzicht auf Tabakprodukte – das war die Botschaft, mit der sich die Initiatoren der Online-Umfrage an die FDA wandten. Doch die Regulierungsbehörde ließ sich dadurch nicht von ihrer Überzeugung abbringen, dass solche Liquidsorten vor allem dazu dienen, Kinder und Jugendliche zu verführen. Im November 2018 erließ die FDA deshalb die Weisung, dass E-Liquids mit Fruchtaroma in abgetrennten Arealen verkauft werden müssen, zu denen Minderjährige keinen Zutritt haben. Juul Labs hatte wenige Tage zuvor im vorausseilenden Gehorsam entschieden, die rund 90.000 Verkaufsstellen in den Vereinigten Staaten nur noch mit Menthol-, Minze- und Tabak-Pods zu beliefern. Alle anderen Geschmacksrichtungen sind seitdem ausschließlich online erhältlich, wobei überprüft

wird, ob die Kaufinteressenten mindestens 21 Jahre alt sind. Schon vorher hatte das Unternehmen möglicherweise verführerisch klingende Sorten-Bezeichnungen abgeändert und aus „Crème brûlée“ Creme, aus „Fruit Medley“ Fruit, aus „Cool Mint“ Mint gemacht.

Welches Ausmaß die Aroma-Hysterie in den USA inzwischen erreicht hat, veranschaulicht ein Pressebericht aus Oregon (Green 2018). Darin beschwert sich der Inhaber eines Dampferladens über die Vorschrift, dass auf Liquid-Behältern mit Apfel-Aroma weder das Wort „Apfel“, noch das Bild eines Apfels aufgedruckt sein dürfen, damit Kinder nicht dazu animiert werden, den Behälter zu öffnen. Dabei dürfen im Bundesstaat Oregon E-Zigaretten-Geschäfte nur von Personen betreten werden, die mindestens 21 Jahre alt sind. Die Mitarbeiter des Ladens haben deshalb weiße Sticker mit der Aufschrift „Zensiert“ an sämtliche nach Frucht schmeckenden Liquid-Sorten angebracht.

Exkurs zum Thema Jugendkultur

Alle bislang referierten Erklärungsversuche für den Juul-Boom in den USA beruhen auf der Prämisse, dass der Erfolg einer Produktneuheit insbesondere bei jungen, vermeintlich naiven Konsumenten planbar ist, sofern die Marketingstrategien und Designfeatures nur die nötige Raffinesse aufweisen. Diese Unterstellung von Seiten der Kritiker ist das negative Gegenstück zu den Machbarkeitsphantasien, mit denen Produktdesigner und Werbestrategen an potentielle Investoren herantreten. Mit dem Juul-Boom vergleichbare Modeerscheinungen deuten darauf hin, dass beide Sichtweisen den Eigensinn der Jugendkultur unterschätzen. Es waren keine taiwanesischen Tee-konzerne, die den Bubble Tea für eine kurze Zeit zum Trendgetränk gemacht haben; es war nicht die Textilindustrie, die den Baggy Style erfunden und Jugendliche dazu verführt hat, extragroße Hosen ohne Gürtel zu tragen; es war auch nicht das geniale Marketing der Handkreisel-Hersteller, das die Fidget Spinner zu einem weltweiten Verkaufsschlager gemacht hat. Es waren die Jugendlichen selber, die in diesen und in anderen Fällen den Hype entfacht haben. Die Eigendynamik der Jugendmoden ist seit langem bekannt, sie greift im Zeitalter der sozialen Netzwerke nur sehr viel schneller als zu Zeiten der Pilzköpfe. Wenn etwas „viral geht“, wenn sich also Videos und Fotos rasend schnell im Internet verbreiten, dann sind die Absender der Botschaft davon nicht selten genauso überrascht wie alle anderen Beteiligten und Beobachter. Soll heißen: Juul Labs verdankt seinen Erfolg nicht so sehr den eigenen Werbebildern, als vielmehr den unzähligen Teenie-Clips und -Pics, in denen die neue E-Zigarette als cooles Accessoire zu sehen ist. Das dazugehörige Verb „juuling“ ist keine Erfindung einer Werbeagentur, sondern eine Kreation der Jugendsprache. Die Zahl der Tweets mit Juul-Bezug ist im vierten Quartal 2017 sprunghaft angestiegen, von rund 20.000 im September auf über 150.000 im Dezember (Huang et al. 2019). Im selben Zeitraum – also innerhalb von 12 Wochen – hat sich der Umsatz von Juul Labs mehr als verdoppelt. Social Media-Kampagnen haben diesen Hype nicht verursacht, aber verstärkt, wobei der Großhandel allem Anschein nach wichtiger war als der Hersteller. Allein der ‚Doit4juul‘-Account des Onlinehändlers EonSmoke hatte Anfang 2018 fast dreimal so viele Follower wie der offizielle Instagram-Account von Juul Labs.

Es war nur eine Frage der Zeit, bis der Hype in den sozialen Medien zum Thema in den etablierten Medien werden würde. Viele Jugendliche, die bis dahin noch nichts von der neuen E-Zigarette gehört hatten, dürften spätestens durch die aufgeregten Fernsehberichte und Zeitungsmeldungen darauf gestoßen sein, dass es etwas Aufregendes gab, das sie auf keinen Fall verpassen sollten. „Bewirkt der Alarmismus der Erwachsenen das Gegenteil dessen, was er beabsichtigt, indem er die Kids dazu treibt, die Juul auszuprobieren?“ fragte eine Psychiaterin im April 2018 in einem Gastbeitrag für die Zeitschrift Forbes (Satel 2018).

An der Juul-Berichterstattung in den US-Medien fällt auf, dass es vor allem Eltern aus weißen und relativ wohlhabenden Familien sind, die den Nikotinkonsum ihrer Kinder beklagen. Das deckt sich mit den Umfrageergebnissen aus den High Schools, wonach der Anteil der E-Zigaretten-Konsumenten bei Schülern aus weißen Familien fast viermal so hoch ist wie bei denen aus afro-amerikanischen Familien und beinahe doppelt so hoch wie bei den hispanischen Schülern (Gentzke et al. 2019). Die besondere Betroffenheit privilegierter Schichten dürfte mit dazu beigetragen haben, dass die Juul zu einem Dauerthema in Zeitungen wie der New York Times und der Washington Post geworden ist. Ein neues Phänomen wie das Juuling der „Kinder aus gutem Hause“ sorgt für mehr Schlagzeilen als altbekannte Probleme wie das Rauchen der Jugendlichen aus armen Verhältnissen, das Kiffen der schwarzen Teenager oder das Hantieren mit Schusswaffen, das in den USA bei 18-Jährigen jedweder Herkunft beliebt ist.

An dieser Stelle lohnt sich ein Seitenblick auf das Porträt der sog. Smartphone-Generation, das die Psychologin Jean M. Twenge vor kurzem skizziert hat (Twenge 2017). Demnach unterscheiden sich die nach 1995 in den USA Geborenen in ihrem Gesundheitsverhalten grundlegend von allen anderen Nachkriegsgenerationen: Sie trinken weniger Alkohol, essen weniger Fleisch, nehmen weniger harte Drogen, sind weniger gewalttätig, verursachen weniger Autounfälle oder ungewollte Schwangerschaften, und sie rauchen weniger. Letzteres hat auch damit zu tun, dass die Angehörigen der „iGen“ unentwegt Fotos und Kurztexpte verschicken oder lesen und so Momente der Langeweile überbrücken, weshalb sie oft gar keine Hand frei haben, um sich eine Zigarette anzuzünden. Subjektiv wird das Vermeiden von Gesundheitsgefahren aber offenbar nicht unbedingt als Verbesserung der Lebensqualität oder Errungenschaft einer authentischen Jugendkultur empfunden: Viele US-Teenager scheinen schlicht unglücklich zu sein, was man an der steigenden Zahl von Depressionen und dem Anstieg der Selbstmordraten bei den 12- bis 14-Jährigen ablesen kann. Vor diesem Hintergrund lässt sich die symbolische Bedeutung erahnen, die dem Juul-Hype aus Sicht der Jugendlichen zukommt: Die E-Zigarette bietet ihnen ein Ventil, um buchstäblich Dampf abzulassen und einen Augenblick lang dem Druck zur Anpassung und Selbstbeherrschung zu entgehen. Mit anderen Worten: Die Juul erfüllt für die heutige Schülergeneration möglicherweise eine ähnliche Funktion wie der Tabak für die Generationen ihrer Eltern und Großeltern. Sie ist ein Requisite in einem Initiationsritual, ein Accessoire der Identitätspolitik, mit dem die Pubertierenden zum Ausdruck bringen, dass sie keine Kinder mehr sind. Teenager, die dampfen, sind nicht so rebellisch wie die Rocker, Hippies oder Punker früherer Zeiten, schließlich besteht der Reiz des Stealth Vaping für sie ja gerade darin, dass man es heimlich tun kann. Andererseits sind sie keineswegs so brav, wie es den Anschein hat, denn sie dokumentieren ihre

Verstöße gegen die elterlichen Normen durch die Juuling-Videos und -Selfies, die sie über die sozialen Medien an Gleichaltrige weiterleiten.

Seitdem diese Dokumente des Ungehorsams von Journalisten und Gesundheitsexperten aufgespürt und der Öffentlichkeit vorgeführt werden, ist das Entsetzen in der Erwachsenenwelt groß. Die Gründe hierfür lassen sich einer Abhandlung entnehmen, die der Sozialpsychologe Jonathan Haidt gemeinsam mit dem Juristen Greg Lukianoff über die aktuell vorherrschende Erziehungsdoktrin in den USA geschrieben hat (Lukianoff/ Haidt 2018). Das dazu passende Schlagwort lautet „overprotection“, womit die Neigung der sog. Helikopter-Eltern gemeint ist, ihr Kind rund um die Uhr zu behüten, um es vor Unheil zu bewahren, was insbesondere dann, wenn es sich um eine Einzelkind handelt, zu einer regelrechten Manie werden kann. Typisch hierfür sei ein Hang zum Katastrophisieren, der aus jeder denkbaren Gefahr eine akute Lebensgefahr mache, so Haidt und Lukianoff. Sie illustrieren an den „Trigger-Warnungen“ und „sicheren Räumen“, die heute zum Alltag an den amerikanischen Universitäten gehören, wie dieser Erziehungsstil auf die Bildungseinrichtungen ausstrahlt.

Es überrascht daher nicht, dass sich sehr bald findige Anwälte daran machten, Eltern zu Schadensersatzklagen wegen des E-Zigaretten-Konsums ihrer Kinder zu ermutigen. Im Juni 2018 ging bei einem New Yorker Bezirksgericht eine der ersten Klagen gegen Juul Labs ein (Tiku 2018). Um zu veranschaulichen, welches Ausmaß die Nikotinabhängigkeit bei ihrem Sohn erreicht hatte, listen seine Eltern in der Klageschrift die Maßnahmen auf, mit denen sie den Juul-Konsum eindämmen wollten: Sie hatten die Tür zum Zimmer des 15-jährigen ausgehängt, andere Räume des Hauses abgesperrt, damit er dort nicht heimlich dampfen konnte, und der Schulleitung die Weisung erteilt, dass der Junge nur in Begleitung eines Erwachsenen auf die Toilette gehen dürfe. Doch alle Sanktionen waren vergebens, wie die regelmäßigen Urinproben zeigten, denen sich der Schüler unterziehen musste. Der Fall ist ein eindrucksvolles Beispiel dafür, was Haidt und Lukianoff als „paranoid parenting“ bezeichnen.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Die Fallgeschichten von Minderjährigen, die ihr gesamtes Taschengeld für Juul-Pods opfern und sich kaum noch konzentrieren können, wenn sie eine Zeit lang nicht zum Dampfen kommen, sind durchaus glaubwürdig und bedenklich. Es ist und bleibt eine gesundheitspolitische Herausforderung, Jugendliche vom Nikotinkonsum abzuhalten. Dieses Ziel darf jedoch nicht dazu führen, die Gesundheitsprobleme anderer Bevölkerungsgruppen aus dem Blick zu verlieren. Es geht nicht nur um die Kids der wohlhabenden Weißen, es geht auch um die älteren US-Amerikaner, die es mit den üblichen Methoden nicht geschafft haben, von der Zigarette loszukommen. Für die rund 35 Millionen Raucher, die in ihrer Mehrzahl den einkommensschwachen Schichten angehören, könnte die Juul eine Möglichkeit sein, dem frühzeitigen Tabak-Tod zu entgehen.

Erwachsene Juul-Nutzer kommen in den meisten einschlägigen Presseberichten entweder überhaupt nicht oder nur am Rande vor und auch das meist nur als Problemfälle. Ein Beispiel hierfür ist der 20-jährige Nathan Behr, der Ende 2018 in einem Dpa-Bericht porträtiert wird (Tröndle 2018). Der Student aus Washington hatte es ein Jahr zuvor geschafft, sich mit Hilfe der E-Zigarette das Rauchen abzugewöhnen. Heute sei die Juul „nicht mehr aus seinem Leben wegzudenken“, heißt es in dem Agenturbericht, der von Redaktionen in ganz Deutschland aufgegriffen wurde. Wäre Behr bei Tabakzigaretten geblieben, hätte sich kein Journalist für seinen Nikotin-

konsum interessiert. Nun steht er exemplarisch für die Schwierigkeit, sich auch noch das Dampfen abzugewöhnen, wenn man erst einmal den Rauchstopp geschafft hat. Dasselbe Muster findet sich in einer Reihe amerikanischer Artikel, z.B. in einer Reportage, die in USA Today erschienen ist (O'Donnell 2018). „Oh Mann, das war die Hölle“ – mit diesen Worten wird ein 39-jähriger Bankangestellter zitiert, der eigenen Angaben zufolge tagelang depressiv war, nachdem er mit dem Dampfen aufgehört hat. Das ist auch kein Wunder, denn der Mann hatte seit seinem 17. Lebensjahr geraucht und war nur dank der E-Zigarette davon losgekommen. Die Entzugserscheinungen der Umsteiger verleiten offenkundig zu einer Fehlattribution: Man lastet dem Tabakersatz an, was vom Tabakkonsum verursacht wurde.

Untergrund-Ökonomie

An sich ist der Verkauf von E-Zigaretten mit nikotinhaltigen Liquids an Minderjährige in den USA ebenso untersagt wie in den meisten europäischen Ländern. Spätestens seit Beginn des Juul-Hypes in den Vereinigten Staaten ist aus der Umgehung des Verkaufsverbots jedoch ein florierendes Gewerbe geworden. Viele Einzelhändler setzen sich ungeniert über die geltenden gesetzlichen Bestimmungen hinweg, um an dem Hype mitzuverdienen. Das wurde im April 2018 deutlich, als die Food and Drug Administration den Startschuss gab für die „größte koordinierte Vollstreckungsmaßnahme“ in der Geschichte der Behörde. Landesweit wurden in einem „undercover blitz“ Verkaufsstellen daraufhin überprüft, ob sie E-Zigaretten auch an Jugendliche verkaufen. Bis September hat die FDA mehr als 1.300 Mahnschreiben an Supermärkte, Tankstellen und Dampferläden verschickt und auf ihrer Webseite die Namen der Inhaber publik gemacht, die mit Geldstrafen belegt worden sind.

Sehr viel schwerer zu kontrollieren ist behördlicherseits der private Weiterverkauf von Dampfgeräten. Der ist für die Verbreitung der Juul an den amerikanischen Schulen allem Anschein nach mindestens ebenso bedeutsam wie der (irreguläre) Ladenverkauf. Umfragen zufolge sind „Freunde, Bekannte und andere Personen“ die mit Abstand wichtigste Bezugsquelle für minderjährige Dampfer. Ein gängiger Trick besteht darin, Obdachlose gegen Bezahlung zum Juul-Kauf zu schicken. Nicht wenige Schüler, die bereits volljährig sind, haben einen lukrativen Nebenverdienst daraus gemacht, sich mit Liquid-Partronen einzudecken und die dann gegen Aufpreis an Jüngere weiterzuverkaufen. Abgewickelt werden solche Deals unter anderem über geschlossene Snapchat- oder WhatsApp-Gruppen.

Es sind keineswegs immer Originalprodukte, die auf diesen Wegen ihre Abnehmer finden. Das chinesische Shenzhen ist nämlich nicht nur die wichtigste Zulieferregion von Juul Labs, sondern auch Standort zahlreicher Betriebe, die sich auf Produktpiraterie spezialisiert haben (Crudele 2019). Sie bieten ihre Juul-Imitate auf Ebay oder Amazon weit unter dem Ladenpreis an, was die Gewinnspanne der privaten Zwischenhändler noch einmal erheblich erhöht. Die Nachahmerprodukte sind aber nicht nur billiger, es gibt sie auch in ganz anderen Geschmacksrichtungen wie Wassermelone oder Pina Colada. Zu den Profiteuren des Juul-Booms gehören nicht zuletzt die Cannabis-Produzenten, die in einer Reihe von US-Bundesstaaten legalisiert worden sind. Im Internet finden sich zuhauf Anleitungen dazu, wie man Pod-Systeme mit

THC- oder CBD-Liquids befüllen kann. Einfacher (und teurer) ist der Erwerb von Juul-kompatiblen Kartuschen, wie sie von Online-Händlern wie Hempod oder Barwood verschickt werden.

Juul Labs selber bemüht sich mit einem ganzen Bündel von Gegenmaßnahmen darum, den Trittbrettfahrern des Juul-Booms das Geschäft zu erschweren. Denn sie schaden dem Unternehmen nicht nur wirtschaftlich, sondern vor allem auch politisch. Kritiker der E-Zigarette machen in der Regel keinen Unterschied zwischen Originalprodukten und Billigimitaten, zwischen regulären und informellen Vertriebswegen. Juul Labs hat daher Dutzende chinesischer Anbieter wegen Produktpiraterie verklagt, Obergrenzen für den Online-Handel eingeführt, damit Hamsterkäufe erschwert werden, und eine Webseite eingerichtet, auf der Eltern anhand der eingravierten Registriernummer überprüfen können, woher ihre Kinder das Gerät bezogen haben. Die Firma organisiert jeden Monat landesweit rund 2.000 Testkäufe, um den Einzelhandel von Verstößen gegen die Jugendschutz-Bestimmungen abzuhalten, und unterstützt darüber hinaus Gesetzesinitiativen in mehreren Bundesstaaten, die darauf abzielen, das Mindestalter für den Erwerb von E-Zigaretten auf 21 Jahre anzuheben. Letzteres kann man in einem Land, in dem 18-Jährige halbautomatische Waffen auf dem Flohmarkt kaufen können, getrost der Symbolpolitik zurechnen.

Geringere Toxizität

Pod-Systeme wie die Juul können die E-Zigarette für einen weiteren Kreis von Rauchern attraktiv machen, als das bei den Tank-Systemen der Fall ist. Passionierte Dampfer investieren oft viel Zeit, um mit der Leistungstärke ihrer Geräte zu experimentieren und neue Liquid-Sorten auszuprobieren oder eigene Mischungen zu kreieren und sich darüber mit anderen Dampfern auszutauschen. Eben dieser Hobby-Charakter schreckt viele eingefleischte Raucher von einem Umstieg ab. Für sie sollte das Dampfen idealerweise so einfach sein wie das Anzünden einer Zigarette. Bei der Juul ist das der Fall: An ihrem Gehäuse gibt es keine Regler oder Knöpfe. Die Dampferzeugung wird aktiviert, indem man an dem Mundstück zieht. Die unkomplizierte Bedienung erleichtert auch den Vertrieb. Der Umgang mit den offenen Systemen setzt eine kompetente und zeitintensive Beratung voraus, die in den Dampferläden geleistet werden kann, nicht aber im Einzelhandel oder in den Tabakgeschäften, wo das Verkaufspersonal auch noch andere Dinge zu tun hat und die E-Zigaretten meist nicht aus eigener Erfahrung kennt.

Zu der leichteren Handhabbarkeit kommt die größere Sicherheit: Die Juul schaltet sich automatisch ab, sobald die Betriebstemperatur 215°C überschreitet. Dadurch werden Schadstoffe vermieden, die bei anderen E-Zigaretten durch Überhitzung entstehen können. Das betrifft insbesondere die Bildung von Carbonylverbindungen als Folge der thermischen Degradation von Propylenglykol und pflanzlichem Glycerin. Diese beiden Trägersubstanzen von E-Liquids sind im Juul-Pod im Verhältnis 70 (PG) zu 30 (VG) enthalten. Ein Team der Amerikanischen Universität in Beirut hat den damit erzeugten Dampf auf seinen Carbonyl-Gehalt hin untersucht und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die Schadstoffbelastung unter dem lag, was frühere Messungen bei zwei Dutzend anderen E-Zigaretten ergeben hatten (Talib et al. 2019). 5

von 11 getesteten Substanzen – darunter Acrolein – waren im Juul-Aerosol überhaupt nicht nachweisbar. Beim Vergleich mit den Messwerten einer Marlboro-Zigarette kamen die Forscher auf eine Schadstoffreduktion von 98%. Speziell bei dem Krebs erregenden Formaldehyd betrug die Reduktion 82%. Diese Messergebnisse decken sich weitgehend mit denen einer Untersuchung an der Pennsylvania State University (Reilly et al. 2018). Auch hier waren typische Schadstoffe wie Acetaldehyd und Propionaldehyd im Juul-Dampf nicht mehr nachweisbar. Beim Formaldehyd und bei freien Radikalen, die oxidativen Stress auslösen können, lagen die Werte unter den Messergebnissen anderer E-Zigaretten aus vergleichbaren Studien – und zwar unabhängig davon, welche Liquidsorte getestet wurde.

Zu den gefährlichsten Substanzen im Tabakrauch gehört Benzol, das bei chronischer Einwirkung das Knochenmark schädigt und Leukämie verursacht. Benzol ist ein leichtflüchtiger aromatischer Kohlenwasserstoff und kann auf unterschiedliche Weise in die Atemluft gelangen, zum Beispiel bei der Verbrennung von Benzin oder bei der Zersetzung von Benzoesäure. Die wiederum ist ein wesentlicher Bestandteil des Juul-Liquids. Ein Chemiker-Team der Universität Portland hat deshalb überprüft, ob Benzol in gasförmiger Form im Juul-Dampf vorkommt (Pankow et al. 2017). Das Ergebnis war eindeutig: Im Unterschied zu zwei anderen E-Zigaretten mit Tanksystem ließ sich der Schadstoff bei keiner der überprüften Juul-Sorten (Tabak, Minze, Frucht & Creme) im Aerosol nachweisen. Benzol ist damit eine von mehreren Komponenten des Tabakrauchs, bei denen der Juul-Konsum keine Risikoreduzierung, sondern eine Risikoeliminierung mit sich bringt.

Mitarbeiter des Portland-Teams waren auch an einer Folgestudie beteiligt, bei der es darum ging, die Zytotoxizität der Juul-Liquids und des Juul-Aerosols zu bestimmen (Omaiye et al. 2019). Insgesamt wurden in den verschiedenen Sorten 59 Aromastoffe identifiziert, von denen sich vor allem der Karamellgeschmacksstoff Ethylmaltol als problematisch, weil zellschädigend erwies. Hauptverantwortlich für die Schädigung der kultivierten Lungenzellen ist der Studie zufolge jedoch die hohe Nikotinkonzentration in den Liquids. Wie bei allen in vitro-Studien stellt sich auch hier die Frage, inwieweit die in der Petrischale ermittelten Befunde auf den menschlichen Organismus übertragbar sind. Anhaltspunkte hierfür hätten Vergleichsmessungen mit Tabakrauch liefern können, doch auf die hat man verzichtet.

Die bislang einzige klinische Studie zu den gesundheitlichen Folgen des Juul-Konsums stammt vom Hersteller selber (Jay et al. 2019). Hierfür hat man 90 Erwachsene rekrutiert, die seit mindestens einem Jahr Raucher waren, aber noch keine Erfahrung mit E-Zigaretten gemacht hatten. Die Probanden wurden zur Beobachtung in eine Klinik aufgenommen und dort in sechs Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe konnte weiterauchen wie bisher, die zweite musste komplett auf Zigaretten verzichten, die übrigen sollten auf die Juul umsteigen und dabei unterschiedliche Aromen verwenden. Nach fünf Tagen wurden Urin- und Blutproben genommen und auf das Vorhandensein von neun Biomarkern hin untersucht, aus denen sich die Belastung mit charakteristischen Schadstoffen des Tabakrauchs ersehen lässt. Beim Vergleich mit der Basismessung am ersten Tag stellte sich heraus, dass die Biomarker-Werte in der Abstinenzgruppe um 85,3% und in den Juul-Gruppen um 85% zurückgegangen waren, also praktisch auf demselben Level lagen. Zudem zeigte sich, dass die Juul-Dampfer, die im Schnitt etwas mehr als einen Pod pro Tag verbrauchten, fast genauso so viel

Nikotin aufgenommen hatten wie die Raucher, die auf einen Tageskonsum von durchschnittlich 19 Zigaretten kamen. Diese Befunde – die wohlgerne von der Herstellerfirma stammen – erinnern an den Spruch, mit dem US-Präsident Frank Underwood in der Fernsehserie *House of Cards* der First Lady die Vorteile des Dampfens anpreist: „Addiction without the consequences.“

Tabakentwöhnung ja, Nikotinentwöhnung nein

Während es etliche Umfragen zum Jugendkonsum gibt, ist bislang kaum untersucht worden, wie Erwachsene die Juul verwenden. Wir sind auch bei dieser Frage im Wesentlichen auf Studien angewiesen, die der Hersteller in Auftrag gegeben hat. Wichtigster Partner von Juul Labs ist hierbei das Centre for Substance Use Research (CSUR), ein privates Forschungsinstitut mit Sitz in Glasgow. Neil McKeganey, der Direktor von CSUR, hat sich öffentlich zur Zusammenarbeit mit der Tabakindustrie bekannt und berät sowohl Zigaretten- als auch E-Zigaretten-Hersteller in Zulassungsverfahren und bei Anhörungen. Von einer unabhängigen Begleitforschung ohne kommerzielles Eigeninteresse kann also keine Rede sein. Es gibt jedoch ebenso wenig Anhaltspunkte dafür, dass die von CSUR veröffentlichten Daten zugunsten des Geldgebers verfälscht worden sein könnten.

Anfang 2019 hat McKeganey gemeinsam mit zwei Institutskollegen die Zwischenergebnisse einer Langzeit-Studie zum Thema Tabakentwöhnung vorgelegt. Dabei wurden Raucher unmittelbar nach dem Kauf eines Juul-Starter-Kits und drei Monate später zu ihrem Konsumverhalten befragt (Russel et al. 2019). Von mehr als 9.000 Teilnehmern gaben 47% an, in den 30 Tagen vor der Nachbefragung nicht mehr geraucht zu haben. Darunter waren viele Raucher, die ihren eigenen Angaben zufolge eigentlich gar nicht vorhatten, ganz auf Tabak zu verzichten. Das ist eine bemerkenswert hohe Erfolgsquote, die allerdings durch drei Einschränkungen relativiert wird: Die Daten beruhen (1.) auf Selbstauskünften, die nicht durch Cotinin-Messungen oder andere Laborwerte verifiziert wurden. (2.) sagt ein Rauchstopp nach drei Monaten noch nichts über die Erfolgsaussichten im Hinblick auf eine dauerhafte Tabakabstinenz – entsprechende Folgebefragungen sind aber vorgesehen. Und (3.) unterscheiden sich die Teilnehmer an der Juul-Studie signifikant vom Durchschnittsraucher: Sie sind zum einen deutlich jünger und haben deshalb nicht so viele „Packungsjahre“ hinter sich und rauchen zum anderen deutlich weniger – nur 18% der Käufer eines Juul-Starter-Kits haben zuvor mindestens 20 Zigaretten am Tag konsumiert. In einer weiteren Projektpublikation wird deshalb auf die Notwendigkeit hingewiesen, bei starken Rauchern den Umstieg auf die E-Zigarette verhaltenstherapeutisch zu flankieren (Prakash et al. 2019).

An anderer Stelle wurden nähere Informationen über die 53% der Umfrageteilnehmer publiziert, die nach dem Kauf des Starter-Kits nebenher weitergeraucht haben (McKeganey et al. 2019 b). Demnach hat die Gruppe der Dual User ihren Zigarettenkonsum bis zur Nachbefragung erheblich reduziert, von über 1,1 Millionen Zigaretten im Monat vor dem Juul-Kauf auf rund 550.000 ein Vierteljahr später. Rechnet man den Komplettverzicht durch die Umsteiger hinzu, dann ist die Gesamtzahl der von den Teilnehmern gerauchten Zigaretten innerhalb von drei Monaten auf ein Vier-

tel zusammengeschrumpft. Selbst wenn man bedenkt, dass der Parallel-Konsum von Zigaretten und E-Zigaretten für den Raucher kaum gesundheitliche Vorteile mit sich bringt, ist dieser Rückgang ein relevantes Datum. Denn er könnte erklären, warum es zeitgleich mit dem Juul-Boom seit dem ersten Quartal 2018 zu einem historisch einzigartigen Einbruch bei den Zigarettenverkäufen in den USA gekommen ist (Juul Data Insights 2019 b).

Bleibt noch die Frage zu beantworten, die von den Vertretern der Einstiegsdrogen-Theorie aufgeworfen wird, die Frage nämlich, wie viele Nieraucher durch die E-Zigarette zum Konsum richtiger Zigaretten verleitet werden. Daten hierzu finden sich in einem Forschungsbericht, den das Centre for Substance Use Research bereits im Juni 2018 auf seiner Webseite publiziert hat (Russell et al. 2018). Einige Monate zuvor hatte Juul Labs fast 90.000 US-Amerikaner im Alter von über 20 Jahren kontaktiert, die im Online-Shop des Unternehmens registriert waren. Gut ein Fünftel der angeschriebenen Kunden haben einen verwertbaren Fragebogen zurückgeschickt. Auch diese Studie zielte darauf ab, die Konsumgewohnheiten der Teilnehmer vor dem ersten Juul-Kauf (= t1) mit ihrem Konsumverhalten zum Zeitpunkt der Befragung (= t2) zu vergleichen. Das Verlaufsmuster, das die Einstiegsdrogen-Theorie als Normalfall annimmt, zeigte sich in 0,3% der Fälle: Unter den 18.799 Befragungsteilnehmern waren 55 Nieraucher, die erst gedampft und dann geraucht haben. Hinzu kamen 359 Ex-Raucher, die nach dem Juul-Kauf rückfällig geworden sind und wieder angefangen haben, Zigaretten zu konsumieren. Ihnen stehen 7.520 Teilnehmer gegenüber, die im Bericht als „neue Ex-Raucher“ bezeichnet werden, weil sie zwischen der ersten und der zweiten Befragung komplett auf die E-Zigarette umgestiegen sind. In der Addition der bisher genannten Untergruppen von Juul-Käufern kommen demnach auf 1 Fall des Einstiegs oder Wiedereinstiegs in den Zigarettenkonsum 18 Fälle einer erfolgreichen Tabakentwöhnung.

Diese Erfolgsbilanz hat jedoch einen Makel: Die Auftragsforscher von CSUR konzentrieren sich bei ihrer Bewertung des Juul-Konsums ausschließlich auf die Frage der Tabakentwöhnung und ignorieren die Frage der Nikotinentwöhnung. Bemerkenswert ist dies deshalb, weil immerhin 38% der Befragten angaben, gar keinen Tabak konsumiert zu haben, als sie das erste Mal eine Juul kauften. Zieht man hiervon die Käufer ab, die von einer anderen E-Zigarette zur Juul gewechselt sind, bleibt immer noch ein Viertel der Teilnehmer übrig, die zum Zeitpunkt der Befragung ein riskanteres Konsummuster aufwiesen als zuvor. Bei diesen neuen Nikotinkonsumenten handelte es sich in zwei von drei Fällen um Ex-Raucher und bei dem restlichen Drittel um Nikotinnovizen, die vor der Juul weder geraucht, noch gedampft hatten. In dem Studienbericht werden die Einsteiger in den Nikotinkonsum als „still never smokers“ und die Wiedereinsteiger als „still former smokers“ bezeichnet. Das klingt so, als habe es keine gesundheitlich relevante Änderung des Konsumverhaltens gegeben. Doch dieser Eindruck täuscht, wenn man sich die aktuelle Debatte um die Gesundheitsrisiken des Nikotinkonsums vor Augen führt.

Lange Zeit war die Devise des britischen Psychologen Michael Russell – „die Leute rauchen wegen des Nikotins und sterben am Teer“ – als Lehrmeinung unumstritten (McNeill/ Robson 2018). Die Gabe von Nikotinersatzprodukten galt als Goldstandard der Tabakentwöhnung. Anders, als ihre Bezeichnung vermuten lässt, enthalten diese Produkte allesamt Nikotin, auch wenn sie sich hinsichtlich der Applikationsform

– Pflaster, Kaugummi, Spray oder Inhalator – unterscheiden. Mit der zunehmenden Verbreitung der E-Zigarette hat sich die toxikologische Bewertung des Nikotins verändert und polarisiert: Auf der einen Seite stehen Experten, die davon überzeugt sind, dass Nikotinkonsum langfristig zu Herz-Kreislaufferkrankungen führen, die Lunge schädigen und das Wachstum von Tumoren beschleunigen kann. Auf der anderen Seite wird die Auffassung vertreten, dass Gesundheitsgefahren zwar nicht vollkommen auszuschließen sind, das Risikoprofil des Nikotins aber mit dem einer anderen psychoaktiven Substanz vergleichbar ist, die gemeinhin als harmlos gilt, obwohl sie es nicht ist – dem Koffein. Nehmen wir einmal an, die zweite Meinung wäre zutreffend: Dann würde sich irgendwann die Frage stellen, ob es überhaupt noch Sinn macht, von einer Sucht nach Nikotin zu sprechen. Denn der Suchtbegriff umfasst mehr, als das bloße Vorhandensein eines Wiederholungszwangs – davon gibt es viele im Repertoire menschlicher Verhaltensweisen. Vor einer Sucht wird deshalb so eindringlich gewarnt, weil man davon ausgeht, dass das zwanghafte Verhalten eine existentielle Gefahr darstellt. Ein regelmäßiger Nikotinkonsum ohne gravierende Folgen für die Gesundheit des Konsumenten – getreu dem Motto „addiction without the consequences“ – wäre keine Sucht mit Krankheitswert mehr, sondern eine Angewohnheit.

Die Kontroverse hierüber ist in vollem Gange und kann an dieser Stelle nur erwähnt, aber nicht weiter nachverfolgt werden (Zeller 2019). Festzuhalten bleibt: Adam Bowen und James Monsees beteuern bis heute, dass ihr Geschäftsmodell allein auf der Tabakentwöhnung basiert, obwohl die eigenen Umfragedaten besagen, dass mehr als ein Drittel ihrer Kunden gar keinen Tabak konsumiert haben, als sie das erste Mal eine Juul kauften. Juul Labs ist nicht das einzige Unternehmen der Branche, das in der Öffentlichkeit leugnet (leugnen muss?), was aus betriebswirtschaftlicher Sicht zwingend erscheint: Ohne die Nichtraucher und die Ex-Raucher als potentielle Kunden wäre der ökonomische Selbstmord vorprogrammiert, weil die Zahl der Raucher beständig sinkt – auch und gerade dank der Verbreitung von E-Zigaretten.

Parteienstreit in der Ära Trump

Man kann den Aufruhr, den ein kleines Gerät zum Verdampfen von Flüssigkeit in den USA verursacht hat, nur nachvollziehen, wenn man die Vorgeschichte der dortigen Regulierungsdebatte mit einbezieht. Als Ausgangsdatum hierfür bietet sich der 10. Mai 2016 an: An diesem Tag weitete die Food and Drug Administration (FDA), eine Unterbehörde des Gesundheitsministeriums, ihre Befugnisse zur Regulierung von Zigaretten auf die E-Zigaretten aus, die seitdem offiziell zu den Tabakprodukten gezählt werden, obwohl sie keinerlei Tabak enthalten. Zeitgleich mit dieser sog. „deeming rule“ wurde ein Zulassungsverfahren eingeführt, das für alle Produkte gelten sollte, die nach dem 15. Februar 2007 auf den Markt gekommen sind. Das betraf fast alle E-Zigaretten, die es Mitte 2016 in den Vereinigten Staaten zu kaufen gab. Auf diese Weise sollte verhindert werden, so die damalige Gesundheitsministerin Sylvia Burwell, dass „eine neue Generation von Amerikanern der Suchtgefahr ausgesetzt wird“. Hersteller und Händler wurden durch die Bestimmungen der „pre-market tobacco application“ dazu verpflichtet, die möglichen Auswirkungen ihrer Produkte auf die Bevölkerungsgesundheit anhand von umfangreichen chemischen Analysen,

klinischen Studien und epidemiologischen Modellrechnungen darzulegen. Die FDA selbst veranschlagte den durchschnittlichen Kostenaufwand pro Zulassungsantrag auf 330.000 US-Dollar. Bei einem E-Zigaretten-Anbieter wird dieser Betrag für jede einzelne Gerätekonfiguration und jede einzelne Liquid-Sorte seines Sortiments fällig. Es war von vornherein absehbar, dass die vielen Kleinbetriebe der Branche dies kaum leisten konnten und nach dem Auslaufen der Übergangsfrist im August 2018 eine „Vapokalypse“ (abgeleitet von vaping = Dampfen) bevorstand: ein Kahlschlag auf dem E-Zigaretten-Markt, den wohl nur die Produkte der finanzstarken Tabakkonzerne überstehen würden.

Im Vorfeld der Präsidentschaftswahl vom November 2016 keimte in der US-amerikanischen Dampferbewegung die Hoffnung auf, dass sich an den rigiden Zulassungsregeln im Fall eines Wahlsieges der Republikaner etwas ändern könnte. Ähnlich überraschend wie der Wahlausgang war dann die Kehrtwende, die unter der Trump-Administration von der Regulierungsbehörde vollzogen wurde. Der neue FDA-Direktor Scott Gottlieb verkündete im Juli 2017 einen umfassenden Plan zur Vermeidung tabakbedingter Erkrankungen und Todesfälle: Zum einen sollte der Nikotingehalt herkömmlicher Zigaretten schrittweise reduziert werden, um deren Suchtpotential zu verringern; zum anderen sollte der Umstieg der Raucher auf weniger gesundheitsschädliche Alternativen wie die E-Zigarette erleichtert werden. Die Frist für die Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen wurde bis August 2022 verlängert.

Die Reaktionen auf den Gottlieb-Plan waren gespalten: Auf der einen Seite gab es Fachleute für Tabakkontrolle, die differenzierte Regelungen je nach Schadenspotential des Nikotinprodukts als einen „Impuls für Innovationen“ lobten (Warner 2017); bei anderen Gesundheitsexperten und bei Vertretern der Opposition stieß der Plan dagegen auf Skepsis. Sie unterstellten Gottlieb Befangenheit, weil der Onkologe vor seiner Ernennung zum FDA-Direktor für kurze Zeit im Aufsichtsrat einer E-Zigaretten-Firma gesessen hatte. Die Demokraten reklamierten für sich, während der Obama-Jahre die Raucherzahlen in den USA durch gesetzgeberische Maßnahmen gesenkt zu haben. Sie verwiesen in diesem Zusammenhang auf die Erhöhung der Tabaksteuer im Jahr 2009 und auf den Affordable Care Act aus dem Jahr 2010, durch den die Kostenerstattung im Rahmen der Medicaid- und Medicare-Programm auf Pharmaprodukte zur Tabakentwöhnung ausgeweitet wurde (Fiore 2016). Aus Sicht der demokratischen Gesundheitspolitiker wurden ihre Erfolge durch das zeitgleiche Aufkommen der E-Zigarette gefährdet. Dass die neue Form des Nikotinkonsums zum Rückgang der Raucherzahlen beigetragen haben könnte, kam für sie nicht in Betracht. Dabei mag es eine Rolle gespielt haben, dass die Demokraten traditionell mehr Wahlkampfspenden von der Pharmaindustrie bekommen als die Republikaner (bei der Tabakindustrie ist es umgekehrt). Auf jeden Fall sahen die Verlierer der Präsidentschaftswahl in der Bekanntgabe des Gottlieb-Plans eine Gelegenheit, die Trump-Administration als verantwortungslos anzuprangern. Unterstützung bekamen sie dabei von den Gesundheitsinitiativen, die in der Obama-Ära Lobbyarbeit für eine möglichst restriktive Regulierung von E-Zigaretten gemacht hatten.

Besonders hervorgetan hat sich in diesem Zusammenhang eine Nichtregierungsorganisation namens Campaign for Tobacco-Free Kids. Sie ist Mitte der 1990er Jahre von der Robert Wood Johnson Foundation gegründet worden, die sich wiederum über ihre Anteile an dem Nicorette-Produzenten Johnson & Johnson finanziert. Seit dieser

Zeit hat die Pharmastiftung mehr als 100 Millionen Dollar in die „Kampagne für tabakfreie Kinder“ investiert – so die Berechnungen einer konservativen Denkfabrik (Minton 2018). Einige Monate nach Bekanntgabe des Gottlieb-Plans fassten führende Mitarbeiter der Organisation den Entschluss, die Juul in den Mittelpunkt einer Negativ-Kampagne zu stellen. Das geht aus internen E-Mails vom Dezember 2017 hervor, die dank der amerikanischen Variante des Informationsfreiheitsgesetzes an die Öffentlichkeit gelangt sind (Minton 2018). Juul Labs hatte bis dahin seinen Marktanteil Schritt für Schritt erhöht, der Hype in den sozialen Medien hatte gerade begonnen, es gab zu diesem Zeitpunkt auch schon erste Presseberichte über den Erfolg der Marke auf den Schulhöfen. Von einer regelrechten „Epidemie“ unter Jugendlichen war Ende 2017 aber noch keine Rede. Das sollte sich in den darauffolgenden Wochen und Monaten grundlegend ändern.

Im März 2018 reichte die Campaign for Tobacco-Free Kids gemeinsam mit der American Cancer Society und einigen anderen Fachgesellschaften eine Klage gegen die FDA ein. Die Aufsichtsbehörde habe mit der Verlängerung der Zulassungsfrist für E-Zigaretten ihre Kompetenzen überschritten und sei dafür verantwortlich, dass Nikotinprodukte wie die Juul gezielt an Kinder und Teenager verkauft würden, so lautete der Vorwurf. Mehrere Oppositionspolitiker – darunter Chuck Schumer, der Fraktionschef der Demokraten im US-Senat – griffen die Klageschrift auf und forderten in offenen Briefen von der FDA, den „Schutz der amerikanischen Jugend vor neuen Tabakprodukten wie Juul“ zu gewährleisten. Mitte April wandten sich elf Senatoren der demokratischen Partei öffentlichkeitswirksam mit einem Fragenkatalog an die Geschäftsführung von Juul Labs und verlangten Auskunft darüber, wann die Firma den Verkauf von kinderfreundlichen Aromen („flavours that clearly appeal to children“) endlich einstellen würde. Unterzeichnet wurde das Schreiben u.a. von Elizabeth Warren, die bei den Präsidentschaftswahlen 2019 als Gegenkandidatin zu Donald Trump antreten will. Die Anti-Juul-Kampagne löste in der Trump-kritischen Presse ein enormes Echo aus und sollte schon bald zu drakonischen Gegenmaßnahmen führen.

Amtlicher Aktionismus

Scott Gottlieb hatte zu Beginn seiner Amtszeit stets betont, dass er in den E-Zigaretten nicht nur eine Gefahr für die Jugend sieht, sondern auch eine Chance für viele Erwachsene, mit dem Rauchen aufzuhören. Es komme darauf an, so der FDA-Direktor im Sommer 2017, die richtige Balance zu finden zwischen den Anforderungen des Jugendschutzes und der Tabakentwöhnung. Unter dem Eindruck der Anti-Juul-Kampagne änderte Gottlieb erst seine Rhetorik und danach die Prioritäten seiner Politik: Die Vereinigten Staaten seien zum Schauplatz einer „Public Health Tragödie“ geworden, so der Behördenchef. Damit war nicht die Opioid-Krise gemeint, die in den USA in den letzten Jahren Zehntausende von Todesopfern gefordert hat, sondern die Nutzung von E-Zigaretten mit Pod-System, die bis heute keinen einzigen Todesfall verursacht haben und womöglich niemals zu einem Todesfall führen werden. Um Kindern den Einstieg in die Nikotinsucht („on-ramp“) zu verbauen, müsse man notfalls in Kauf nehmen, dass auch der Ausstieg aus der Tabakabhängigkeit („off-ramp“)

erschwert wird, so Gottlieb. Das war der verbale Auftakt zu einer Eskalation von Interventionen:

Am 28. April verlangte die FDA schriftlich Auskünfte über Designkonzepte, Marktforschungsergebnisse, Werbestrategien und andere Interna der Firma Juul Labs. Das Unternehmen hat daraufhin eigenen Angaben zufolge der Behörde Unterlagen im Umfang von rund 50.000 Seiten zur Verfügung gestellt.

Am 12. September forderte die FDA die Hersteller der umsatzstärksten Pod-Systeme ultimativ dazu auf, innerhalb von 60 Tagen einen Aktionsplan zur Eindämmung des Jugendkonsums vorzulegen. Neben Juul Labs betraf dies die Tabakkonzerne Altria (Philip Morris), Reynolds (BAT), Fontem Ventures (Imperial) und Japan Tobacco International. Eine vergleichbare Initiative, um den Jugendkonsum von Tabakprodukten einzudämmen, hat es in der langen Geschichte der Zigarettenindustrie nie gegeben.

Am 28. September beschlagnahmten FDA-Mitarbeiter Tausende von Dokumenten im Hauptquartier von Juul Labs in San Francisco. Ziel der Aktion war es, bislang eventuell geheim gehaltene Marketingpraktiken des Unternehmens aufzudecken. Was bei der Sichtung der Dokumente herausgekommen ist, wurde der Öffentlichkeit nicht mitgeteilt.

Im Oktober erweiterte die FDA ihre Tabakpräventionskampagne mit dem Titel „The real cost“ um explizite Warnungen vor dem Gebrauch von E-Zigaretten. Die dazugehörigen Youtube-Videos bedienen sich bei der Ikonographie der Splatter Movies: Ekelhafte Würmer fressen sich durch Gehirnwindungen und blähen die Blutgefäße auf, bis ganz normale Teenager zu zombieartigen Monstern mutieren. Die Filme sollen Jugendlichen die „realen Kosten“ des Dampfens vor Augen führen.

Die Geschäftsführung von Juul Labs hat mit einer Kaskade von Aktivitäten versucht, dem politischen Druck der Regulierungsbehörde Rechnung zu tragen (siehe hierzu auch den Abschnitt „Untergrund-Ökonomie“). So wurden die Facebook- und Instagram-Accounts des Unternehmens im November 2018 geschlossen. Bereits einige Wochen zuvor hatten Snapchat und andere soziale Medien auf Drängen der Firma mehr als 12.000 Postings gelöscht, die sich an jugendliche Juul-Fans richteten. Doch Scott Gottlieb zeigte sich wenig beeindruckt von den Zugeständnissen des führenden E-Zigaretten-Herstellers. Bei einem Hearing am 18. Januar 2019 gipfelte der Redebeitrag des FDA-Direktors in einer unverhohlenen Drohung: Sollte sich bei der nächsten Erhebungswelle des National Youth Tobacco Survey zeigen, dass der Trend zum Dampfen weiter anhält, dann sei das eine „existenzielle Bedrohung“ für die gesamte Branche. Ihm bleibe dann nichts anderes übrig, als die Abgabefrist für das Zulassungsverfahren vorzuziehen, was für viele Anbieter auf ein „game over“ hinauslaufe. Diese Ankündigung wiederum nahmen 19 Denkfabriken mit konservativer bis marktradikaler Agenda zum Anlass, einen Protestbrief an den Präsidenten zu schreiben. Darin erinnerten sie Donald Trump an sein Wahlversprechen, die Märkte von bürokratischen Fesseln zu befreien, und forderten ihn auf, bei Gottlieb zugunsten der E-Zigarette zu intervenieren. Andernfalls würden Tausende von Jobs in den USA gefährdet und Millionen von Rauchern von einem Rauchstopp abgehalten.

Doch auch die Gegenseite nahm die FDA weiter unter Beschuss: Obwohl die Behörde in einen hektischen Aktionismus verfallen war, um die sogenannte Nikotin-Epidemie unter den Jugendlichen einzudämmen, warfen ihr demokratische Abgeordnete

und Organisationen wie der American Lung Association öffentlich „Untätigkeit“ vor. Am 6. März wurde deutlich, dass dieses Kreuzfeuer nicht ohne Wirkung geblieben war, denn an diesem Tag verkündete Scott Gottlieb seinen Rücktritt vom Amt des FDA-Direktors. Offiziell nannte er familiäre Gründe für diesen Schritt, doch es wurde sofort gemutmaßt, dass er das jüngste Opfer in der langen Reihe der Trump'schen Personalentlassungen geworden sein könnte. Gottlieb selber hat diesen Spekulationen mit Nachdruck widersprochen. Tatsächlich hatte ihn Donald Trump wiederholt als einen Star seiner Administration bezeichnet und dafür gelobt, sich weit über die Kreise der Republikaner hinaus Ansehen erworben zu haben. Der Präsident hat dem Behördenchef auch bei dessen Tabakpolitik demonstrativ den Rücken gestärkt. Gottliebs kommissarischer Nachfolger Ned Sharpless, ein früherer Direktor des National Cancer Institute, hat denn auch sehr schnell klargestellt, dass der restriktive Kurs der Behörde gegenüber den E-Zigaretten-Anbietern fortgesetzt werden soll. Das betrifft auch eine der letzten und wichtigsten Entscheidungen, die Scott Gottlieb getroffen hat, nämlich die Vorverlegung der Antragsfrist für die Zulassung aromatisierter E-Liquids vom August 2022 auf den August 2021.

Die Demokraten setzen ihre Anti-Juul-Kampagne auch nach dem vorzeitigen Ende der Gottlieb-Ära unvermindert fort. Anfang April hat die Präsidentschaftskandidatin Elizabeth Warren gemeinsam mit zehn anderen Senatoren ihrer Partei einen Brief an den Vorstandsvorsitzenden von Juul Labs geschickt, in dem seitenlang Vorwürfe und Forderungen aufgelistet werden. Allein in den ersten vier Absätzen des Textes findet sich ein Dutzend Mal das Wort „Kinder“. Im vorletzten Abschnitt wird angedeutet, dass Gottlieb einer Verschwörung zum Opfer gefallen sein könnte, weil Juul Labs einige der Denkfabriken, die den Protestbrief an Trump geschickt hatten, finanziell unterstützt haben soll. Es bleibt abzuwarten, ob Warrens Kalkül aufgeht, sich im Vorwahlkampf als drogenpolitische Hardlinerin zu profilieren. Schaden könnte ihrer Glaubwürdigkeit, dass sie bei der E-Zigarette für eine rigorose Verbotspolitik eintritt und zugleich die Legalisierung von Cannabis fordert.

Dystopie der Tabakindustrie

Juul Labs hat Einiges dazu beigetragen, das Misstrauen auf Seiten der Behörden und Experten zu vertiefen. „Wir sind ein unabhängiges Unternehmen. Wir sind nicht Big Tobacco“ – das haben die beiden Firmengründer Adam Bowen und James Monsees gemeinsam mit anderen Vertretern der Geschäftsführung immer wieder betont. Ende 2018 war davon plötzlich keine Rede mehr: Am 20. Dezember wurde bekannt gegeben, dass der Marlboro-Hersteller Altria einen Anteil von 35% an dem E-Zigaretten-Anbieter erworben hat. Die Kaufsumme in Höhe von 12,8 Milliarden Dollar ist die größte Investition in der Geschichte der US-amerikanischen Philip Morris Company, die sich 2003 in Altria umbenannt hat. Nicht wenige Mitarbeiter von Juul Labs waren über diese Kehrtwende verärgert, ließen sich aber durch hohe Abfindungen besänftigen. Der Vertriebsleiter in Großbritannien verkaufte die Beteiligung des Tabakkonzerns als raffinierten Coup: „Wir haben den größten Hersteller von Zigaretten in Amerika dazu gebracht, seinen Niedergang zu beschleunigen. Das hat noch nie

jemand getan.“ Wer die Geschichte der Zigarettenindustrie kennt, kann über so viel Naivität nur staunen.

Für viele Kritiker von Juul Labs war der Deal der ultimative Beweis für die Unseriosität des Unternehmens. Dabei gab es auch vorher schon Anlässe genug, um die Visionen der Firmenvertreter von einer tabakfreien Welt in Zweifel zu ziehen. Einer der Hauptinvestoren und zugleich Vorstandsmitglied von Juul Labs ist der Unternehmer Nicholas J. Pritzker, der sein Vermögen dem Verkauf der Conwood Sales Company verdankt – einem der größten Produzenten von Kau- und Schnupftabak in den USA. Juul Labs selber ist aus der Firma Pax Labs hervorgegangen, die von Bowen und Monsees im Jahr 2007 gegründet wurde. Eines der ersten Produkte in der Pipeline von Pax Labs war ein Tabakerhitzer namens Ploom. Um die Produktentwicklung voranzubringen, ging das Start-Up-Unternehmen 2011 eine strategische Partnerschaft mit Japan Tobacco International ein; 2015 wurden sämtliche Ploom-Patente an JTI verkauft und die Einnahmen in die Markteinführung von Juul investiert. Auch die Idee mit dem Nikotinsalz verdanken die beiden Erfinder wahrscheinlich den Zigarettenkonzernen. In einem Interview mit dem Online-Magazin „Social Underground“ hat James Monsees erzählt, wie er gemeinsam mit Adam Bowen auf die Millionen interner Tabakindustrie-Dokumente gestoßen ist, die aus Schadensersatzprozessen in den USA hervorgegangen sind und auf der Webseite der University of California in San Francisco mit Suchmaschinen durchforstet werden können. Dieses Archiv, so Monsees, „war ein sehr interessanter Ort, um Nachforschungen anzustellen, weil wir so viele Informationen hatten, an die du normalerweise kaum herankommst. Hier konnten wir in kürzester Zeit zu einer riesigen Branche aufschließen. Und dann haben wir angefangen, Prototypen zu bauen“ (Montoya 2017).

Zu einem Massenprodukt wurde der Prototyp der Juul dank der Geräte-Fertigung in der chinesischen Industriemetropole Shenzhen, die Liquids werden in den USA hergestellt. Das Gerät ist relativ billig – es kostet 35 Dollar (in Deutschland 25 Euro). Richtig Geld macht das Unternehmen mit den Pods – ihr Stückpreis liegt bei 4 USD bzw. 3,25 Euro. Weil Hunderte von Presseartikeln und zahllose Nutzerkommentare im Internet für die nötige Werbung gesorgt haben, ist es mit einem vergleichsweise bescheidenen Marketingbudget gelungen, innerhalb von zwei Jahren zum Marktführer auf dem größten E-Zigaretten-Markt der Welt aufzusteigen. Zeitungsartikeln zufolge kommt die Juul in den USA mittlerweile auf einen Marktanteil von über 70%. Diese auch vom Hersteller selber kolportierte Meldung gehört jedoch in die Rubrik Fake News. Sie beruht nämlich auf Daten des Marktforschungsunternehmens Nielsen und die erfassen allein die Verkäufe über die üblichen Vertriebswege des Einzelhandels. Nimmt man den Online-Handel und den Absatz über die Dampferläden hinzu, die im Segment der E-Zigaretten eine große Rolle spielen, ergibt sich ein deutlich niedrigerer Marktanteil. Der Branchendienst E-Cig-Intelligence schätzt, dass Juul Lab ein Viertel des Umsatzes auf sich vereint, der in den USA mit Dampfprodukten gemacht wird. In einem Bericht der Centers for Disease Control ist von einem Drittel des Marktvolumens die Rede.

Der beispiellose Hype um das neue Pod-System hat finanzstarke Investoren wie Fidelity Investments – einer der führenden Vermögensverwalter der Welt – dazu bewogen, sich mit hohen Summen an Juul Labs zu beteiligen. Schon zwei Jahre nach dem Verkaufsstart wurde der Firmenwert auf 15 Milliarden US-Dollar taxiert. Die

E-Zigaretten-Firma liegt damit in der Rangliste der erfolgreichsten Start-Up-Unternehmen der amerikanischen Wirtschaftsgeschichte noch vor Senkrechstartern wie Airbnb, Facebook oder Uber, die allesamt länger gebraucht haben, um einen vergleichbaren Marktwert zu erzielen. „Unser Produkt ist so etwas wie die Dystopie des Tabaks“, hat Monsees einmal gesagt (Montoya 2017), und diese nassforsche Selbsteinschätzung fand bei Branchenkennern durchaus Anklang. Im April 2018 deuteten Analysten der Citygroup den Juul-Erfolg als Zeichen für die „beginnende Disruption der amerikanischen Zigarettenindustrie“ und stuften ihre Kaufempfehlung für Altria-Aktien herab. Wall Street-Auguren wie Jim Cramer zeigten sich davon überzeugt, dass die neuen Konkurrenten die Renditen der alten Platzhirsche in absehbarer Zeit deutlich dezimieren würden. So gesehen war es nicht überraschend, dass die Tabakaktien den größten Kurssprung seit zehn Jahren erlebten, als Scott Gottlieb im September 2018 einen Aktionsplan zur Eindämmung des E-Zigaretten-Konsums einforderte. Zwei Monate später stürzten die Aktien der Tabakkonzerne wieder ab, nachdem der FDA-Chef ein baldiges Verbot von Menthol-Zigaretten in Aussicht gestellt hatte. Der Außenseiter-Erfolg von Juul Labs hat für Nervosität an den Börsen und Volatilität bei den Tabakaktien gesorgt und das trifft die Zigarettenkonzerne, die jahrzehntelang als Garanten hoher Kursgewinne galten, an ihrem neuralgischsten Punkt – dem Shareholder Value.

Das zeigt auch die Entscheidung des Altria-Vorstands, sich zu 35% an Juul Labs zu beteiligen. Auf den ersten Blick mag das nach einem cleveren Coup aussehen, durch den man einen unabhängigen Konkurrenten in die eigene Unternehmensstrategie einbindet, bevor es andere Tabakkonzerne tun. Doch die Investition von fast 13 Mrd. US-Dollar ist keineswegs ohne Risiken, wenn man die Rahmenbedingungen genauer betrachtet: In den USA stagniert der Marktanteil von Juul Labs aufgrund der FDA-Restriktionen seit Dezember 2018, in Europa wird man kaum auf ähnliche Umsätze wie in Nordamerika kommen, weil hier strenge Nikotinobergrenzen gelten, und auf wichtigen asiatischen Märkten wie Japan oder Südkorea würde die Juul mit einem Alternativprodukt aus der eigenen Unternehmensfamilie konkurrieren – dem Tabakerhitzer Iqos von Philip Morris International. So gesehen ist es wenig überraschend, dass die Altria-Aktie zwischenzeitlich mehr als 30% ihres Werts verloren hat und ihr Kurs als „Chart des Grauens“ galt, nachdem die Pläne für den Juul-Deal publik wurden. Zumal von André Calantzopoulos, dem CEO von Philip Morris International, Interviewäußerungen vorliegen, die wenig dazu geeignet sind, das Vertrauen in die Investitionsentscheidung von Altria zu stärken: „Juul war die erste echte ‚Marke‘ auf dem Markt für E-Zigaretten. Aber ich glaube nicht, dass Juul einen wirklichen Technologie- oder Innovationsvorsprung hat“, sagte Calantzopoulos gegenüber dem Technikportal The Verge vor Abschluss des Deals, und er fügte hinzu: „Sie können ein Nikotinsalz auf 50 verschiedene Arten herstellen – einfach indem Sie eine Säure mit Nikotin zusammenbringen.“

Für manche Analysten und viele Anleger bleibt der Verkauf von Tabakprodukten auch in Zukunft das Brot-und-Butter-Geschäft der Tabakindustrie. Es mag ja sein, so die Sicht der Traditionalisten, dass die Nachfrage nach risikoreduzierten Produkten wächst, aber ohne die Gewinne aus dem Zigarettengeschäft sind die Investitionen in Innovationen wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer kaum zu finanzieren. Was aus betriebswirtschaftlicher Warte auf jeden Fall vermieden werden muss, ist eine Konstellation

tion, bei der sich die Produkte aus den verschiedenen Unternehmenssparten gegenseitig kannibalisieren. Darum machen Tabakkonzerne wie Japan Tobacco International kein Hehl daraus, dass ihr Geschäftsmodell auf den „dual use“ ausgerichtet ist. Ein idealer Kunde wäre demnach der Angestellte, der zu Hause Zigaretten raucht, sofern es dort niemanden stört, und der im Büro E-Zigaretten dampft, ohne dass die Kollegen davon etwas mitbekommen. Solch ein Parallel-Konsum wird gefördert, wenn sich der Zigaretten-Rauch und der E-Zigaretten-Dampf vom Geschmack her nicht allzu sehr unterscheiden. Und genau darauf laufen die Restriktionen hinaus, mit denen die FDA die angebliche Juuling-Epidemie eindämmen will: Alle „kinderfreundlichen“ Liquidsorten werden nach und nach vom Markt verdrängt, bis nur noch Tabak-Aromen problemlos erhältlich sind. Altria hat diese Vorgabe sehr schnell umgesetzt und Anfang Oktober 2018 verkündet, sämtliche „aromatisierten“ Liquidsorten aus dem Sortiment zu nehmen und in Zukunft nur noch Tabak- und Menthol-Aromen für die eigenen E-Zigaretten anzubieten.

Man muss keine Verschwörungstheorie bemühen, um die Kongruenz der Sichtweisen zu erklären, die bei Gesundheitsexperten und -politikern auf der einen Seite und den Tabakproduzenten auf der anderen hinsichtlich der E-Zigaretten-Liquids besteht. Denn es handelt sich offenkundig um eine Baptist-Bootlegger-Konstellation, wie sie der amerikanische Ökonom Bruce Yandle beschrieben hat (Yandle 1983). Das klassische Beispiel hierfür stammt aus der Zeit der Alkohol-Prohibition, in der die Baptisten mit Emphase die Folgen des Schnapstrinkens beklagten und mit Erfolg den legalen Schnapsverkauf bekämpften, wovon vor allem die Bootlegger profitierten, also die Schwarzbrenner und Schmuggler. Übertragen auf die heutige Zeit bedeutet dies: Wenn die E-Zigarette an Attraktivität verliert, weil Gesundheitsschützer rigoros gegen attraktive Aromen vorgehen, dann kommt das in erster Linie den erklärten Gegnern der Gesundheitsschützer zu Gute – den Tabakkonzernen.

Schluss: Was lernen wir daraus?

Der vorliegende Beitrag kann nicht mehr sein als ein Versuch, die Juul-Story nachzu-erzählen. Die Gattungsbezeichnung Essay soll andeuten, dass der Bericht in dreierlei Hinsicht ein Provisorium darstellt: Es war (1.) nicht möglich, alle Fragen zu beantworten, die für das Verständnis des Juul-Hypes von Belang sind; das gilt z.B. für die pharmakologische Wirkung von Nikotinsalz; es ist (2.) kaum machbar, mit der Flut von Veröffentlichungen Schritt zu halten, die seit Beginn des Hypes hierüber und über verwandte Themen in der Presse und der Fachpresse erscheinen; und es ist (3.) zumindest schwierig, empirisch Plausibles von den Halbwahrheiten und Übertreibungen zu trennen, die von allen möglichen Seiten in Umlauf gebracht wurden und werden. Doch obwohl die tonangebenden Akteure der US-Debatte – Hersteller und Politiker, Gesundheitsexperten und Regulierungsbehörden – wenig Mühe darauf verwenden, Fakten und Fake-News auseinander zu halten, befinden wir uns heute keineswegs in einer Rashomon-Situation, in der die am Geschehen Beteiligten nacheinander verschiedenartige Versionen der Ereignisse darbieten und den Zuhörer in völliger Ratlosigkeit zurücklassen. Es gibt durchaus Erkenntnisse, die den Faktencheck bestehen. Fünf davon seien noch einmal genannt:

- (1) Die E-Zigarette bringt Chancen und Risiken von enormer Tragweite mit sich. Sie eröffnet die Chance, die Zahl der Tabaktoten drastisch zu senken, aber sie birgt auch neue Gesundheitsrisiken für Menschen, die niemals Raucher waren. Durch Pod-Systeme wie die Juul tritt dieser ambivalente Charakter der E-Zigarette noch schärfer hervor: Ihre unkomplizierte Handhabung und ihr hoher Nikotingehalt machen sie für Raucher attraktiv, die mit anderen Gerätetypen und Entwöhnungsmethoden nicht zurechtkommen; dasselbe gilt aber auch für Jugendliche, die am Stealth Vaping Gefallen finden.
- (2) Die Diskussion um die richtige Balance zwischen den Anforderungen der Tabakentwöhnung und denen des Jugendschutzes hat in den USA eine Schlagseite bekommen: Es wird vor einer neuen Generation von Nikotinabhängigen gewarnt, obwohl die Zahl der Jugendlichen, die regelmäßig dampfen, viel geringer ist, als die Warnungen vermuten lassen, und die Zahl der jugendlichen Raucher so niedrig ist wie nie zuvor.
- (3) Die Juul-Reklame liefert Anschauungsmaterial für beides: für Werbung, die den Jugendschutz untergräbt, und für Werbung, die der Tabakentwöhnung dient. Die Vaporized-Kampagne zum Verkaufsstart ist ein Negativbeispiel, die Switching-Kampagne, die aktuell von Juul Labs gefahren wird, ein Positivbeispiel.
- (4) Die Entwicklung der Umsatzzahlen macht deutlich, dass es nicht das Marketing des Herstellers war, das den Juul-Boom ausgelöst hat, sondern der Hype in den sozialen Medien und die Sensationsberichterstattung in der etablierten Presse. Maßnahmen zur Produkt- und Werberegulierung sind deshalb eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für den Jugendschutz. Mindestens ebenso wichtig ist eine wirksame Verkaufskontrolle inklusive der obligatorischen Altersverifikation im Online-Handel.
- (5) Ein Raucher, der vom Tabak loskommen will, möchte nicht unbedingt einen Dampf inhalieren, der nach Tabak schmeckt. Wer Liquid-Sorten mit Fruchtaroma ganz verbieten oder strengstens reglementieren will, schadet deshalb der Tabakentwöhnung und nutzt der Tabakindustrie. Denn die setzt – allen PR-Verlautbarungen über das Ziel einer rauchfreien Welt zum Trotz – vor allem auf den Parallel-Konsum von Zigaretten und E-Zigaretten (dual use), um ihre Position auf dem Nikotinmarkt zu behaupten.

Allein in den USA ist der Zigarettenkonsum für mehr als 480.000 Todesfälle pro Jahr verantwortlich. Wenn man den Rauchern ein befriedigendes, einfach zu handhabendes Ersatzprodukt anbietet, dann kann man die Attraktivität und Ubiquität des Originalprodukts reduzieren und es irgendwann vom Markt nehmen. Das ist die Grundidee des Programms, das Scott Gottlieb im Juli 2017 verkündet hat: E-Zigaretten mit einem relativ hohen Nikotingehalt zuzulassen, um den Nikotingehalt von Zigaretten schrittweise reduzieren zu können. In der aktuellen Berichterstattung der US-Presse kommt dieser Gedanke zu kurz, in der deutschen Presse kommt er überhaupt nicht mehr vor. „Tödliche Nikotinbomben ... Millionen suchtkranker Teenager ... eine neue Generation von Kindern mit unterentwickelten Gehirnen“, das sind die Schlagzeilen, die hierzulande den Tenor der Berichte über den Juul-Konsum in den USA bestimmen. „Was wir über unsere Gesellschaft, ja über die Welt, in der wir leben, wissen, wissen wir durch die Massenmedien“, hat Niklas Luhmann einmal geschrieben. Bei der E-Zigarette im Allgemeinen und der Juul im Besonderen ist es

eine verzerrte, zur Horrorstory stilisierte Version des Weltwissens, mit dem uns die Medien versorgen. Diese Epidemie der Desinformation hat auch und gerade die sogenannten Qualitätsmedien befallen.

Die Moralpanik in großen Teilen der deutschen Presse und Fachpresse ist allein schon deshalb unangebracht, weil man die Verhältnisse in den Vereinigten Staaten nicht 1:1 auf Staaten der Europäischen Union übertragen kann. Denn in Europa gilt für E-Liquids die Nikotin-Obergrenze von 20 mg/ml. Nicht nur deshalb ist es äußerst unwahrscheinlich, dass die Juul hier einen ähnlichen Hype auslösen wird wie auf der anderen Seite des Atlantiks. Die Frage, die sich bei uns stellt, ist eine ganz andere als in den USA: Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit E-Zigaretten mit einem höheren Nikotingehalt zugelassen werden können? Denn nur bei einer Anhebung der Nikotin-Obergrenze wird es möglich sein, das Potential der Pod-Systeme für die Tabakentwöhnung auszuschöpfen. Das wiederum wäre ein wichtiger Schritt für die Mission, die Juul Labs der eigenen Unternehmung vorangestellt hat und gegen die selbst hartgesottene Juul-Kritiker wenig haben dürften: „Wir wollen das Leben von weltweit einer Milliarde Raucher verbessern, indem wir die Zigaretten eliminieren.“

Literatur

- Anic, G.M. et al. (2018): Frequency of use among middle and high school student tobacco product users. United States, 2015-2017. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67: 1353-7
- Crudele, J. (2019): A tale of two Juul pods. China's counterfeits pose a threat to US. In: *New York Post*, 10.4.2019
- Cullen, K.A. et al. (2018): Notes from the Field: Use of electronic cigarettes and any tobacco product among middle and high school students. United States 2011-2018. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67: 1276-7
- David, M. (2018): Statement from Matt David, Juul Labs Chief Communications Officer, regarding the press conference held by the Massachusetts Attorney General. www.juul.com
- Duell, A.K. et al. (2018): Free-base nicotine determination in electronic cigarette liquids by ¹H NMR spectroscopy. In: *Chemical Research in Toxicology* (31): 431-4
- Farsalinos, K. et al. (2018): Patterns of flavored e-cigarette use among adult vapers in the United States. Report submitted to: Docket No. FDA-2017-N-6565
- Fiore, M.C. (2016): Tobacco control in the Obama era – substantial progress, remaining challenges. In: *New England Journal of Medicine*, 375(15):1410-2
- Genzke, A.S. et al. (2019): Vital signs: Tobacco product use among middle and high school students – United States, 2011 – 2018. Centers for Disease Control and Prevention. 11.2.2019
- Gottlieb, S. (2019): Remarks. Public hearing on eliminating youth use of electronic cigarette and other tobacco product use. The role for drug therapies. 18.1.2019. www.fda.gov
- Green, A. (2018): Vaping stores can't use 'apple' to describe apple-flavored products. In: *The Oregonian*, 13.12.2018
- Hajek, P. et al. (2019): A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. In: *New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMoa1808779
- Huang, J. et al. (2019): Vaping versus Juuling: how the extraordinary growth and marketing of JUUL transformed the US retail e-cigarette market. In: *Tobacco Control*, 28(2):146-51

- Jackler, R.K. et al. (2018): Juul advertising over its first three years on the market. Stanford University, SRITA White Paper. tobacco.stanford.edu/juulanalysis
- Jackler, R.K./Ramamurthi, D. (2019): Nicotine arms race: Juul and the high-nicotine product market. In: Tobacco Control. 6.2.2019 [Epub ahead of print]
- Jay, J. et al. (2019): Changes in biomarkers of exposure associated with switching for 5 days from combusted cigarettes to nicotine salt pod system. jliscience.com
- Johnston, L.D. et al. (2019): Monitoring the future. National survey results on drug use, 1975-2018. National Institute on Drug Abuse
- Juul Data Insights (2019 a): Studies provide insights on role of flavors to help adult smokers in the U.S. switch off combustible cigarettes. 16.1.2019; juul.com
- Juul Data Insights (2019 b): Cigarette sales in the US continue historic decline into the first quarter of 2019. 3.4.2019; juul.com
- Katsampouris, E. et al. (2019): US adolescents' perception of the harmfulness and addictiveness of using a Juul e-cigarette compared to smoking conventional cigarettes. jliscience.com, 23.2.2019
- Leavens, E. et al. (2019): Juul electronic cigarette use patterns, other tobacco product use, and reasons for use among ever users: Results from a convenience sample. In: Addictive Behaviors. 18.2.2019 [Epub ahead of print]
- Levy, DT et al. (2018): Examining the relationship of vaping to smoking initiation among US youth and young adults: a reality check. Tobacco Control.
- Lukianoff, G./Haidt, J. (2018): The coddling of the American mind. How good intentions and bad ideas are setting up a generation of failure. New York: Penguin Press
- McKeganey, N. et al. (2019 a): Prevalence and awareness and use of Juul e-cigarettes, e-cigarettes and combustible cigarettes in a national probability sample of US adolescents. In: American Journal of Health Behaviour, 43(3): 591-605
- McKeganey, N. et al. (2019 b): Vaping and the Number of Cigarettes Not Now Smoked: An Additional Means of Assessing the Public Health Impact of E-cigarettes. In: Pulmonary and Respiratory Medicine. Published online 18.2.2019
- McKelvey, K./ Balocchi, M./ Halpern-Felsher, B. (2018): Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. In: JAMA Network Open. 5.10.2018. 1(6):e183535
- McNeill, A./Robson, D. (2018): A man before his time: Russell's insights into nicotine, smoking, treatment and curbing the smoking problem. In: Addiction, 113(4):759-63
- Minton, M. (2018): Fear Profiteers. How e-cigarette panic benefits health activists. Competitive Enterprise Institute, Washington DC
- Montoya, G. (2017): Pax Labs: Origins with James Monsees. In: Social Underground (online)
- O'Donnell, J. (2018): Depression, anxiety, nicotine withdrawal. Trying to quit vaping 'was hell'. In: USA Today, 27.12.2018
- Omaiye, E. et al. (2019): High-nicotine electronic cigarette products: Toxicity of Juul fluids and aerosols correlates strongly with nicotine and some flavor chemical concentrations. Chemical Research in Toxicology. 21.3.2019. DOI: 10.1021/acs.chemrestox.8b00381
- Pankow, J.F. et al. (2017): Benzene formation in electronic cigarettes. PLoS One. 12.3.2017: e0173055. eCollection 2017
- Prakash, S. et al. (2019): Identifying predictive attributes of adult smokers who cease combustible smoking using the Juul electronic nicotine delivery system via logistic regression and CART. <https://jliscience.com/research-library>

- Reilly, S.M. et al. (2018): Free radical, carbonyl, and nicotine levels produced by Juul electronic cigarettes. In: *Nicotine & Tobacco Research*. 20.10.2018. [Epub ahead of print]
- Russel, C./McKeganey, N./Haseen, F. (2018): Transitions in cigarette smoking associated with use of the JUUL vaping device among 18,799 adults in the United States. Centre for Substance Use Research: Glasgow, UK
- Samuel Jockel, Keller and Heckman LLP (2019): FDA holds public hearing on strategies to address youth e-cigarette use. Food and Drug Law Institute, Washington DC. www.fdli.org
- Satel, S. (2018): Why the panic over Juul and teen vaping may have deadly results. In: *Forbes*, 11.4.2018
- Talih, S. et al. (2019): Characteristics and toxicant emissions of Juul electronic cigarettes. *Tobacco Control*. 11.2.2019. [Epub ahead of print]
- Tiku, N. (2018): Users sue Juul for addicting them to nicotine. In: *Wired*, 23.7.2018
- Tröndle M. (2018): Macht extrem süchtig. Umstrittene E-Zigarette Juul kommt jetzt nach Deutschland. In: *Kölner Stadtanzeiger*, 18.12.2018
- Twenge, J.M. (2017): *iGen. Why today's super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy and completely unprepared for adulthood*. New York: Atria Books
- Vallone, D.M. et al. (2018): Prevalence and correlates of Juul use among a national sample of youth and young adults. In: *Tobacco Control*. 28.10.2018 [Epub ahead of print]
- Warner, K.E. (2017): FDA's innovative plan to address the enormous toll of smoking. In: jamanetwork.com, 8.9.2017
- Weixel, N. (2018): FDA tobacco crackdown draws fire from right. *The Hill*. 17.11.2018
- Willett, J.G. et al. (2019): Recognition, use and perceptions of Juul among youth and young adults. In: *Tobacco Control*. 28(1):115-16
- Yandle, B. (1983): Bootleggers and baptists. The education of a regulatory economist. In: *Regulation* (May-June): 12-16
- Zeller, M. (2019): The future of nicotine regulation. Key questions and challenges. In: *Nicotine & Tobacco Research*. 21(3):331-2
- Bildbeispiele für E-Zigaretten-Werbung in den US A: http://tobacco.stanford.edu/tobacco_main/main_pods.php
- Weitere Literaturhinweise auf Nachfrage beim Verfasser: jazbinsek@online.de

Anhang: Bildbeispiele aus der Juul-Werbung



(1) „Vaporized“-Kampagne, USA 2015



(2) „Switching“-Kampagne, USA 2019

Alkohol



3

Schädigungen Dritter durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Fetale Alkoholspektrumstörung und Fetales Alkoholsyndrom

Ludwig Kraus, Christian Rauschert & Nicki-Nils Seitz

Zusammenfassung:

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschaftskomplikationen sowie Folgeerkrankungen für das ungeborene Kind verbunden. Aktuelle nationale und internationale Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass das Ausmaß der Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) sowie des klinischen Vollbilds des fetalen Alkoholsyndroms (FAS) unterschätzt wird. Aktuelle Schätzungen für FAS und FASD in Deutschland belaufen sich auf etwa 2.930 und etwa 12.650 Kinder pro Jahr. Präventive Maßnahmen zur Sensibilisierung negativer Risiken für Dritte, beispielsweise durch Aufklärungsgespräche im Rahmen der Schwangerenvorsorge und routinemäßige Alkoholscreenings durch den Arzt oder die Ärztin sind dringend erforderlich.

Einleitung

Alkoholkonsum ist einer der Hauptrisikofaktoren für globale Krankheitslast und vorzeitige Sterblichkeit weltweit. Schätzungen der aktuellen Global Burden of Disease Studie zufolge ist Alkohol global für 2,8 Millionen Todesfälle und 108 Mio. durch Krankheit und Behinderung verlorene Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs) verantwortlich (Stanaway et al., 2018). Alkohol rangiert damit unter 84 Risikofaktoren in 195 Ländern an sechster Stelle. Neben den negativen Folgen übermäßigen Konsums für Konsumierende stellt Alkoholkonsum auch eine Gefährdung für Andere dar. So verursachen betrunkene Autofahrer_innen im Straßenverkehr nicht selten Unfälle mit tödlichen Folgen und bei Gewalttaten spielt Alkohol ebenfalls häufig eine Rolle. Der Begriff des „Passivtrinkens“, der im Zusammenhang mit den Schäden, die durch den Alkoholkonsum Anderer entstehen, häufig genannt wird, trifft in erster Linie für den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft zu. Wird während der Schwangerschaft Alkohol getrunken, trinkt das ungeborene Kind mit. Über die Plazenta der Mutter gelangt der Alkohol ungehindert in den Körper des sich entwickelnden Kindes (Merzenich/Lang 2002). Dies ist mit einer Reihe potentieller Schäden für das ungeborene Kind verbunden, die oftmals lebenslang persistieren. Hierzu zählen faziale Anomalien, Wachstumsstörungen, emotionale und kognitive Störungen bis hin zu geistigen Behinderungen, Störungen der Informations- und Wahrnehmungsverarbeitung oder dissoziale Entwicklungen (Spohr/Steinhausen 2008). Defek-

te im Zusammenhang mit einer intrauterinen Alkoholbelastung werden unter dem Oberbegriff der Fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) zusammengefasst (Landgraf/Heinen, 2012; Walloch et al. 2012). Das klinische Vollbild der Krankheit wird als Fetales Alkoholsyndrom (FAS) bezeichnet (Cook et al. 2016). FASD ist eine angeborene Erkrankung, welche häufig nicht als solche erkannt oder berücksichtigt wird.

Internationale Studien

Um das Ausmaß der Belastung von FAS und FASD quantifizieren zu können, ist die Betrachtung internationaler Studienergebnisse erforderlich. So beläuft sich laut Ergebnissen einer Studie zu FASD die weltweite Prävalenz der betroffenen Kinder auf insgesamt 77 pro 10.000 Personen (95% KI 49; 117) (Lange et al. 2017). Studien aus Italien zufolge liegt die Prävalenz von FAS bei 37 bis 74 pro 10.000 Kinder und für FASD bei 203 bis 405 pro 10.000 Kinder im Jahr 2004 (May et al. 2006) und 65 bis 101 pro 10.000 Kinder für FAS und 334 bis 626 pro 10.000 Kinder für FASD für die Jahre 2005 bis 2007 (May et al. 2011). In den USA wurde die Prävalenz für FASD auf 113 (95% KI 78; 158) bis 500 (95% KI 399; 617) pro 10.000 Kinder geschätzt. Gewichtete Schätzungen ergaben eine Prävalenz von 311 (95% KI 161; 540) bis 985 (95% KI 575; 1395) pro 10.000 Kinder (May et al. 2018). Schätzungen zu FAS in Frankreich belaufen sich laut einer Studie aus dem Jahr 2008 auf 18 pro 10.000 lebendgeborene Kinder (de Chazeron et al. 2008). Betrachtet man das Ausmaß der Belastung, der durch Alkohol verursachten Morbidität Dritter für FAS und FASD bei Neugeborenen auf internationaler Ebene, fällt auf, dass die Studienlage direkter Prävalenzschätzungen sehr gering ist.

Datenlage in Deutschland

Für Deutschland liegen keine Originalstudien zu Schätzungen von FAS und FASD vor. Bestehende Studien schätzten die Inzidenz von FAS und FASD meist basierend auf indirekten Zahlen. So schätzten Spohr und Steinhausen die jährliche Inzidenz für Kinder mit einer voll ausgeprägten FAS auf 600 bis 1.200 Neugeborene und für FASD auf 3.000 bis 4.000 Neugeborene pro Jahr (Spohr/Steinhausen 2008). Zur Schätzung der Inzidenzen orientierten sich die Autoren an internationalen Vergleichen und Analogien von Studien, die zwischen 1970 und 2000 durchgeführt wurden (FAS: 5 bis 20 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten (May/Gossage 2001; Sampson et al. 1997) FASD: 40 bis 60 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten (May et al. 2001). In einer aktuellen Studie aus München wurde die Inzidenz von FAS und FASD für Deutschland im Jahr 2014 auf 41 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten (95% KI 24; 63) und 177 Kinder pro 10.000 Lebendgeburten (95% KI 135; 320) beziehungsweise 2.930 (95% KI 1.720; 4.500) und 12.650 (95% KI 9.650; 23.310) Kinder geschätzt (Kraus 2019). Die Schätzung erfolgte anhand eines metaanalytischen Ansatzes, der Daten zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und die Risikoverhältnisse zwischen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und FAS/FASD kombiniert. Die Schätzungen der Studie liegen unter Beachtung aktueller Metaanalysen (Lange et al. 2017; Popova et al. 2017) im Vergleich zu den Ergebnissen der früheren Schätzung von Spohr und Ste-

inhausen wesentlich höher und deuten auf eine bisherige Unterschätzung der Zahlen zu FAS und FASD in Deutschland hin.

Bei der Interpretation der Ergebnisse zur Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von FAS und FASD ist zu beachten, dass der Großteil der Daten zu Informationen über den eigenen Alkoholkonsum auf Selbstangaben der Befragten beruht. Dies kann bei einem Thema wie Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zu Verzerrungen aufgrund von sozial erwünschtem Antwortverhalten führen. Eine weitere Schwierigkeit besteht aus klinischer Sicht in der Diagnosestellung. Oftmals ist diese seitens der Ärzte durch eine Polytoxikomanie der schwangeren Frauen erschwert. Indem häufig neben Alkohol auch Tabak, Tabletten und andere illegalen Drogen missbraucht werden, ist die Ursache des Krankheitsbildes oft nicht immer eindeutig identifizierbar (Spohr et. al. 2008). Hinzu kommt, dass die große Mehrheit der FASD-Kinder nicht bei ihren leiblichen Eltern, sondern in Pflege- oder Adoptionsfamilien lebt, somit fehlen häufig Informationen über den Alkoholkonsum der leiblichen Mutter während der Schwangerschaft (Spohr et. al. 2008). Zudem sind die Merkmale des FAS und FASD in der Kindheit meist eindeutig identifizierbar, im Jugend- und Erwachsenenalter jedoch weniger stark ausgeprägt und somit weitaus schwieriger zu diagnostizieren. Für Deutschland existiert eine S3 Leitlinie zur Diagnostik des FAS (Landgraf/Heinen 2012), diese unterscheidet sich jedoch hinsichtlich der verwendeten Kriterien von anderen internationalen Leitlinien. Das Fehlen international standardisierter Diagnosekriterien unterminiert die Reliabilität und Validität der Diagnose und erschwert die Vergleichbarkeit internationaler Schätzungen (Lange et. al. 2017; Landgraf et al. 2013). Diese Faktoren deuten vor allem bei Personen mit einer leicht- bis mittelschweren Ausprägung auf eine hohe Dunkelziffer der Erkrankung hin.

Diskussion

Obwohl seit langem bekannt ist, dass der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft neben FAS und FASD auch zu anderen erheblichen Konsequenzen wie Früh-, Fehl- Totgeburten, intrauterinen Wachstumsretardierungen oder einem geringen Geburtsgewicht führen kann, ist die Anzahl der Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken, immer noch sehr hoch. So trinkt laut der aktuellen Studie von Kraus und Kollegen jede vierte Frau auch während der Schwangerschaft Alkohol (Kraus et al. 2019). Dies mag nicht zuletzt an dem bisher in Forschung und Praxis eher unbeachteten Interesse zur Entwicklung präventiver Strategien liegen. Fehlende Aufklärung wie die mangelnde Thematisierung der Problematik im Arzt Patienten Gespräch sind nur ein Aspekt, der zu dem niedrigen Bewusstsein der Problematik beiträgt. Laut einer Studie von TNS Infratest aus dem Jahr 2014 sind sich 44% der Deutschen nicht über die Gefahr bleibender Schäden von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft für ihr Kind bewusst (TNS Infratest, 2014). Als Gründe für den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft wird von den Betroffenen neben mangelndem Wissen über die Folgen oftmals auch Unwissenheit über die Schwangerschaft zu Beginn berichtet. Berichte über gesundheitsförderliche Wirkungen von Alkohol tragen ebenfalls zu Fehleinschätzungen der Betroffenen bei. Studien konnten jedoch zeigen, dass bereits geringe Mengen an Alkohol zu einem erhöhten Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen führen können (Bergmann et al. 2006; Spohr

2014). Oberstes Präventionsziel sollte deshalb die absolute Alkoholkarenz während der Schwangerschaft sein.

Da Schäden aufgrund von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zu 100% vermeidbar sind, muss im Rahmen der Verhältnisprävention deutlich mehr Aufklärung betrieben werden. Maßnahmen zur Sensibilisierung für die negativen Risiken Dritter, beispielsweise durch Aufklärungsgespräche im Rahmen der Schwangerenvorsorge durch den Arzt oder die Ärztin, sind dringend erforderlich. Die Einführung von Alkoholscreenings in Kombination mit weiteren Maßnahmen präkonzeptioneller Gesundheitsförderung sollte für sämtliche Frauen im gebärfähigen Alter routinemäßig in allen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung implementiert werden. Strategien zur Reduktion des Alkoholkonsums auf politischer sowie wirtschaftlicher Ebene, z. B. in Form einer strengeren Preispolitik oder einer Limitierung des Alkoholmarktes (Chisholm et al. 2019), haben sich bereits in anderen Ländern bewährt und sollten auch hierzulande noch einmal überdacht werden.

Literatur

- Bergmann, R. L./Richter, R./Milo, C./Michel, B./Dudenhausen, J. W. (2006): Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. *Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen*, 19: 32.
- Chisholm, D./Rehm, J./Frick, U./Anderson, P. (2009): Alcohol policy cost-effectiveness briefing notes for 22 European countries. London, UK: Institute of Alcohol Studies. (Individual country reports are available as PDF versions at <http://www.ias.org.uk/buildingcapacity/index.html>).
- Cook, J. L./Green, C. R./Lilley, C. M./Anderson, S. M./Baldwin, M. E./Chudley, A. E. et al. (2016): Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *Canadian Medical Association Journal*, 188: 191-197.
- De Chazeron, I./Llorca, P. M./Ughetto, S./Vendittelli, F./Boussiron, D./Sapin, V. et al. (2008): Is pregnancy the time to change alcohol consumption habits in France?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32: 868-873.
- Kraus, L./Seitz, N. N./Shield, K. D./Gmel, G./Rehm, J. (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Medicine*, 17: 59.
- Landgraf, M. N./Heinen, F. (2012): S3-Leitlinie. Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms, 022-025.
- Landgraf, M. N./Nothacker, M./Kopp, I. B./Heinen, F. (2013): The diagnosis of fetal alcohol syndrome. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110: 703.
- Lange, S./Probst, C./Gmel, G./Rehm, J./Burd, L./Popova, S. (2017): Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171: 948-956.
- May, P. A./Gossage, J. P. (2001): Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. *Alcohol Res Health*, 25: 159-167.
- May, P. A./Fiorentino, D./Phillip Gossage, J./Kalberg, W. O./Eugene Hoyme, H./Robinson, L. K. et al. (2006): Epidemiology of FASD in a province in Italy: prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30: 1562-1575.

- May, P./Fiorentino, D./Coriale, G./Kalberg, W./Hoyme, H. E./Aragón, A. et al. (2011): Prevalence of children with severe fetal alcohol spectrum disorders in communities near Rome, Italy: new estimated rates are higher than previous estimates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8: 2331-2351.
- May, P. A./Chambers, C. D./Kalberg, W. O./Zellner, J./Feldman, H./Buckley, D. et al. (2018): Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in 4 US communities. *JAMA*, 319: 474-482.
- Merzenich, H./Lang, P. (2002): *Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 17).* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Popova, S./Lange, S./Probst, C./Gmel, G./Rehm, J. (2017): Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5: e290-e299.
- Sampson, P. D./Streissguth, A. P./Bookstein, F. L./Little, R. E./Clarren, S. K./Dehaene, P. et al. (1997): Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*, 56: 317-326.
- Spohr, H. L./Steinhausen, H. C. (2008): Fetal alcohol spectrum disorders and their persisting sequelae in adult life. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105: 693.
- Spohr, H. L. (2016). *Das Fetale Alkoholsyndrom: Im Kindes-und Erwachsenenalter.* Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Stanaway, J. D./Afshin, A./Gakidou, E./Lim, S. S./Abate, D./Abate, K. H. et al. (2018): Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392: 1923-1994.
- TNS Infratest Politikforschung (2014): „Alkohol und Schwangerschaft“ – KW 35/2014. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung – Tabellarische Übersichten. Berlin.
- Walloch, J. E./Burger, P. H./Kornhuber, J. (2012). What is known about the outcome as adults for children with fetal alcohol syndrome (FAS)/fetal alcohol spectrum disorders (FASD)? *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 80: 320-326.

Substanzgebrauch, Alter und Harm Reduction

Marie Jonna Krieger

Zusammenfassung

Ein relevanter und tendenziell wachsender Anteil älterer und alter Menschen konsumiert Alkohol auf einem risikoreichen Level. Gefahren, die ein erhöhter Konsum mit sich bringt, nehmen mit steigendem Alter zu. Dennoch wird Unterstützung nur selten in Anspruch genommen. Gründe sind mitunter die Angst vor Stigmatisierung sowie hohe Zugangsschwellen zu Angeboten der Suchthilfe. Dieser Beitrag beschreibt, warum das Alter nach wie vor als wichtige Dimension in Suchthilfe und -politik miteinbezogen werden muss und warum es wichtig ist, Wege und Ziele von Angeboten der Suchthilfe dahingehend zu differenzieren.

Schon länger ist bekannt, dass die Auseinandersetzung mit einem risikoreichen¹ Drogengebrauch nicht nur in Hinsicht auf jüngere Generationen, sondern auch bezüglich älterer und alter Menschen nicht nur dringend notwendig, sondern unvermeidbar ist. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) geht davon aus, dass gegenwärtig etwa 30% der Männer sowie 18.5% der Frauen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben einen Alkoholkonsum aufweisen, der oberhalb der „Grenzwerte für einen risikoarmen Konsum“ liegt (vgl. DHS 2016). Diverse Indikatoren, wie medizinischer Fortschritt und eine damit gesteigerte Lebenserwartung, der demographische Wandel, veränderte Lebensentwürfe und eine grundsätzlich tolerantere Haltung gegenüber dem Konsum legaler und illegalisierter Drogen sprechen dafür, dass die Zahl älterer und alter Menschen, die einen risikoreichen Alkoholkonsum aufweisen, in den kommenden Jahren steigen wird. Weitere Einflussfaktoren sind die universelle und tendenziell preisgünstige Verfügbarkeit alkoholischer Getränke sowie altersspezifische Risiken der Gegenwart, z.B. Singularisierung (vgl. Weyerer/Schäufele 2017; Wolter 2015; Fuhr u.a. 2017).

Die legalen Drogen Alkohol, Tabak und Medikamente werden hierbei von älteren und alten Menschen nach wie vor am häufigsten konsumiert. Gleichzeitig darf nicht übersehen werden, dass auch der Gebrauch illegalisierter Drogen zunimmt (vgl. Weyerer/Schäufele 2014). Wenn auch die Datenlage nach wie vor nicht optimal ist und Personen über 60 bzw. 65 Jahre in diversen Erhebungen als Zielgruppe nicht ausreichend berücksichtigt werden, gewinnt die Auseinandersetzung mit der Thematik seit einigen Jahren an Bedeutung. Vermehrt liegen Zahlen und Erkenntnisse über die Zielgruppe, sowie den Erfolg von diversen Interventionen, vor. Auch spezialisierte Handlungskonzepte wurden bereits im Rahmen diverser Projekte entwickelt (vgl. Geyer 2009; Zeman 2009). Dies ist auch gut so, denn die praktische und theoretische Auseinandersetzung sollten die speziellen, mit dem oben skizzierten Trend einhergehenden, Problemlagen nicht ignorieren.

¹ Der Begriff des risikoreichen Konsums wird in diesem Text als Oberbegriff für den „riskanten Konsum“ sowie diagnostisch relevante Alkoholkonsumstörungen verwendet.

Alkoholgebrauch im Alter

Dass ein erhöhter Konsum von Alkohol ein Risiko für Konsumierende darstellt, ist erwiesen. Abhängig von individuellen Voraussetzungen sind diverse negative Auswirkungen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene möglich. Diese betreffen beispielsweise die Schädigung diverser Organe (insbesondere der Leber und Bauchspeicheldrüse) oder neurologische Syndrome (wie beispielsweise Polyneuropathie). Konflikte mit nahestehenden Personen, Rückzug aus dem sozialen Umfeld und der Verlust sozialer Positionen stellen Risiken sozialer Art dar. Hinzu kommt ein erhöhtes Risiko für Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, Gefühlsschwankungen sowie Depressionen und soziale Phobien (vgl. Lindenmeyer 2011).

Gerade bei älteren und alten Menschen können sich die genannten negativen Wirkungen verstärken. So ist die Toleranzgrenze aufgrund physiologischer Veränderungen (z.B. verminderter Wasserhaushalt und veränderter Stoffwechsel) häufig herabgesetzt, wodurch geringere Mengen an Alkohol vertragen werden (vgl. Fuhr u.a. 2017). Ebenfalls herabgesetzt ist die Grenze, innerhalb derer ein risikoarmer Konsum stattfindet (vgl. Zeman 2009). Die Aktivität der Abbauenzyme nimmt ab, weshalb unangenehme Alkoholwirkungen verstärkt werden können (vgl. Wolter 2015). Zudem besteht durch mögliche koordinative Schwierigkeiten und ein unsicheres Gangbild die Gefahr von Stürzen, die im Zusammenhang mit altersbedingter körperlicher Symptomatik (z.B. Osteoporose oder ein erhöhtes Blutungsrisiko) schwerwiegende Folgen haben können (vgl. Fuhr u.a. 2017). Auch auf kognitiver Ebene können altersbedingte Veränderungen durch Alkohol negativ beeinflusst werden (vgl. Wolter 2015). Aufgrund von vermehrtem Auftreten von Morbidität werden gegebenenfalls Medikamente eingenommen, die in Kombination mit alkoholischen Getränken zu nicht voraussehbaren Wechselwirkungen führen können (vgl. Fuhr u.a. 2017). Nebenwirkungen des Alkohols können sich in Kombination mit einem vorliegenden Krankheitsbild sowohl auf gesundheitlicher als auch auf sozialer Ebene verstärken (vgl. EBDD 2008).

Ältere und alte Menschen und die „Suchthilfe“

Trotz ihrer steigenden Anzahl sind ältere und alte Alkoholkonsumierende in vielen Bereichen des Suchthilfesystems nach wie vor unterrepräsentiert und häufig fehlt eine ausreichende Versorgung (vgl. EBDD 2008; Ruf 2017; Vogt 2016; Wolter 2015).

Diverse Hürden erschweren den Zugang zu einer adäquaten Unterstützung oder verhindern diese völlig. Häufig bestehen Schwierigkeiten bei der Weitervermittlung durch (professionelle) Außenstehende in das Hilfesystem. Das Nicht-Erkennen von Bedarfen ist hierbei von besonderer Bedeutung. So wird ein problematischer Alkoholkonsum bei älteren und alten Menschen von Betroffenen oder dem Umfeld nicht immer wahrgenommen, da beispielsweise die Symptomatik negativer Alkoholwirkungen altersspezifischen bzw. alterskrankheitsspezifischen Symptomen ähneln kann (vgl. Wolter 2015; Zeman 2009). Hinzu kommt, dass die Konsummuster älterer und alter Menschen tendenziell unauffällig sind (alleine und zuhause), was einen erhöhten Alkoholkonsum für das Umfeld nahezu „unsichtbar“ macht (vgl. Wolter 2015). Negative Altersbilder sowie unzureichendes Wissen führen zudem dazu, dass eine Intervention, gleich welcher Art, bei der Altersgruppe häufig als nicht lohnend angesehen

wird. Auch die Leugnung und die Bagatellisierung von Substanzgebrauchsstörungen spielen hierbei eine nicht zu ignorierende Rolle (vgl. Zeman 2009; Hirsch 2011).

Sind diese Hürden überwunden und ein problematischer bzw. risikoreicher Alkoholkonsum wird (an-)erkannt, stellt sich häufig die Frage nach einem geeigneten Unterstützungsangebot. Die Zahl an Angeboten, die sich speziell an ältere und alte Menschen richten ist gering (vgl. Ruf 2017). Hinzu kommen tendenziell hochschwellige Zugangsvoraussetzungen zu den diversen Unterstützungsangeboten, wie obligatorische Abstinenz oder zumindest der Wunsch nach einem abstinenten Leben (vgl. Alter-Sucht-Pflege o.J.).

Älteren und alten Menschen den Zugang zur Suchthilfe erleichtern

Allgemein gesehen gehört eine Alkoholgebrauchsstörung zu den diagnostisch relevanten mentalen Störungen mit sehr geringer Behandlungsrate (vgl. Probst u.a. 2015). Die Gründe dafür, dass keine oder erst (zu) spät Unterstützung in Anspruch genommen wird, sind individuell unterschiedlich. Jedoch können sie gerade bei älteren und alten Menschen besondere Relevanz haben und den Zugang zu Hilfeangeboten verhindern. Neben einem fehlenden Problembewusstsein stellen insbesondere Scham, die Angst vor Stigmatisierung sowie hohe Zugangsschwellen bedeutende Hindernisse dar (vgl. Probst u.a. 2015). Hinzu kommen in Hinblick auf die Zielgruppe unter Umständen altersbezogene Komponenten, wie eine möglicherweise eingeschränkte Mobilität.

Um die Zahl älterer und alter Menschen, die Unterstützung erhalten zu erhöhen, sollten eben diese Zugangsschwellen erkannt, hinterfragt und gesenkt werden. Das bedeutet, mögliche altersbedingte Einflussfaktoren nicht zu ignorieren und Angebote gegebenenfalls inhaltlich oder in Bezug auf das Setting anzupassen. Ermöglicht werden kann dies beispielsweise durch die Sicherstellung von Barrierefreiheit, zeitliche Anpassungen sowie die Nähe zum Wohnort. Zudem haben die meisten Angebote die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zum zentralen Ziel, was in Bezug auf ältere und alte Menschen meist irrelevant ist (vgl. Deimel 2015; Vogt 2016).

Hinterfragt werden sollte auch der Fokus auf den (Nicht-)Drogengebrauch und sich hieraus ergebende hohe Zugangsschwellen zum Suchthilfesystem, die eine Inanspruchnahme von Hilfeleistungen erschweren, verzögern oder verhindern. Insbesondere in Bezug auf diese Altersgruppe sollte berücksichtigt werden, dass ein problematischer Substanzgebrauch lange Zeit als persönliches Versagen verurteilt wurde. Grundlegend war die Annahme, dass die Schuld für die Störung bei den Betroffenen liege. So ist die Thematik daher oftmals negativ besetzt und gegenüber eines problematischen Substanzgebrauchs wird gegebenenfalls eine moralisierende Haltung eingenommen (vgl. Schomerus 2017; Vogt 2016; Hirsch 2011). Um den Zugang zum Unterstützungssystem in diesem Punkt zu erleichtern ist eine sensible Arbeitsweise ratsam, die sich weniger auf den (problematischen) Konsum, als vielmehr auf individuelle Bedürfnisse fokussiert.

Auch sollte nicht ignoriert werden, dass totale und lebenslängliche Abstinenz, wenngleich sie auch für bestimmte Personengruppen den optimalen Ausgang einer Suchtbehandlung darstellt, kein Ziel ist, für das sich alle Konsumierenden unmittelbar und jederzeit entscheiden wollen oder können. Kontext und Hintergrund des Alkoholkonsums sollten hier dringend Berücksichtigung finden. Nicht auszublenden ist

beispielsweise die Rolle, die Alkohol in der in Deutschland herrschenden Trinkkultur spielt. Der Konsum alkoholischer Getränke erfüllt eine Vielzahl an Funktionen und ist besonders im Rahmen sozialer und gesellschaftlicher Anlässe meist anerkannt und teilweise fest verankert (vgl. Lindenmeyer 2011). So stellen Kelly u.a. (2018) in Bezug auf ältere und alte Menschen fest, dass durch einen moderaten Alkoholkonsum häufig einer sozialen Norm entsprochen wird und das Trinken in enger Verbindung mit dem Sozialleben und diversen besonderen (gesellschaftlichen) Anlässen steht. Hinzu kommt, dass der Konsum bei einigen Individuen gegebenenfalls Teil der täglichen Routine darstellt und somit für Kontinuität stehen, Entspannung herbeiführen oder der Bewältigung von Einsamkeit, sozialer Isolierung und Ängsten dienen kann.

Die Funktionen, die der Konsum von Alkohol für ältere und alte Menschen erfüllt, sind vielfältig und individuell und stellen gleichzeitig Schwellen dar, die eine Entscheidung für lebenslange Abstinenz erschweren. Es ist daher von besonderer Bedeutung, sie bei der Entwicklung von Unterstützungsangeboten zu berücksichtigen. Dies bedeutet gegebenenfalls, das oberste Ziel der Abstinenz erst einmal in den Hintergrund zu stellen und den Fokus weniger stark auf den Konsum, als auf das Individuum und dessen individuelle Bedürfnisse zu legen. Maßnahmen und Strategien für eine angemessene Unterstützung von älteren und alten Menschen mit risikoreichem Konsum sollten hierauf basierend entwickelt werden.

Harm Reduction im Kontext „Alkohol“

Hin zum Individuum – Weg vom Konsum. Der Ansatz der Harm Reduction, der sich im Bereich illegalisierter Drogen bereits seit einigen Jahren etabliert hat, legt den Fokus von Unterstützungsangeboten und -strategien weniger auf den Konsum (und dessen Unterlassen), sondern verstärkt auf das Individuum, dessen Eigenverantwortung und Integrität akzeptiert wird (vgl. Stronach 2003; Spode 2012). Weniger verbreitet ist der Ansatz im Kontext legaler Drogen, wenn auch die International Harm Reduction Association (IHRA) diese vor einigen Jahren bewusst in ihre Definition von Harm Reduction mit einbezogen hat². Anders als im Bereich illegalisierter Drogen, bezieht sich Harm Reduction hier nicht auf Risiken und Schädigungen, die sich durch den Konsum unter prohibitiven Bedingungen, sondern insbesondere aufgrund der Legalität und dem gesellschaftlichen Umgang mit der Droge ergeben (vgl. Schmidt-Semisch/Stöver 2012). So geht es in dem Ansatz in Bezug auf Alkohol darum, die gesellschaftliche Einbettung und Funktion der Droge zu berücksichtigen und auch individuelle Gründe für den Konsum nicht zu ignorieren. In der Praxis bietet die Grundhaltung des Motivational Interviewings (MI) eine Basis für den Harm Reduction-Ansatz (vgl. Körkel 2012). Sie beruht auf Kooperation, Akzeptanz, Mitgefühl und Evokation und bezieht sich gleichermaßen auf das Erleben und das Verhalten. Strategien und Angebote sollen in diesem Sinne nicht direktiv, sondern in Beziehung gestaltet werden. Der Aspekt der Akzeptanz beinhaltet die bedingungsfreie Wertschätzung und Würdigung der Klient_innen, Empathie im Sinne einer interessierten und wertschätzen-

² „Harm Reduction bezieht sich auf Maßnahmen, Programme und Praktiken, die in erster Linie darauf abzielen, die negativen gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Konsequenzen des Gebrauchs von legalen und illegalen Drogen zu reduzieren, ohne dabei zwangsläufig das Ziel einer Reduzierung des Drogenkonsums zu verfolgen“ (IHRA o.J.: 1)

den Haltung, sowie die Unterstützung von Autonomie. In Bezug auf das Mitgefühl sollen Bedürfnisse der Klient_innen und deren Wohlbefinden bewusst gefördert werden. Evokation bezeichnet die Berücksichtigung und das Herausarbeiten vorhandener Ressourcen (vgl. Miller/Rollnick 2015).

Für die Praxis bedeutet dies, Fähigkeiten und das Individuum an sich zu stärken und Mündigkeit zu fördern. Dies geschieht in einem zwanglosen Rahmen, entsprechend den Bedürfnissen und der jeweiligen Lebenslage (vgl. IHRA o.J.). Es geht nicht vordergründig darum, den Konsum einzustellen. Vielmehr sollen alkoholbedingte Schäden und Risiken auf körperlicher, sozialer und psychischer Ebene minimiert werden. Dies kann beispielsweise durch eine Konsumreduktion, größere Kontrolle über die Konsumzeiten oder durch die Erweiterung sozialer Teilhabemöglichkeiten erreicht werden. Wichtig ist es hierbei die Ziele der Konsument_innen in den Mittelpunkt zu stellen. Der Ansatz wird von Schmidt-Semisch und Stöver (2012) als „akzeptierende Konsum- und Risikobegleitung“ bezeichnet. Er soll abstinenzorientierte Maßnahmen der Drogen- und Suchthilfe ergänzen und sich dabei an Menschen richten, für die Abstinenz ein (noch) nicht erreichbares oder erstrebenswertes Ziel darstellt (vgl. IHRA o.J.).

Alkohol, Alter und Harm Reduction

In Angeboten der Suchthilfe dominiert Abstinenz in der Prävention und als zentrales Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen (vgl. Amsterdam/Brink 2013). Die Zahl alternativer Behandlungswege und Ziele ist begrenzt, was im Besonderen für Angebote, die sich speziell an ältere Altersgruppen richten, gilt. Die Zahl der Menschen, die (diagnostisch) Bedarf an Unterstützung haben und die dennoch keinen Zugang zum Hilfesystem finden, ist hoch. Gleichzeitig werden ältere Kohorten in Theorie und Praxis nur begrenzt berücksichtigt.

Sowohl in Hinsicht auf die Drogenpolitik, als auch in Theorie und Praxis muss hier ein Umdenken stattfinden, denn verschiedene Indikatoren sprechen dafür, dass die Zahl älterer und alter Menschen, die risikoreich Alkohol konsumieren, steigen wird. Es sollte daher realisiert werden, dass die Vielfalt unter den Konsument_innen groß ist und, dass Alter mit vielfältigen altersspezifischen Veränderungen einhergeht, die unbedingt berücksichtigt und integriert werden müssen. Auch sollten Angehörige, Betroffene und insbesondere Fachkräfte dahingehend sensibilisiert sein, dass alkoholbedingte Schäden bei älteren und alten Menschen früher auftreten können und schwerwiegendere Folgen haben können als bei Jüngeren. Die Zahl der Nicht-Unterstützten ist groß – hier müssen Zugangsschwierigkeiten erkannt und hinterfragt werden. Politische Strategien und Unterstützungsangebote sollten sich nicht nur punktuell an diejenigen wenden, die zu den gegebenen Behandlungswegen und -zielen passen, sondern einen Großteil der Menschen, die risikoreich Alkohol konsumieren, ansprechen. Die Vielfalt unter den Konsument_innen muss hierzu erkannt und reflektiert werden und Wege und Ziele der Behandlung entsprechend dieser differenziert und angepasst werden (Körkel 2018). Um das zu ermöglichen, sollten Kontext und Hintergrund des Konsums berücksichtigt werden. Der Harm Reduction Ansatz bietet eine Möglichkeit, ältere und alte Menschen zu erreichen, mit ihnen zu arbeiten und

in diesem Rahmen eine Verbesserung der Lebensqualität, nicht zwangsläufig mit Abstinenz, zu erreichen.

Literatur

- Alter-Sucht-Pflege (Hrsg.) (o.J.): Stolpersteine, online verfügbar unter: <http://www.alter-sucht-pflege.de/>; letzter Zugriff am: 14.06.2019; Stolpersteine/Einleitung.php [Stand: 20.05.2019].
- Amsterdam, Jan v./Brink, Wim v.d. (2013): Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence., in: *Journal of Psychopharmacology* 27(11), 987–997.
- Deimel, Daniel (2015): Zur Versorgungssituation älterer Suchtkranker, in: akzept e.V., Deutsche AIDS-Hilfe, JES e.V. (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, Lengerich: Pabst Science Publishers, 60–65.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2016): Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen (Informationsbroschüre), Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- EBDD – Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (Hrsg.) (2008): Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem (Briefing), Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
- Fuhr, Ida/Mell, Thomas/Dick, Sandra (2017): Psychoaktive Substanzen im Alter, in: Heyden, Maximilian von/Jungaberle, Henrik/Majic, Tomislav (Hrsg.): *Handbuch psychoaktive Substanzen*, Berlin: Springer, 234–261.
- Geyer, Dieter (2009): Es lohnt sich! Erfahrungen in der Behandlung älterer suchtkranker Menschen, in: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.): *Lebensabend Sucht? Süchte älterer Menschen und Handlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe (Berichte zur Suchtkrankenhilfe)*, Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 28–41.
- Hirsch, Rolf D. (2011): Psychotherapie alter Menschen: Eine kurze Einführung, in: Vogt, Irmgard (Hrsg.): *Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger*, Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag, 347–367.
- IHRA – International Harm Reduction Association (o.J.): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der international Harm Reduction Association (Briefing), London: International Harm Reduction Association, online verfügbar unter: <https://www.hri.global/files/2010/06/01/>; letzter Zugriff am 14.06.2019; Briefing_What_is_HR_German.pdf [Stand: 25.05.2019].
- Kelly, Sarah (2018): Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design, in: *PLoS ONE* 13(1), 1–19.
- Körkel, Joachim (2012): „Motivational Interviewing meets Behavioral Self-Control Training“: Konsumreduktionsprogramme in der Praxis, in: *Suchttherapie* 2012, 13(3), 126–131.
- Körkel, Joachim (2018): Kontrolliertes Trinken, in: *PPH – Zeitschrift für psychiatrische Pflege heute*, 24(5), 239–244.
- Lindenmeyer, Johannes (2011): Alkoholmissbrauch- und Abhängigkeit, in: Wittchen, H.-U./Hoyer, Jürgen (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Berlin u.a.: Springer, 743–765.

- Miller, William R./Rollnick, Stephen (2015): Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Probst, Charlotte u.a. (2015): Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices, in: Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy (2015) 10(32), 1-10.
- Ruf, Daniela (2017): Sucht kennt keine Altersgrenzen, in: Neue Caritas 118(16), 9-12.
- Schomerus, Georg (2017): Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden, in: Psychiatrische Praxis 44(05), 249-251.
- Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino (2012): Harm Reduction und Alkohol – Zur Einführung, in: Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino (Hrsg.): Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum, Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 7-16.
- Spode, Hasso (2012): Risiken des Trinkens. Historische Entwicklung und aktuelle Tendenzen, in: Schmidt-Semisch, Henning/Stöver, Heino (Hrsg.): Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum, 17-38.
- Stronach, Bill (2003): Alcohol and Harm Reduction, in: ICAHRE – International Coalition on Alcohol and Harm Reduction (Hrsg.): Alcohol and Harm Reduction. An innovative Approach for Countries in Transition, Amsterdam: ICAHRE, 27-34
- Vogt, Irmgard (2016): Ältere und alte Männer und Frauen mit Alkohol- und anderen Substanzkonsumproblemen. Übersicht über Behandlungsansätze, in: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 48(2), 337-351.
- Weissinger, Volker (2019): Die Versorgung bei alkoholbezogenen Störungen in Deutschland Inanspruchnahme, Vernetzung und Entwicklungsbedarf, in: Bundesgesundheitsblatt 62(6), 173-186.
- Weyerer, Sigfried/Schäufele, Martina (2014): Alkoholprobleme im höheren Lebensalter: Epidemiologie und Möglichkeiten der Intervention, in: Informationsdienst Altersfragen 41(5), 3-9.
- Weyerer, Sigfried/Schäufele, Martina (2017): Epidemiologie des Alkoholkonsums und alkoholbezogene Störungen im höheren Alter, in: Sucht 63(2), 69-80.
- Wolter, Dirk (2011): Sucht im Alter – Altern und Sucht. Grundlagen, Klinik, Verlauf und Therapie, Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolter, Dirk (2015): Alkohol im Alter. Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkoholbezogene Störungen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 48(6), 556-570.
- Zeman, Peter (2009): Sucht im Alter. In: Informationsdienst Altersfragen 36(3), 10-14.

Cannabis

.....

4

Auch der Fiskus profitiert: Der Nutzen einer Cannabislegalisierung in Deutschland

Justus Haucap

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag skizziert die ökonomischen Vorteile einer staatlich kontrollierten Cannabislegalisierung. Diese sind neben einem verbesserten Jugend- und Verbraucherschutz auch – aber keineswegs vorrangig – zusätzliche öffentliche Einnahmen durch eine Cannabissteuer, Umsatzsteuer sowie weitere Steuern und Sozialabgaben. Zudem entsteht durch eine Cannabislegalisierung bei Polizei und Justiz ein Einsparpotenzial. Die positiven fiskalischen Effekte werden auf rund 2,66 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Dieser „positive Nebeneffekt“ einer Cannabislegalisierung verstärkt die Argumente für eine kontrollierte Legalisierung für Cannabis nochmals.

Seit dem 17. Oktober 2018 ist der Verkauf von Marihuana in Kanada auch zu Genusszwecken legal. Damit ist Kanada der erste G7-Staat und überhaupt das erste Industrieland, in dem Anbau, Handel und Konsum von Marihuana nicht nur entkriminalisiert wurde, sondern landesweit vollständig legal ist. Anbau und Verkauf von Cannabis auf Rezept zu medizinischen Zwecken hingegen sind schon seit längerer Zeit in vielen Staaten legal und auch vergleichsweise wenig umstritten. Vor der jetzt erfolgten Liberalisierung des Marktes in Kanada haben bereits eine ganze Reihe von Staaten den Konsum von Cannabis entkriminalisiert. Zudem haben einzelne industriell weniger entwickelte Länder wie vor allem Uruguay, sowie elf US-Bundestaaten (Alaska, California, Colorado, Illinois, Maine, Massachusetts, Michigan, Nevada, Oregon, Vermont und Washington) sowie der District of Columbia und zwei Überseegebiete schon Anbau, Handel und Konsum von Cannabis in unterschiedlichem Ausmaß liberalisiert. In Mexiko soll der private Cannabisanbau, -handel und -konsum noch vor Oktober legalisiert werden. Auch für Deutschland ergäben sich aus einer legalen, aber staatlich kontrollierten Abgabe viele Vorteile.

Weltweit gehen immer mehr Länder und Staaten zu einem liberaleren Umgang mit Cannabis über. Neuseeland hält 2020 ein Referendum zur Cannabis-Legalisierung ab. Nach Uruguay und Kanada dürfte Mexiko das nächste Land, sein, in dem Cannabis zu Genusszwecken legalisiert wird. In Deutschland wird ebenfalls über eine Legalisierung diskutiert: FDP, Grüne und Linke fordern eine kontrollierte Freigabe von Cannabis, die SPD diskutiert die eigene Haltung zum Cannabisverbot und selbst in Teilen der CDU wird inzwischen über eine andere Ausrichtung der Cannabispolitik nachgedacht.

Aus ökonomischer Perspektive ist ein staatliches Eingreifen in den Markt und eine Einschränkung der Vertragsfreiheit dann geboten, wenn (a) es ansonsten zu Markt-

versagen kommt, also zu gesellschaftlich unerwünschten Ergebnissen, und zugleich (b) das staatliche Eingreifen auch tatsächlich eine Besserung herbeiführt. Marktversagen entsteht etwa bei der Vermachtung von Märkten, etwa durch Monopole, bei sog. Externalitäten, bei denen unbeteiligte Dritte von einer Aktivität betroffen sind (etwa durch Umweltverschmutzung) oder bei sog. Informationsasymmetrien, bei denen eine Marktseite mehr als die andere über ein Produkt weiß und somit die andere Marktseite übervorteilen kann. Dies ist etwa die klassische Begründung für Verbraucherschutzmaßnahmen.

Staatliche Eingriffe in Drogenmärkte werden – neben der Bezugnahme auf Moralvorstellungen, die sich einer rationalen ökonomischen Analyse weitgehend entziehen – erstens durch damit womöglich verbundene negative externen Effekte auf unbeteiligte Dritte begründet sowie zweitens durch Ziele des Jugend- und Verbraucherschutzes – also der Annahme, dass zumindest hinreichend viele Drogenkonsumierende selbst nicht hinreichend einschätzen können, was gut und schlecht für sie ist. Externalitäten entstehen insbesondere, wenn Drogenkonsum ein problematisches Niveau erreicht, sodass auch gesellschaftliche Kosten entstehen, etwa weil die Kosten des Gesundheitssystems von der Allgemeinheit getragen werden. Ähnliches gilt für die mit Drogenkonsum teilweise einhergehende Beschaffungskriminalität. Auch aus Informationsproblemen lässt sich eine Notwendigkeit der staatlichen Regulierung ableiten, weil etwa Käufer nicht leicht erkennen können, ob und ggf. welche etwa schädliche Substanzen zugesetzt wurden, oder welchen THC-Gehalt ein Cannabis-Produkt hat. Hier wäre im Minimum eine Kennzeichnungspflicht sinnvoll. Daneben existieren jedoch auch paternalistische Argumente: Insbesondere bei suchterzeugenden Substanzen sollen Individuen vor sich selbst geschützt werden; dies rechtfertigt insbesondere den Jugendschutz.

Der staatliche Umgang mit Drogen kann zwischen den Extremen einer völligen Prohibition einerseits und einer völlig freien Verfügbarkeit auf unregulierten Märkten andererseits auch verschiedene Formen eines kontrollierten Marktes annehmen. Eine auf vielen anderen Märkten weit verbreitete Form des staatlichen Eingriffs ist Erhebung von Steuern, um den Preis zu erhöhen und damit den Konsum zu drosseln, wie dies bspw. bei Alkohol und Tabak geschieht. Andere Möglichkeiten bestehen darin, die Verfügbarkeit einer Substanz zu kontrollieren, indem der Verkauf an bestimmte Bedingungen geknüpft wird, bspw. in Bezug auf Verkaufsstellen, Verkaufszeiten oder Altersbeschränkungen. Weitere Maßnahmen beinhalten Werbeverbote, öffentliche Informationskampagnen und auch Suchtberatung (vgl. hierzu auch Room 2007).

Die Erkenntnis vieler Staaten, dass eine kontrollierte Legalisierung zu besseren Ergebnissen führt als die bisherige Prohibitionspolitik, fußt nicht darauf, dass gesundheitliche Folgen des Drogenkonsums angesichts möglicher Steuereinnahmen und Arbeitsplätzen ignoriert werden. Im Gegenteil: Gerade, weil der Cannabiskonsum gesundheitsschädlich sein kann, sollte der heute real existierende Schwarzmarkt durch einen staatlich beaufsichtigten Markt ersetzt werden, auch um den heutigen Dealern die faktische Kontrolle über den Markt zu entziehen.

Trotz Verbot: Cannabis Konsum in Deutschland steigt

Fakt ist: Die Verbotspolitik kann den Konsum von Cannabis nicht wirksam eindämmen. Die Idee einer völlig drogenfreien Gesellschaft dürfte auch durch Verbote faktisch nicht erreichbar sein. Dass die bisherige Verbotspolitik ihre Ziele nicht erreicht, zeigt sich sehr anschaulich an Prävalenzdaten, die zeigen, wie viel Prozent der Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Altersgruppe eine bestimmte Droge mindestens einmal in den letzten 30 Tagen (30-Tages-Prävalenz), mindestens einmal in den letzten 12 Monaten (12-Monats-Prävalenz) oder mindestens einmal im ganzen Leben (Lebenszeit-Prävalenz) konsumiert haben (vgl. Abbildungen 1 und 2). Danach hat jeder dritte Bundesbürger zwischen 18 und 59 Jahren im Laufe seines Lebens mindestens einmal Cannabis konsumiert, während andere illegale Drogen nicht einmal von jedem zwanzigsten konsumiert wurden. Im Jahr 2015 haben somit fast drei Mal so viele Bundesbürger zwischen 18 und 59 Jahren in ihrem Leben mindestens einmal Cannabis konsumiert wie noch 1995 (vgl. Gomes de Matos et al. 2016).

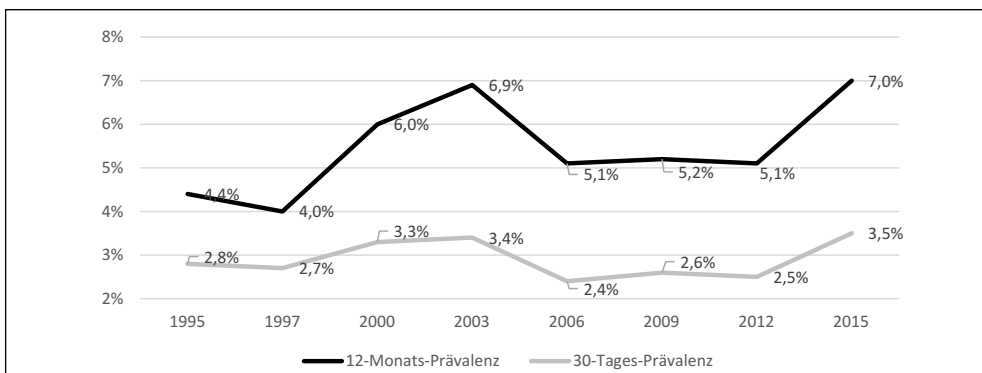


Abbildung 1: Entwicklung der 12-Monats- und 30-Tages Prävalenz von Cannabis in Deutschland von 1995 bis 2015. Quelle: Gomes de Matos et al. (2016).

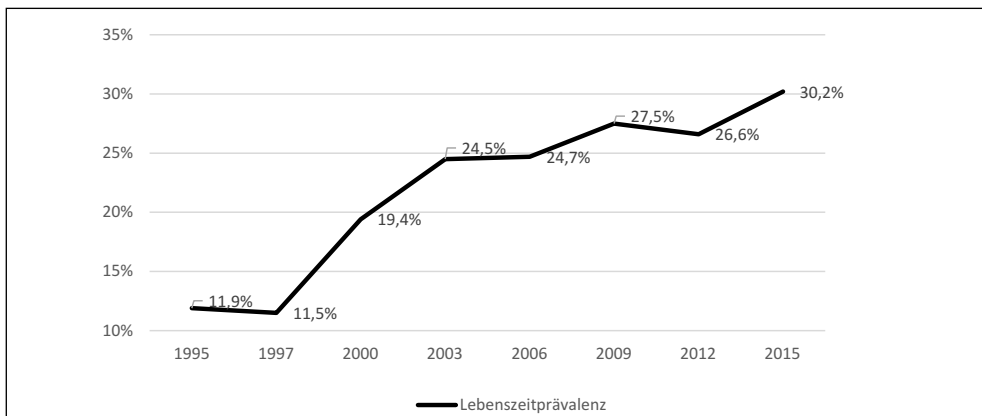


Abbildung 2: Entwicklung der Lebenszeit-Prävalenz von Cannabis in Deutschland von 1995 bis 2015. Quelle: Gomes de Matos et al. (2016).

Trotz Verbot steigt die Zahl derjenigen, die in ihrem Leben bereits Cannabis konsumiert haben, stetig an (vgl. Abbildung 2). Gleichwohl ist bei der 12-Monats-Prävalenz und insbesondere der 30-Tage-Prävalenz, also den am ehesten problematischen Konsumenten, eher ein Seitwärtstrend zu beobachten und keine nennenswerte Zunahme.

Allerdings wurden in Deutschland im Jahr 2018 218.660 Delikte im Zusammenhang mit Cannabis registriert; etwa sechs Prozent mehr als im Vorjahr und fast 30 Prozent mehr als noch 2015 (vgl. Bundesministerium des Inneren 2016 und 2019). Rund zwei Drittel aller registrierten Rauschgiftdelikte stehen somit im Zusammenhang mit Cannabis. Zu Verurteilungen kommt es jedoch eher selten.

Auf Schwarzmärkten gibt es keinen effektiven Verbraucherschutz. Drogendealer dürften ein geringes Interesse an Jugendschutz oder einer angemessenen Qualitätssicherung aufweisen. Vielmehr werden nicht selten gesundheitsschädliche Substanzen beigemischt, die den Profit erhöhen. Zugleich ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der illegalen Drogenhändler versucht, Kunden auch andere, nicht selten für die Gesundheit deutlich schädlichere Drogen zu verkaufen, da diese regelmäßig eine höhere Gewinnmarge aufweisen als Cannabis, auch weil sie im Gegensatz zu Cannabis nur selten selbst hergestellt werden können.

Ob eine Legalisierung von Cannabis zu einer Zu- oder Abnahme im Konsum führt, ist letztlich eine empirische Frage, die aufgrund entsprechender Fallstricke bei Erhebungen zum Thema nicht endgültig, aber zumindest näherungsweise beantwortet werden kann. Für Colorado ergibt sich diesbezüglich ein gemischtes Bild. So ist die 12-Monats-Prävalenz in der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren seit der Legalisierung 2013/2014 zwar von 43,95 % auf 47,54 % im Jahr 2015/2016 gestiegen (vgl. Abbildung 3). Jedoch ist für diese Altersgruppe auch schon vor der Legalisierung ein zunehmender Trend im Konsum erkennbar. Inwieweit der gestiegene Konsum tatsächlich durch die Legalisierung induziert wurde, ist demnach fraglich. Für die Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren ist der Konsum nach der Legalisierung gesunken, und zwar von 20,81 % im Erhebungsjahr 2013/2014 auf 16,21 % 2015/2016, obwohl vor der Legalisierung auch in dieser Altersgruppe eine Zunahme im Konsum erkennbar war. Für die Altersgruppen von über 18 Jahren und über 26 Jahren zeigt sich, dass der Konsum im Jahr nach der Legalisierung zugenommen hat und dann jedoch relativ konstant geblieben ist. Jedoch gilt auch für diese beiden Betrachtungen, dass der Konsum schon vor der Legalisierung einen zunehmenden Trend aufweist und deshalb nicht klar ist, ob die Zunahme nach der Legalisierung durch diese induziert wurde oder der ohnehin vorhandene Trend sich ungebrochen fortgesetzt hat. Ermutigend ist in jedem Fall die Abnahme des als besonders riskant einzuschätzenden Konsums bei Teenagern. Erklären lässt sich dies vor allem angebotsseitig: Während es illegalen Dealern zuvor relativ gleichgültig war, wie alt ihre Kunden waren, haben legale Händler ein Interesse daran, gesetzliche Vorschriften einzuhalten, da sonst Geldbußen und der Lizenzentzug drohen.

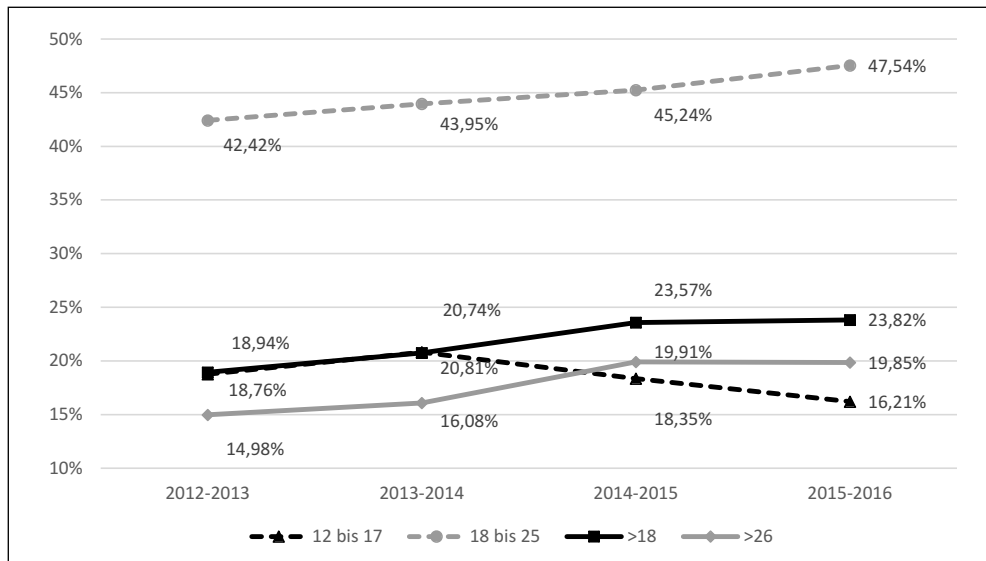


Abbildung 3: Entwicklung der 12-Monats-Prävalenz in Colorado seit der Legalisierung für verschiedene Altersgruppen. Quelle: NSDUH Homepage.

Das Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) dokumentiert in regelmäßigen Abständen Konsummuster in der Bevölkerung und die mit dem Konsum von Cannabis einhergehenden Effekte auf das Gesundheitswesen. Die Grundlage dieser Dokumentation bildet eine Vielzahl von Erhebungen und Umfragen des Staates Colorado über Konsumgewohnheiten der Bevölkerung. Im Rahmen dieser Dokumentation wird in Bezug auf den Post-Legalisierungs-Konsum von einem insgesamt leichten, aber statistisch nicht signifikanten Anstieg gesprochen (vgl. Colorado Department of Public Health and Environment, 2016, S. 4). Die Frage, welchen Effekt eine Legalisierung auf den Konsum letztlich nachhaltig hat, wird sich erst einige Jahre nach einer Legalisierung abschließend beurteilen lassen. Dies gilt auch für die bisher verfügbaren Zahlen aus Kanada. Unklar ist, ob der jetzt ermittelte Anstieg im Konsum auf ein anfängliches Probieren zurückgeht oder ob dies ein nachhaltiger Trend ist. Hier ist auch zu berücksichtigen, dass Konsum legaler Substanzen in Befragungen eher zugegeben wird als der Konsum illegaler Drogen. Somit kann eine durch Surveys vermeintlich ermittelte Zunahme des Drogenkonsums auch ein statistisches Artefakt sein; der so gemessene Anstieg des Konsums muss nicht einer tatsächlichen Zunahme entsprechen, sondern kann auch auf verändertes Antwortverhalten zurückzuführen sein.

Auch fiskalische Effekte sprechen für eine andere Drogenpolitik. Eine legale Abgabe von Cannabis würde zu zusätzlichem Umsatz- und Körperschaftsteueraufkommen führen. Vor allem aber kann eine Cannabiskonsumsteuer, vergleichbar mit der Alkohol- oder Tabaksteuer, weitere Haushaltsmittel einbringen. Zudem ist davon auszugehen, dass durch die Legalisierung des Cannabismarktes legale Arbeitsplätze entstehen, was wiederum zu zusätzlichen Lohnsteuereinnahmen und Sozialversicherungsbeiträgen führt. Auch die im Zusammenhang mit der Kriminalisierung verursachten Kos-

ten können weitgehend vermieden werden. Polizei und Staatsanwaltschaften würden erheblich entlastet. Die Verfolgung von Bagatelldelikten im Zusammenhang mit Cannabis bindet erhebliche Ressourcen bei Polizei und Justiz und verursacht unnötige Kosten, gerade weil es bei „konsumnahen“ Cannabis bezogenen Verfahren kaum zu Verurteilungen kommt.

Cannabis-Freigabe bringt 2,66 Milliarden Euro

Auf Basis des Pro-Kopf Konsums in Colorado seit der Legalisierung lassen sich Konsummuster auf Deutschland übertragen, anhand derer sich der Gesamtkonsum in Deutschland ermitteln lässt. Dazu wurden in Colorado ermittelte Prävalenzraten mit den dort sehr gut messbaren (weil legalen) Handelsmengen von Cannabis in Beziehung gesetzt. Anschließend wurden anhand der (immer schon) sehr viel geringeren deutschen Prävalenzraten in drei verschiedenen Szenarien mögliche Handelsmengen bei einer Legalisierung in Deutschland geschätzt. Diese so geschätzten Handelsmengen wiederum bilden die Grundlage für die Berechnung von Einnahmen aus einer Cannabis-Steuer sowie Umsatz-, Gewerbe- und Körperschaftsteuer. Zudem lässt sich ermitteln, mit wie vielen neuen Arbeitsplätzen durch die Cannabislegalisierung zu rechnen ist, woraus sich Rückschlüsse auf die Entwicklung der Lohnsteuer- und Sozialversicherungsbeiträge ableiten lassen (vgl. im Detail Haucap et al., 2018). Als Hypothese wurde weiter zugrunde gelegt, dass der Preis pro Gramm Cannabis inklusive Steuern 10 Euro pro Gramm nicht überschreitet, damit der legale Handel auch konkurrenzfähig ist und dass der Eigenanbau nicht besteuert wird.

Auf der Grundlage des Gesamtbedarfs in Deutschland würden sich die Steuereinnahmen insgesamt auf rund 1,3 Mrd. Euro belaufen (vgl. Haucap et al., 2018). Das Steueraufkommen teilt sich auf eine Cannabis-Steuer (650 Mio. Euro), Mehrwertsteuer (403,7 Mio. Euro), Gewerbe- und Körperschaftsteuer (113 Mio. Euro) sowie Lohnsteuer (145,2 Mio. Euro). Zusätzlich wurde das zusätzliche Sozialversicherungsaufkommen (279,5 Mio. Euro) geschätzt.

Schwieriger ist die Berechnung der Einsparpotenziale im Bereich der Rechtsdurchsetzung. Hier lässt sich lediglich eine Größenordnung für die bei der Polizei durch eine Legalisierung eingesparten Kosten ermitteln (1,1 Mrd. Euro). Richtigerweise müssten zur Beurteilung der gesamten Rechtsdurchsetzungskosten noch die Kosten der Staatsanwaltschaft und der Gerichte hinzugerechnet werden. Dies ist aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit hinreichend belastbarer Daten jedoch nicht möglich. Die ermittelten 1,1 Mrd. Euro an eingesparten Kosten im Rahmen der Rechtsdurchsetzung spiegeln damit nur eine konservative Untergrenze wider. Insgesamt ergibt sich ein Betrag von 2,66 Mrd. Euro, der durch eine Legalisierung von Cannabis eingenommen werden kann, einerseits durch Steuereinnahmen und andererseits durch eingesparte Ausgaben.

Tabelle 1: Überblick über Steuereinnahmen pro Steuerart sowie sonstige Einsparungen in Euro.
Quelle: Eigene Berechnungen.

Steuerart	Einnahmen/Einsparungen in Euro
Cannabis -Steuer	650.000.000
Umsatzsteuer	403.750.000
Gewerbesteuer	25.673.390
Körperschaftsteuer	87.391.500
Lohnsteuer	145.182.755
Sozialversicherungsaufkommen	279.535.699
Eingesparte Polizeikosten	1.077.070.230
Justiz (Gerichte, Staatsanwaltschaften, Justizvollzug)	Keine Berechnung möglich
Gesamt	2.668.603.574

Die zusätzlichen Einnahmen und eingesparten Kosten, die durch eine Legalisierung von Cannabis realisiert werden, könnten wiederum sinnvoll in eine verstärkte Aufklärung und Suchtprävention investiert werden.

Wie könnte eine kontrollierte Freigabe in Deutschland konkret erfolgen? Wird Cannabis legalisiert, werden Konsumierende eher auf dem legalen Markt Cannabis nachfragen. Bei einer regulierten Abgabe kann sich der Käufer bzw. die Käuferin hinsichtlich der Qualität sicher sein. Dabei ist es wichtig, dass das Angebot preislich attraktiv ist. Eine Cannabis-Steuer darf also nicht zu hoch sein, um zu verhindern, dass Cannabis auf dem Schwarzmarkt signifikant günstiger zu beschaffen ist. Hier verhält es sich nicht anders als bei Alkohol. Trotz Alkoholsteuer kaufen die allermeisten Menschen Bier, Sekt und Spirituosen aus legalen Quellen und nicht aus Schwarzbrauer und -brennereien.

Zudem sollte analog zur Abgabe von Alkohol eine Altersgrenze für Cannabiskonsum eingeführt werden. Ähnlich wie bei Spielhallen könnte Unter-18-jährigen der Zutritt zu Cannabis-Shops vollständig verwehrt werden. Ebenfalls sollte der Verkauf mit verpflichtenden Hinweisen auf die gesundheitlichen Gefahren (wie etwa bei Tabak) und Beratungsangeboten verbunden werden. Um sicherzugehen, dass die Verbraucher- und Abgabebestimmungen eingehalten werden, sollten Produzent_innen und Händler_innen verpflichtet werden, sich einem Lizenzierungsprozess zu unterziehen. Empfindliche Geldbußen oder Strafen, die bis zum vollständigen Lizenzentzug reichen, stellen sicher, dass sich der Großteil der Handeltreibenden vorschriftsmäßig verhält.

Die Erfahrungen aus den Ländern, in denen Cannabis bereits auf diese Weise legalisiert worden ist, sind gut. Nichtsdestotrotz darf man sich nicht der Illusion hingeben, dass problematischer Konsum hierdurch völlig vermieden werden kann. Jugendliche werden nach wie vor Wege finden an Cannabis zu kommen, so wie auch heute an Spirituosen. Gleichwohl würde für illegale Händler der Verkauf von Cannabis weniger attraktiv werden und letztlich deshalb stark zurückgehen, wenn es legale, qualitätsgesicherte Produkte gibt.

Fazit

Insgesamt spricht wenig dafür, die Prohibitionspolitik in Deutschland aufrecht zu erhalten. Die mit der Cannabis-Prohibition verbundene Hoffnung, problematischen Konsum zu unterbinden oder zumindest einzuschränken, wurde nicht erfüllt. Stattdessen blüht der Schwarzmarkt und Profiteur ist die organisierte Kriminalität. Es wäre ein Akt der Vernunft, diesen Sumpf durch eine kontrollierte Freigabe trocken zu legen.

Literatur

- Bundesministerium des Inneren (2019), Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2018, Berlin.
- Bundesministerium des Inneren (2016), Bericht zur Polizeilichen Kriminalstatistik 2015, Berlin.
- Colorado Department of Public Health and Environment (2016), Monitoring Health Concerns Related to Marijuana in Colorado: 2016, Changes in Marijuana Use Patterns, Systematic Literature Review, and Possible Marijuana-Related Health Effects.
- Gomes de Matos, E./Atzendorf, J./Kraus, L./Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *SUCHT*, 62(5), 271-281.
- Haucap, J./Kehder, Ch./Feist, M./Solwik, J. (2018), Die Kosten der Cannabis-Prohibition in Deutschland, Düsseldorf: DICE Consult.
- National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), verfügbar unter: <https://nsduhweb.rti.org/respweb/homepage.cfm>, zuletzt abgerufen am 23.4.2019.
- Room, R. (2007), Social Policy and Psychoactive Substances, in: D. Nutt/Robbins, T.W./Stimson, G.V./Ince, M./Jackson, A. (eds.): *Drugs and the Future, Brain Science, Addiction and Society*, 337-358.

Cannabis als Medizin in Deutschland – Gesetzesgenese, historischer Hintergrund und aktuelle Herausforderungen der Verschreibungspolitik und -praxis

Ingo Ilja Michels & Heino Stöver

Zusammenfassung

Der Deutsche Bundestag hat am 19. Februar 2017 das Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften abschließend beschlossen, es ist am 11. März 2017 in Kraft getreten. Damit sollen Cannabisarzneimittel als Therapiealternative eingesetzt werden können, wenn nach begründeter Einschätzung des behandelnden Arztes eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome zu erwarten ist (z.B. Schmerztherapie, bestimmte chronische Erkrankungen, schwere Appetitlosigkeit und Übelkeit). Mit Änderungen im SGB V wurde die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Cannabisbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung erweitert, die bislang grundsätzlich auf zugelassene Fertigarzneimittel im jeweils zugelassenen Anwendungsgebiet begrenzt war.

Zukünftig soll in Deutschland zudem ein staatlich überwachter Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken erfolgen können. Die damit verbundenen Aufgaben werden dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übertragen (staatliche „Cannabisagentur“).

Einleitung

Der Umgang mit Cannabismedizin in Deutschland hat sich nach einer intensiven, noch fortbestehenden Auseinandersetzung grundlegend gewandelt [1]. Bereits ab der Jahrtausendwende gab es politische Bewegungen außerhalb des Parlaments, um die Verwendung von Cannabis für medizinische Zwecke zuzulassen (z.B. Internationale Vereinigung für Cannabinoid-Arzneimittel). Diese Bewegung wurde vor allem von der „International Association of Cannabinoid Medicins“ [2] initiiert, aber auch vom Selbsthilfenetzwerk „Cannabis als Medizin“ [3] und dem „Deutschen Hanfverband“. [4] Drogen- und Suchthilfeverbände haben sich dagegen jahrelang schwer getan mit diesem patienten-initiierten Diskurs; sie konzentrierten sich dagegen auf die Frage der Regulierung des Freizeitkonsums von Cannabis. In der Bundesregierung und im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde auch in der rot-grünen Koalition die „Cannabisfrage“ zugunsten anderer drogenpolitischer Reformprojekte (z.B. Diamorphinvergabe) erst einmal zurückgestellt. Zudem bestand Anfang der 2000er Jahre noch immer die Auffassung, dass Cannabis keinerlei oder wenig therapeutischen

Nutzen habe, was auch noch von internationalen Gremien, wie der WHO vertreten wurde.

Das BMG vertrat 1999 die Auffassung, dass es für das Inverkehrbringen von Cannabis-Arzneimitteln aus betäubungsmittelrechtlicher Sicht erforderlich ist, dass die entsprechenden Wirkstoffe Bestandteil der Anlage III BtMG (verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel) sind. Dies traf derzeit für die Cannabiswirkstoffe Dronabinol und Nabilon zu. Diese Stoffe konnten somit nach dem BtMG zwar ärztlich verschrieben werden, allerdings ohne Kostenerstattung durch die GKV. Zu diesem Zeitpunkt waren in Deutschland weder Fertigarzneimittel mit isolierten Cannabiswirkstoffen noch mit natürlichen Gemischen der Cannabispflanze für den Verkehr zugelassen. Ebenso lag kein Zulassungsantrag beim zuständigen BfArM vor. Im Mai 1999 hatte jedoch im Krankenhaus Berlin-Moabit eine klinische Prüfung mit Cannabisextrakt gegen aus der Pflanze isoliertes Dronabinol bei ca. 400 Krebspatienten zur Appetitanregung begonnen. [5] Fertigarzneimittel mit dem Wirkstoff Dronabinol waren in den USA (Marinol) und mit dem Wirkstoff Nabilon in Großbritannien (Nabilone) zugelassen. Rezepte mit diesen Arzneimitteln konnten auf der Grundlage einer Ausnahmeregelung des Arzneimittelgesetz (AMG) beliefert werden. Danach war es möglich, für einen Patienten eine „Einzelbeschaffung“ eines Arzneimittels aus einem anderen Land durchzuführen, wenn es dort zugelassen ist (§ 73 Abs. 3 AMG). Die Fertigarzneimittel Marinol und Nabilone wurden auf diesem Weg in geringen Mengen importiert.

Auch die Herstellung eines Rezepturarzneimittels in der Apotheke aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Verschreibung war schwierig, weil natürliche Gemische von Cannabis damals als Ausgangsstoff für die Arzneimittelherstellung in der Apotheke nicht angeboten wurden. Entsprechende Arzneibuchmonographien lagen nicht vor.

Es herrschte aber auch noch im Jahr 2000 die Auffassung vor, dass an einer arzneilichen Anwendung von ungeprüften Cannabisprodukten kein Bedarf bestehe, auch wenn es immerhin den Konsens – auch mit der Bundesärztekammer – gab, dass Cannabis-Arzneimittel ein breites pharmakologisches Potential haben.

Zudem wurde auf die damals vorliegende Studie von Kleiber/Kovar [6] verwiesen, die Anlass gegeben hatte, für Konsumenten die Frage der verfassungskonformen Regelung des Umgangs mit Cannabis zum Zwecke des Eigenverbrauchs zu prüfen. Allerdings hatte auch diese Studie gezeigt, dass Cannabis ein hochpotentes Therapeutikum mit verschiedensten, oft noch ungeklärten Wirkmechanismen im menschlichen Organismus sei und insbesondere für den nicht medizinisch betreuten Gebraucher gesundheitliche Risiken berge. Gegen die medizinische Anwendung von Cannabis habe man keine Einwände, wenn sie auf Grundlage des Arzneimittelgesetzes erfolge.

Dann erfolgte der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zum Einsatz von Cannabis als Arzneimittel vom 20. Januar 2000 – Az. 2 BVR 2382-2389/99 [7]. Nach Auffassung des Gerichtes sei die medizinische Versorgung der Bevölkerung ein öffentlicher Zweck, der auch im Einzelfall die Erteilung einer entsprechenden Erlaubnis rechtfertigen könne. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass die Erlaubniserteilung für den straffreien Eigenkonsum im Ermessen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte liege. Allerdings war die Auffassung des BMG nach wie vor restriktiv, denn man ging davon aus, dass es sich bei ohne Beachtung des

AMG beschafftem Haschisch oder Marihuana in der Regel um Arzneimittel handle, für die es keine qualitätsgeprüfte Herstellung nach AMG gebe.

Zur Frage der Erlaubniserteilung des BfArM zum Selbstanbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken wurde eingewendet, dass die Erteilung einer Erlaubnis nach dem BtMG ausgeschlossen sei, wenn ein Versagungsgrund nach § 5 BtMG vorliege. Es sei nicht ersichtlich, wie das BfArM oder der Arzt bei einer Vielzahl einzelner Patienten kontrollieren könnten, wieviel Cannabis der jeweilige Patient anbaue, ob er die Substanz medizinisch richtig zubereite und anwende, was er mit nicht von ihm verbrauchten Substanzen mache oder ob er oder Dritte unerlaubt Cannabis abzweigen. Allerdings gab es die Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses des Bundestages vom Mai 2000 [8], der die medizinische Anwendung von Cannabis befürwortete und eine Kontrolle – auch des Eigenanbaus – durch Krankenhäuser in Erwägung zog.

Es wurde aber aufgrund des Beschlusses des BVerfG erwogen, die Rechtslage zu verändern, denn es bestünde die Möglichkeit, in Anlage I des BtMG eine Formulierung durch Rechtsverordnung einzufügen, die Cannabis dann aus der Anlage herausnimmt, wenn es „aufgrund ärztlicher Verordnung zur medizinischen Anwendung verwendet wird“. Einen solchen Schritt hat die rot-grüne Regierung aber nicht vollzogen.

Das weitere Hindernis in der Verschreibung von Cannabisarzneimitteln ergab sich auch aus der Nichterstattung der Kosten durch die Krankenkassen. In Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel gehören nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der GKV, weil für diese Präparate die nach dem Arzneimittelgesetz vorgesehene Prüfung auf Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nicht erfolgt ist (auch dann nicht, wenn eine solche Prüfung im Ausland erfolgte).

Die schwarz-rote Koalitionsvereinbarung sah 2003 immerhin vor: „Die Verschreibungsmöglichkeiten von Cannabisarzneimitteln werden in wissenschaftlich anerkannten Fällen weiterentwickelt.“ Dazu müsste Cannabis-Extrakt verschreibungsfähig gemacht, also in Anlage III zu § 1 BtMG aufgenommen werden. Dies setzte voraus, dass wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse über Qualität, therapeutische Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von Cannabis-Extrakt vorliegen, die es rechtfertigen, diesen Extrakt verschreibungsfähig zu machen. Da das (noch) nicht der Fall war, zögerte die Koalition konkrete Schritte zu unternehmen.

In den Niederlanden wurde seit dem 1.9.2003 Cannabiskraut zu medizinischen Zwecken auf ärztliche Verschreibung in Apotheken abgegeben. Die Haltung der Experten im Gesundheitsministerium war aber weiterhin restriktiv dahingehend, dass dem von Deutschland verfolgten Ansatz, nicht – wie in NL – die Pflanze oder Pflanzenteile selbst, sondern nur Cannabisextrakt oder zugelassene Fertigarzneimittel verschreibungsfähig zu machen, der Vorzug zu geben sei. Cannabiskraut könne nicht verschreibungsfähig gemacht werden, weil das Missbrauchspotenzial und das Krebsrisiko durch Rauchen von Cannabiskraut zu hoch seien.

In der Antwort der Bundesregierung auf eine „Kleine Anfrage“ der Fraktion der FDP – mit dem damaligen Drogenbeauftragten der FDP-Fraktion, Detlev Parr, vom 12. Januar 2004 (Ds 15/2226) verweist die Bundesregierung darauf, dass es keine oder keine ausreichende Evidenz für Cannabismedizin gebe:

Allerdings können die Messinstrumente der Schulmedizin nicht ausreichend zeigen, ob bestimmte Medikamente zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Patienten beitragen können bzw. wird dieser Aspekt nicht für relevant genug gehalten. Ganz anders als in der jetzigen Begründung der Gesetzesänderung!

Ende 2004 wurden mehrfach Patienten wegen der Nutzung von Cannabis als Medizin freigesprochen und es häuften sich derartige Urteile, während die Bundesregierung immer noch keinen Handlungsbedarf sah.

Der Dambruch

Am 19. Mai 2005 hatte das BVerwG ein Urteil erlassen, in dem es einem MS-kranken Kläger Recht gab, der beim BfArM eine Erlaubnis zur Anwendung von Cannabis als Therapie gem. § 3 Abs. 2 BtMG beantragt hatte. Das Urteil widersprach in wesentlichen Punkten der Rechtsauffassung des BfArM und des damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Das BVerwG hielt nunmehr eine Erlaubnis nach § 3 Abs. 2 BtMG auch dann für gerechtfertigt, wenn sie zum Zweck der individuellen Selbstmedikation beantragt wird, weil die individuelle Therapie nicht nur im Interesse des Antragstellers, sondern auch im öffentlichen Interesse liege: „Die Therapie schwer kranker Menschen verfolgt nicht nur jeweils deren individuelle Interessen, sondern ist ein Anliegen der Allgemeinheit.“ Diese Feststellung traf das BVerwG keineswegs nur für den vorliegenden Einzelfall, sondern allgemein für alle Schwerkranken.

Das Ministerium hielt aber zunächst dennoch an der Auffassung fest, dass die Zulassung von Erlaubnissen durch das BfArM nicht im öffentlichen Interesse liege. Dennoch war klar, dass das BfArM seine bisherige restriktive Praxis ändern musste, wonach Erlaubnisse zum Zweck der individuellen Heilbehandlung immer abgelehnt wurden

In der Bevölkerung gab es mittlerweile eine Mehrheit für die medizinische Anwendung von Cannabis. In einer Umfrage im Juni 2006 wussten bereits 70% der Bevölkerung, dass Cannabis zu medizinischen Zwecken eingesetzt werden kann [9] und davon sprachen sich 77% dafür aus, dass die Anwendung erlaubt sein solle, auch wenn die Krankenkasse nicht die Kosten übernehme. Ebenfalls 77% sprachen sich auch für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen aus.

In einer aktuellen Umfrage von 2018 [10] zeigte sich, dass 28% sehr dafür waren, dass Cannabismedikamente zugänglich sein sollten, 47% dafür und nur 17% dagegen (6% äußerten sich nicht).

Dann gab es weitere Gesetzesinitiativen von Bündnis90/Grüne[11] und der LINKEN [12], die im Deutschen Bundestag am 26.6.2008 diskutiert wurden.

In dieser Debatte erklärte die damalige drogenpolitische Sprecherin der CDU/CSU, Maria Eichhorn: „nach Auffassung des Gesundheitsministeriums und des Bundesinstituts für Arzneimittel ist der therapeutische Nutzen der Cannabiseinnahme nicht erwiesen“. [13] Aber auch die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing von der SPD, blieb skeptisch:

„Niemand von uns hat Zweifel daran, dass für viele Menschen Cannabis als Medizin hilfreich sein kann. (...) Allerdings: Wer Cannabis als Medizin nehmen möchte, der muss wissen, dass der für die Wirkung wichtige THC-Gehalt einer Cannabis-

pflanze sehr stark schwanken kann. Ein Eigenanbau von Cannabis ist deshalb aus medizinischer und pharmazeutischer Sicht nicht ratsam.(...) Fakt ist aber, dass der therapeutische Nutzen von Cannabis – abgesehen von Dronabinol bei bestimmten Indikationsbereichen – bis heute nicht eindeutig wissenschaftlich nachgewiesen ist, auch wenn es zahlreiche Einzelfallbeispiele gibt, in denen Verbesserungen bei bestimmten Krankheitsbildern berichtet werden.“ Der drogenpolitische Sprecher der FDP, Detlev Parr, hielt ein deutliches Plädoyer: „Wir fordern die Bundesregierung auf, endlich lang gemachte Versprechungen umzusetzen. Notwendig ist eine sichere Rechtsgrundlage, um schwerstkranke Menschen, die von Cannabisextrakten profitieren, nicht zu kriminalisieren. Es gibt verschiedene wissenschaftliche Studien, die belegen, dass Cannabis Leiden tatsächlich lindert.“ [13] Der Sprecher von Bündnis90/Grüne, Harald Terpe, wurde noch deutlicher: „Die Bundesregierung hat diesen Menschen bislang nichts anzubieten außer der gebetsmühlenartigen Leier, dass Cannabis abhängig mache und gefährlich sei und es noch keine ausreichenden Nachweise der Wirksamkeit gebe“. [13]

Am 15. Oktober 2008 fand dann eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages statt. Maria Eichhorn vertrat dabei die Position der CDU/CSU und räumte ein: „Bei Patienten, die unter einer konventionellen Behandlung keine ausreichende Linderung bei bestimmten Symptomen wie z. B. Schmerzen erfahren, kann eine Therapie mit Cannabinoiden sinnvoll sein, vor allem in der Palliativmedizin. Allerdings gibt es nach Aussage der Fachleute bisher keine klare Indikationsbeschreibung.“ [14]

Bei der öffentlichen Anhörung [15] betonten alle befragten Experten einhellig, dass der medizinische Wert von Dronabinol (THC) und Cannabis (besonders CBD) bei verschiedenen Erkrankungen erwiesen sei. Einzig der Vertreter der Krankenkassen beharrte auf dem Standpunkt, dass der Nutzen einer Therapie mit Dronabinol wissenschaftlich nicht nachgewiesen sei und daher die Kosten einer Behandlung mit diesem Cannabiswirkstoff von den Krankenkassen in Deutschland nicht bezahlt werden müssten.

Weitere Gesetzesinitiativen

Es gab eine weitere Initiative von Bündnis90/Grüne im Juni 2011, um den „Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten (zu) ermöglichen“. [16] Denn in nur etwa 50 Fällen hatte das BfArM eine Erlaubnis zum Bezug eines Cannabisextraktes oder von Cannabisblüten erteilt. Allerdings mussten die Betroffenen die Kosten hierfür selbst tragen. Nach Angaben des BfArM [17] betrugen die monatlichen Therapiekosten je nach Bedarf bis zu 1500 Euro. Das überstieg in vielen Fällen die finanziellen Möglichkeiten der häufig arbeitsunfähigen Patientinnen und Patienten. Andere Therapiealternativen wie Dronabinol standen den Betroffenen nicht zur Verfügung, da die Krankenkassen die Kostenübernahme hierfür in der Regel ablehnten.

Im Juli 2014 gab es einen großen ZEIT-Artikel [18], in dem noch einmal darauf verwiesen wurde, dass nur „etwa 3.500 deutsche Patienten (...) Cannabis-Wirkstoffe auf Rezept (erhalten) – meist gegen chronische Schmerzen (Dronabinol)(...). Wer

schwer krank ist und Hanf gegen seine Schmerzen braucht, dem bleiben hierzulande nur sehr bürokratische, umständliche oder illegale Wege. Rund 300 Männer und Frauen besitzen eine Ausnahmegenehmigung der Bundesopiumstelle. (...) Es sind nur so wenige, da das zuständige BfArM nur dann ein Rezept bewilligt, wenn ein Patient als aushilflich gilt.“

In den Jahren 2014 und 2015 kam es dann zu einem drastischen Anstieg der Gesamtzahl der berechtigten Patientinnen und Patienten, der benötigten Liefermenge und zunehmender Lieferengpässe, zumal sich die niederländische Regierung nicht länger bereit zeigte, den deutschen Markt weitgehend allein zu beliefern.

Es häuften sich die Beschwerden und Bitten an das BMG und die jetzt zuständige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler. Es gingen mehrere hundert Briefe und E-Mails von Patienten und Angehörigen ein mit dem Tenor: „kein Zugang zur Behandlung, teure Medikamente (600 – 900 € pro Monat, abhängig vom Markt, mehrere Fälle von Strafverfolgung“.)

Die Drogenbeauftragte reagierte und erklärte im Juli 2014 in einem Interview mit dem Bayerischen Rundfunk zur Frage der Verwendung von Cannabis als Medizin: „Ich meine, und das ist jetzt meine persönliche Meinung, dass wir im Bereich Cannabis als Medizin durchaus tiefer nachdenken müssen, um noch mehr Menschen auch die Chance zu geben das Ganze quasi via Krankenschein beziehungsweise via Antrag zu genehmigen“ [19]. Und am 3. Februar 2015 erklärte sie der Zeitung Die Welt und dem Ärzteblatt: „Mein Ziel ist, dass in Zukunft mehr Menschen als bisher Cannabis als Medizin bekommen können“. Für diese Patienten müssten die Kosten von den Krankenkassen erstattet werden. „Wir wollen noch dieses Jahr das Gesetz durch den Bundestag bringen, damit es ab nächstem Jahr greift“, fügte Mortler hinzu. [20]

Im BMG wurde bereits an einem Gesetzentwurf gearbeitet, der dann – allerdings erst ein Jahr später – am 4. Mai 2016 ins Kabinett kam.

Am 21. September 2016 fand dann eine (weitere) Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags statt. Mediziner, Psychologen und Rechtsexperten begrüßten die geplante reguläre Verordnungsmöglichkeit für cannabishaltige Arzneimittel, sahen in dem von der Bundesregierung vorgesehenen Verfahren aber einige Mängel. [21]

Kritisch gesehen wurde – insbesondere von den ärztlichen Vertretern und den medizinischen Fachgesellschaften – u.a. die Verordnungsfähigkeit von Cannabisblüten, weil es für deren therapeutischen Nutzen keine hinreichenden Belege gebe. Von vielen Experten abgelehnt wurde die verpflichtende Datenerhebung für die Begleitforschung, die an die Kostenerstattung gekoppelt werden sollte.

Zudem wurde nach Ansicht der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft der Genehmigungsvorbehalt durch die Krankenkassen als nicht sachgerecht kritisiert. Auch das geplante Verfahren zur Erhebung und Verarbeitung von Patientendaten stieß auf Kritik.

Diese Vorbehalte der Krankenkassen, die die Kosten nicht übernehmen wollen, stehen einer Umsetzung des Gesetzes heute noch immer im Weg.

Der Deutsche Hanfverband begrüßte zwar den Gesetzentwurf, wies aber auf die Sortenvielfalt bei Cannabis hin. Berichte von Patienten zeigten, dass die vielen verschiedenen Sorten und Züchtungen ganz unterschiedliche medizinische Wirkungen und Nebenwirkungen mit sich brächten. Nach Ansicht des Hanfverbandes sollte den Patienten künftig deshalb auch erlaubt werden, jene Sorte Cannabis selbst anzupflanzen.

zen, die für sie am besten geeignet sei. Das wäre dann auch die preiswerteste Variante, zumal mit erheblichen Kosten durch die Verschreibung von Cannabis gerechnet werden müsse.

Von dieser Zukunftsvision sind wir aber noch weit entfernt!

Zum Referentenentwurf vom 11.4.2016 gab es dann weitere entscheidende Unterschiede, die in den parlamentarischen Beratungen an einigen Stellen erreicht wurden. So sollen die Ärzte eigenverantwortlich entscheiden, ob eine Cannabis-Therapie sinnvoll sei, auch wenn im Einzelfall noch andere Behandlungsoptionen bestehen. Die Patienten müssen also nicht „austherapiert“ sein, wie es anfangs hieß, bevor sie einen Anspruch auf ein Cannabis-Rezept haben.

Zudem sollte auch in der Palliativversorgung ein rascher Zugang zu Cannabis-Präparaten ermöglicht werden, um insbesondere Patienten auf dem letzten Lebensweg die Leiden zu lindern. Ferner reagierten die Abgeordneten auf Kritik, die Experten in der Anhörung zu dem Gesetzentwurf über die Begleiterhebung geltend gemacht hatten. Um die Versicherten zu schützen, sollen nun die Patientendaten anonymisiert erhoben und analysiert werden.

„Wir wollen, dass für schwerkranke Patienten die Kosten für Cannabis als Medizin von ihrer Krankenkasse übernommen werden, wenn ihnen nicht anders geholfen werden kann“, erklärte der damalige Gesundheitsminister Gröhe im Juni 2016 [21]. Der Gesetzentwurf dann am 19. Januar 2017 im Deutschen Bundestag endgültig beraten und einstimmig (!!) verabschiedet! [23]

Entscheidend für einen raschen Umdenkungsprozess war aber das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 6. April 2016: Mit diesem Urteil hatte das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) im Fall Fischer./Bundesrepublik Deutschland entschieden, dass der Kläger einen Anspruch auf Erteilung einer Ausnahmeerlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zur Selbsttherapie hat. [24]

„Leitsätze:

1. Der Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken liegt im öffentlichen Interesse im Sinne des § 3 Abs. 2 BtMG, wenn der Antragsteller an einer schweren Erkrankung leidet und ihm, zur Behandlung der Krankheit keine gleich wirksame und für ihn erschwingliche Therapiealternative zur Verfügung steht.
2. Fehlen in einem solchen Fall zwingende Versagungsgründe nach § 5 BtMG, ist die Ausübung des nach § 3 Abs. 2 BtMG eröffneten Ermessens wegen des von Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG geforderten Schutzes der körperlichen Unversehrtheit rechtlich zwingend zugunsten der Erlaubniserteilung vorgezeichnet.“ [24]

Die Kosten für den Erwerb eines standardisierten Cannabis-Präparats über die Apotheke in Höhe von mehr als 1 000 € seien für ihn nicht tragbar. Seine Krankenkasse hatte eine Kostenübernahme abgelehnt. Die von ihm vorgesehenen Sicherungsmaßnahmen für seine Wohnung seien geeignet und ausreichend, um die Betäubungsmittel gegen eine unbefugte Entnahme zu sichern.

Das Gericht stellte fest, dass zum damaligen Zeitpunkt noch kein Anspruch des Klägers auf eine Erstattung seiner Kosten durch die Krankenkassen bestand. Das Bundesverwaltungsgericht befand: „Vor diesem Hintergrund ist es nicht zumutbar, den Kläger auf eine Rechtsverfolgung vor den Sozialgerichten zu verweisen. Das gilt

besonders mit Blick auf die außergewöhnlich lange Dauer des Erlaubnisverfahrens von mehr als 15 Jahren.“[24]

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 BtMG ist eine Erlaubnis zu versagen, wenn der vorge-sehene Verantwortliche nicht die erforderliche Sachkenntnis hat oder die ihm oblie-genden Verpflichtungen nicht ständig erfüllen kann. Die Annahme des Oberverwal-tungsgerichts, die Sachkenntnis könne auch dadurch nachgewiesen werden, dass ein den Kläger betreuender Arzt die Stelle des Verantwortlichen einnimmt, war nicht zu beanstanden. Zudem verfüge der Kläger aufgrund des jahrelangen Eigenanbaus selbst über eine weitreichende Sachkenntnis hinsichtlich der von ihm verwendeten Cannabissorte und insbesondere über umfassende praktische Erfahrungen in Bezug auf Wirksamkeit und Dosierung.

„Zudem bieten die Vermehrungsmethode Nachzucht der Stecklinge von einer Mutterpflanze – und die Einhaltung gleicher Anbaubedingungen eine relative Ge-währ für einen konstanten THC-Gehalt seiner Cannabispflanzen. Die Gefahr einer Fehldosierung erweist sich daher als beherrschbar.“[24]

Diese Feststellung des Gerichts ist von großer Bedeutung, weil bislang der Eigenan-bau vom BMG immer mit der Begründung abgelehnt wurde, dass dazu die Sach-kenntnis fehle und der Anbau nur in pharmazeutischer Qualität stattfinden dürfe!

Deshalb wurde auch solchen Anträgen nicht stattgegeben, weil ja durch das neue Gesetz der Erwerb von Medizinalhanf und die Finanzierung durch die Krankenkas-sen gewährleistet seien. Weiterhin wurde damit argumentiert, man wolle eine Abhän-gigkeitsentwicklung durch restriktive Rechtsanwendung vermeiden.

Das BVerfG stellte dazu fest:

„Weil die Therapie mit Cannabis für den schwer kranken Kläger nach den Feststel-lungen des Berufungsgerichts alternativlos ist, überwiegt das Behandlungsinteresse auch im Fall einer Abhängigkeit.“[24]

Die Antragssteller, die bereits eine Ausnahmegenehmigung durch das BfArM besaßen, waren zudem davon ausgegangen, dass sie nicht erneut eine Überprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen ausgesetzt sein müssten. Dies war nicht der Fall.

Insbesondere wurden Indikationen, die das BfArM noch akzeptiert hatte – etwa ADHS – durch die Krankenkassen nicht bewilligt, mit dem Hinweis fehlender Evi-denz. Hier wird erneut ein langwieriger Klageweg erforderlich. In einigen Fällen ha-ben Sozialgerichte dazu auch schon entschieden, so das Sozialgericht in Berlin.[25] Das Gericht stellte fest, dass die Gutachterin des MDK nicht näher darlegen konnte, warum ADHS nicht als schwerwiegende Erkrankung anzusehen sei(...) Das Interesse des Antragstellers an einer Versorgung mit Medizinalcannabisblüten überwiege auf-grund der Schwere der Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens das Interesse der Krankenkasse an einer wirtschaftlichen Leistungsversorgung unter Berücksichtigung einer noch zu klärenden medizinischen Notwendigkeit.[25]

Zudem hat die Berliner Psychiaterin und Psychotherapeutin Eva Milz festgestellt: “The effects of Cannabis flowers in ADHD are clinically evident, whereas the benefits of relevant amounts of CBD are still unknown to many patients. Further research on the basis of randomized, controlled trials with standardized Cannabinoid-medication is reasonable to substantiate the indication ADHD and should help to encourage the clinical implementation.“[26]

Zentrale Herausforderungen für die Verschreibungspraxis

Das Gesetz ist in Kraft, die Umsetzung aber weiterhin kompliziert. Es ist eines der fortschrittlichsten Gesetze weltweit:[27]

- Es ist keine Lizenzierung für Ärzte erforderlich (eine Großflächenversorgung durch Hausärzte ist möglich). Die Ärztin/der Arzt entscheidet, ob die Bedingungen in Einzelfällen gegeben sind, nachdem andere Therapien zur Behandlung erschöpft wurden.
- Es gibt keine gesetzliche Einschränkung für die Patienten (d.h. z.B. kein Ausschluss der Behandlung von Kindern).
- Es gibt auf der Ebene des Betäubungsmittelgesetzes keine Beschränkungen der Indikationen.
- Immer mehr Patienten in Deutschland wenden sich an ihre Krankenkassen, um die Kosten für Cannabis zu erstatten: Die Zahl der Anträge ist laut einem Bericht der Krankenkassen (Ende 2017) auf über 13.000 gestiegen. Ca. 64% waren zugelassen worden.
- Stand erstes Halbjahr 2018: Verschreibungen von Cannabis enthaltenden Arzneimitteln: 26.000, Cannabisblüten: 31.000, Cannabis enthaltende Medikamente: 1.200, Sativex: 22.000; Bruttoumsatz: 31 Mio. € (geschätzte Summe von 50 Mio. € für 2018) (geschätzte Anzahl von Patienten: 40.000) [28]

Aber noch immer bestehen erhebliche Hindernisse: Viele Ärzte sind nicht bereit (nicht ausgebildet), um zu verschreiben – der Preis für Cannabisblüten ist sehr hoch, es sind nicht genügend Medikamente (getrocknete Blüten) in Apotheken erhältlich, die Krankenversicherungen verweigern noch immer die Kostenübernahme.

Vor diesem Hintergrund haben Bündnis90/Die Grünen am 19. November 2018 einen Gesetzentwurf vorgelegt zur „Erleichterte Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung“ [29] in dem sie feststellen, dass sich der „Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen (...) in der Praxis nicht bewährt (hat). Er kann dazu führen, dass die Linderung der Beschwerden von Patientinnen und Patienten hinausgezögert oder gänzlich verhindert wird.“ [29]

Der Ausnahmecharakter der Regelung vor dem Hintergrund einer unsicheren Studienlage wird in den Gesetzgebungsmaterialien zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften ausdrücklich betont und war dem Gesetzgeber bei Schaffung der Regelung bekannt (Bundestagsdrucksache 18/8965 S. 21 f.). Ein hinreichender Evidenzlevel zur Wirksamkeit der Therapie darf also gerade nicht Grund der Ablehnung eines Antrags sein. Auch sieht das Gesetz nicht vor, dass eine Patientin oder ein Patient austherapiert sein muss, bevor er oder sie Cannabis als Medikament erhält.“ [29]

Die nächste Hürde: der Cannabisanbau in Deutschland verzögert sich

Die erste deutsche Cannabisernte zu medizinischen Zwecken scheint zudem immer weiter in die Ferne zu rücken. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hatte sein erstes Vergabeverfahren Ende März wegen eines Beschlus-

ses des OLG-Düsseldorf aufgehoben und am 19. Juli 2018 eine neue Ausschreibung für den deutschen Cannabisanbau veröffentlicht.

Die FDP-Bundestagsfraktion hat dazu eine Kleine Anfrage an die Bundesregierung gestellt: [30] „Hat die Bundesregierung nach wie vor Interesse an einem Anbau von Medizinalcannabis?“ Es wurde die Verzögerungen des Produktionsstarts kritisiert und das bisherige Vorgehen der Behörde. „Ursache kann Unfähigkeit, aber auch Unwilligkeit sein“, erklärte ein FDP-Gesundheitspolitiker [31].

Derzeit wird der Bedarf an Medizinalhanf durch Importe aus den Niederlanden und Kanada gedeckt. Doch vermutlich wäre es für das hiesige Gesundheitssystem eine finanzielle Entlastung, je eher Cannabis aus Deutschland zum Einsatz kommen kann, weil sich die Beschaffung vereinfacht.

Das BfArM plant nach eigenen Angaben, die Zuschläge in der ersten Hälfte 2019 zu erteilen. Cannabis aus deutschem Anbau werde lt. BfArM „voraussichtlich“ ab 2020 zur Verfügung stehen. [32]

Abschließend sei auf die aktuelle Entwicklung in der WHO hingewiesen: Die WHO hat den Vereinten Nationen eine Neuklassifizierung von Cannabis als Medizin empfohlen. Das geht aus einem Brief der WHO an UN-Generalsekretär António Guterres hervor, in dem Cannabis und seine Inhaltsstoffe THC und CBD neu bewertet werden. Eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe der WHO hatte zuvor die Risiken von Cannabis, THC und CBD untersucht und war zu dem Schluss gekommen, dass die Risiken die aktuelle Einstufung nicht rechtfertigen. Gleichzeitig wurde ein medizinischer Nutzen von Cannabis anerkannt.

Das Bundeskabinett hat im Januar 2019 dem Gesetzentwurf für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) zugestimmt, bei dem die erneute Antragstellung bei der Krankenkasse nach einmal erfolgter Genehmigung, z.B. beim Wechseln der Blütensorte, künftig entfallen soll. Wenn der Bundesrat zustimmt, kann das Gesetz Mitte des Jahres 2019 in Kraft treten.

Literatur

1. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). Medical Use of cannabis and cannabinoids. Questions and answers for policymaking. Lissabon: EMCDDA; 2018.
2. Russo, E. Cannabissorten: Unterscheiden sich Cannabissorten? Ruethen: Internationale Arbeitsgemeinschaft für Cannabiodabhängige; 2018.
3. Grotenhermen f. Selbsthilfenetzwerk Cannabis-Medizin. Ruethen: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.; 2019.
4. Wurth G. Deutscher Hanfverband. Berlin: Deutscher Hanfverband; 2019
5. Grotenhermen f. IACM Informationen vom 13.11.1999. Ruethen: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.; 2019.
6. Kleiber D, Kovar K. Auswirkungen des Cannabiskonsums. Stuttgart; Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 1997.
7. Bundesverfassungsgericht. Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde im Zusammenhang mit Cannabiskonsum zu medizinischen Zwecken. Karlsruhe: Pressemitteilung des BVerfG Nr. 15/2000; 2000.

8. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung des Petitionsausschusses des Bundestages 2-14-15-212-005387
9. Institut für Demoskopie Allensbach. Cannabis in der Medizin: Einstellung der Deutschen. Allensbach: Institut für Demoskopie; 2006.
10. Statista. In der Medizin werden Cannabisprodukte beispielsweise bei chronischen Schmerzen oder zur Linderung der Spastik bei multipler Sklerose eingesetzt. Sind Sie der Meinung, dass diese Möglichkeit auch in Deutschland bestehen sollte, oder sind Sie dagegen? Hamburg: Statista; 2019.
11. Deutscher Bundestag. Medizinische Verwendung von Cannabis erleichtern. Berlin: Drucksache 16/7285; 2007.
12. Deutscher Bundestag. Cannabis zur medizinischen Behandlung freigeben. Berlin: Drucksache 16/9749; 2008.
13. Deutscher Bundestag. Stenografischer Bericht 172. Sitzung. Berlin, Plenarprotokoll 16/172 S.18383; 2008.
14. Eichhorn, M.: Cannabis als Medizin – therapeutischen Nutzen nachgewiesen. Berlin: CDU/CSU Pressemitteilung; 2008.
15. Grotenhermen f. IACM Informationen vom 25. Oktober 1999. Ruethen: Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V.; 2019.
16. Deutscher Bundestag. Zugang zu medizinischem Cannabis für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglichen. Berlin: Drucksache 17/6127; 2011.
17. Deutscher Bundestag. Haltung der Bundesregierung zum medizinisch begründeten Eigenanbau von Cannabis. Berlin: Drucksache 17/4789; 2011.
18. ZEIT Online. Cannabis: Die Droge, die nicht helfen darf (26.07.2014). Im Internet: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-07/cannabis-hanf-medikament-nutzen>; Stand: 04.02.2019
19. Rister, F., Marlene Mortler: Tiefer über Cannabis als Medizin nachdenken. Berlin: Deutscher Hanfverband; 2014.
20. Ärzteblatt. Drogenbeauftragte will Cannabis-Konsum für Schwerkranke erleichtern (03.02.2015). Im Internet: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61673/Drogenbeauftragte-will-Cannabis-Konsum-fuer-Schwerkranke-erleichtern>; Stand 04.02.2019
21. Deutscher Bundestag. Kritik von Experten am Cannabis-Gesetzentwurf. Berlin: Deutscher Bundestag; 2016.
22. Medizinalhanf Cannabis: Bundesrat will keine Patientendaten; apotheke adhoc vom 15.6.2016
23. Deutscher Bundestag. Stenografischer Bericht 212. Sitzung. Berlin, Plenarprotokoll 18/212; 2017.
24. Bundesverwaltungsgericht. Erlaubnis zum Eigenanbau von Cannabis zu therapeutischen Zwecken. Leipzig: Urteil des BVerwG 3 C 10.14; 2016.
25. Sozialgericht Berlin, Az.: S 36 KR 359/17 ER vom 5.4.2017 (Abschrift liegt den Autoren vor)
26. Milz, E.: Treatment with Cannabis Flowers in adult ADHD; IACM 9th Conference on Cannabinoids in Medicine, 52-53 Köln: 2017.
27. Aguilar, S., Gutiérrez, V., Sánchez, L., Nougier, M.: Medicinal cannabis policies and practices around the world, IDPC Briefing Paper; London: IDC; 2018.
28. Telgheder, M.: Immer mehr Schmerzpatienten bekommen Marihuana auf Rezept. Düsseldorf: Handelsblatt; 2018.

29. Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Erleichterte Verordnung von medizinischem Cannabis für Patientinnen und Patienten mit einer schwerwiegenden Erkrankung. Berlin: Drucksache 19/5862; 2018.
30. Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung, Anbau von Medizinalcannabis. Berlin: Drucksache 19/4095; 2018.
31. Deutsche Apothekerzeitschrift Online. FDP fragt nach Cannabisausschreibung: Klappt der zweite Anlauf besser? (17.08.2018). Im Internet: <https://www.deutsche-apotheker-zeitschrift.de/news/artikel/2018/08/17/wie-steht-die-regierung-zum-deutschen-medizinalhanf-anbau>; Stand: 04.02.2019
32. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Anbau von Cannabis zu medizinischen Zwecken: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht heute eine neue Ausschreibung – Pressemitteilung 7/18 Bonn: BfArM; 2018.

Kiffen und Jugendhilfe – wie die Drogenprohibition jungen Menschen das Leben noch schwerer machen kann

Bernd Werse

Zusammenfassung

Cannabiskonsum – gleichgültig ob moderat oder intensiv – gilt in Unterbringungseinrichtungen der Jugendhilfe häufig als Ausschlusskriterium. Gleichzeitig wird die Droge von einem wesentlichen Teil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen in prekären Lebenslagen konsumiert. Daher wird ein nicht unwesentlicher Teil dieser Klientel in inadäquaten Unterkünften untergebracht, die häufig einen negativen Einfluss auf die weitere Entwicklung der jungen Menschen haben. Dementsprechend wäre vielen dieser Personen weitaus besser geholfen, wenn diese dem Geist der Prohibition und dem Abstinenzgebot entstammende Praxis beendet und sich der Akzeptanzgedanke stärker durchsetzen würde.

Der folgende Text basiert auf einem Interview mit einer Fachkraft aus der Sozialen Arbeit für Jugendliche und junge Erwachsene, die aus diversen Gründen anonym bleiben möchte. Die betreffende Person arbeitet mit jungen Menschen in besonderen Problemlagen im Alter von 12 bis 24 Jahren. Diese Problemlagen reichen von Delinquenz über Prostitution bis Drogenkonsum; in aller Regel ist es aber die Obdachlosigkeit, die den Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Hilfe darstellt – sowohl vorübergehend („Ausreißer“) als auch dauerhaft.

Im Interview ging es um die Praxis von Jugendämtern und anderen Stellen, hilfebedürftige Jugendliche und junge Erwachsene wegen Cannabiskonsum von Hilfsmaßnahmen auszuschließen: „Ich stelle in der Arbeit immer wieder fest, dass der jugendliche Drogenkonsum, speziell der Cannabiskonsum, genutzt wird als Mittel, die jungen Menschen auszugrenzen beziehungsweise Hilfen zu verweigern. Selbst wenn jetzt nur von gelegentlichem Konsum auszugehen ist, also wenn junge Menschen im Vorstellungsgespräch oder beim Jugendamt auf die Frage nach Drogenkonsum antworten: ‚Ja, ich kiffe ab und an‘, ist das ein ganz klarer Aspekt, um die jungen Menschen von Hilfen auszugrenzen.“

In Reaktion auf ein solches Bekenntnis vor dem Jugendamt gibt es offenbar einen typischen Ablauf: „Wenn die jetzt sagen: ‚ich kiffe‘, dann sagen sie beim Jugendamt: ‚okay, gut, dann wenden Sie sich bitte an das Sozialamt.‘ Das Sozialamt sagt: ‚Ihr seid gerade erst mal 18, dann brauche ich erst mal einen Ablehnungsbescheid von der Jugendhilfe, um tätig zu werden.‘ So geht das halt hin und her. Wenn jetzt aber das Jugendamt schreibt: ‚Wir beenden die Jugendhilfe aufgrund mangelnder Mitwirkung oder aufgrund des Cannabiskonsums‘, dann ist es sehr häufig so, dass das Sozialamt

nicht sagt, ‚okay, dann suchen wir jetzt einen Platz im Betreuten Wohnen‘, sondern dann wird mit dem Zeigefinger oder mit Strafactionen agiert, sprich, man sagt, okay, dann bleibt eben nur die Einrichtung XY“.

Bei der genannten Einrichtung handelt es sich um eine Unterbringungsmöglichkeit für Obdachlose, die quasi als ‚Auffangbecken‘ für alle diejenigen dient, die (z.B. aufgrund fehlender Kostenzusagen) keine andere Möglichkeit für eine anderweitige Unterbringung haben. Die dortige Klientel rekrutiert sich größtenteils aus Obdachlosen mittleren bis höheren Alters, oft Alkoholiker_innen, teilweise auch von ‚harten Drogen‘ abhängig. Für Jugendliche bzw. junge Erwachsene, bei denen die Obdachlosigkeit das größte Problem darstellt und die nebenbei, teils in eher moderatem Maße, auch Cannabis konsumieren, kann eine solche Unterbringung zuweilen eine fatale ‚Schule‘ sein. So wird über den Fall eines jungen Mannes mit gewohnheitsmäßigem Cannabiskonsum berichtet, der über ältere Männer in besagter Einrichtung an ‚harte Drogen‘ geriet und einige Zeit später an einer Überdosis verstarb.

Mitarbeiter_innen aus der Jugendhilfe nehmen den Cannabiskonsum auch bei Jugendlichen in ausgesprochen prekären Lebenslagen häufig als vorübergehendes „jugendspezifisches Verhalten“ bzw. Teil der Jugendkultur wahr: „Das sind ja zum Teil wirklich nur Experimentierphasen und wir erleben das ganz, ganz häufig, dass die jungen Menschen von ganz alleine mit ihrem Konsum auch wieder aufhören, ohne fremde Hilfe, ohne Therapie, dass sie es einfach mal ausprobieren und es auch wieder sein lassen können ohne größere Schädigung.“ Umso mehr sei die strikte Haltung der Ämter kritisieren, Cannabiskonsum als Ausschlusskriterium für weitere Hilfen zu betrachten.

Auf die Frage hin, was hinter dieser Haltung stecken könnte, wurde u.a. auf die hohe Arbeitsbelastung in den Jugendämtern, insbesondere im Hinblick auf den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, verwiesen. Die entsprechende Verschärfung des § 8a SGB VIII¹ habe dazu geführt, dass Mitarbeiter_innen der Jugendämter haftbar gemacht werden können, wenn einem entsprechendem Verdacht nicht adäquat nachgegangen wird. Durch diese Belastung in solchen Fällen sei auf der anderen Seite die Hemmschwelle gesunken, sich Cannabis konsumierender Jugendlicher unter Verweis auf das Abstinenzgebot zu ‚entledigen‘. Solche Betroffenen werden dann nicht selten längerfristig in eigentlich vorübergehenden Einrichtungen ‚geparkt‘, bis sie 18 sind und aus der Zuständigkeit der Jugendämter herausfallen, anstatt sich um eine echte Hilfe zu bemühen. „Vom Gesetz her könnten die locker bis 21 im Rahmen der Jugendhilfe und in begründeten Einzelfällen auch über das 21. Lebensjahr hinaus über den 35a² versorgt werden mit Mitteln der Jugendhilfe. Aber die Jugendhilfe ist halt eine teure Hilfe. So Einrichtungen haben einen Tagessatz von 280 Euro aufwärts pro Tag und natürlich wird dann sehr genau geprüft, ob man noch mal investiert in diesen jungen Menschen, insbesondere, wenn schon mal die eine oder andere Hilfe gescheitert ist.“

Gleichzeitig dränge sich häufig der Eindruck auf, dass einer Unterbringung von entsprechenden Klient_innen in eigentlich inadäquaten Einrichtungen eine strafende Intention habe und somit den ‚Leidensdruck‘ der Betroffenen erhöhen solle. So wurde

¹ <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/8a.html>

² § 35a SGB VIII: „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“; <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/35a.html>

von einem weiteren drastischen Beispiel aus dem laufenden Jahr berichtet, in dem einer jungen Frau in prekären Wohnverhältnissen ebenfalls wegen ihres Cannabiskonsums selbst nach einem versuchten Suizid eine angemessene Hilfe verweigert wurde. In einem dritten Beispiel betraf die entsprechende Ausschlusspraxis nicht nur eine junge Frau, sondern auch ihr neugeborenes Kind, das aufgrund der Unterbringung in den wichtigen ersten Lebensmonaten von ihr getrennt wurde.

Bemerkenswert an der offenbar strikt an den Drogenverboten des BtMG orientierten Haltung der Ämter ist der Umstand, dass zumindest auf lokaler Ebene für eben diese Behörden Richtlinien existieren, in denen anerkannt wird, dass Drogengebrauch „zu einer Entwicklungsphase, die viele Jugendliche durchlaufen“ gehöre, „aus der sie in der Regel wieder herauswachsen“. Zudem stehe vor einer Verfestigung des Drogenkonsums oft „eine mehr oder weniger unerträgliche Lebenssituation. Schenken wir ihr Beachtung, können wir sie verändern, lassen sich Suchtkarrieren vermeiden.“ Umso bedauerlicher ist es, dass diesem grundsätzlich akzeptierenden Ansatz nur selten nachgegangen wird und umgekehrt zuweilen, wie im ersten Beispiel deutlich, stattdessen ergriffene Maßnahmen erst zu einer Verfestigung beitragen. Bei in der Sozialen Arbeit Tätigen kann dies letztlich dazu führen, dass sie ihren Klientinnen und Klienten raten, den Cannabiskonsum im Vorstellungsgespräch für entsprechende Unterbringungsmöglichkeiten gar nicht erst zu erwähnen.

Es gibt aber auch (rare) Gegenbeispiele. Es wird ein Fall beschrieben, in dem ein 17-jähriger wegen seines Cannabiskonsums in einer geschlossenen Einrichtung untergebracht werden sollte. Letztlich konnte er in eine Institution mit akzeptierendem Ansatz vermittelt werden. Leider sind derartige Einrichtungen offenbar sehr selten: „Alle Jugendhilfeeinrichtungen haben den Abstinenzgedanken im Vordergrund und immer mit dem Hinweis, wir müssen die nichtkonsumierenden Jugendlichen vor den konsumierenden Jugendlichen schützen“. Daher zeigt sich die beschriebene Problematik für einen wesentlichen Teil der betroffenen Jugendlichen: „Wenn ich mir unser Klientel angucke, dann kann ich die an einer Hand abzählen, die nie konsumieren.“ Dabei ist es gleichgültig, ob – wie offenbar bei vielen dieser jungen Menschen – nur Gelegenheitskonsum betrieben wird oder sich bereits ein problematischer Gebrauch eingestellt hat. In dieser Lebensphase kann durch intensive Betreuung noch viel erreicht werden, um substanzbezogene Probleme zu bekämpfen oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die daraus folgende Forderung an die Politik, mehr aber noch an die Praxis der Jugendhilfe, ist zunächst folgende: „Es braucht Einrichtungen der Jugendhilfe, die akzeptierend arbeiten, die sich dieser einen Facette des jungen Menschen zuwenden und nicht zum Ausschlusskriterium benennen, sondern sagen, okay, das ist auch eine Problemlage, die du mitbringst, und wir gucken hin.“ Was die Praxis der Jugendämter angeht, geht es offenbar neben gesteigerter Verantwortung der Mitarbeiter_innen auch um Arbeitsbelastung und letztlich um die Verteilung von Geldern. Würden an dieser Stelle mehr Arbeitskräfte eingesetzt, könnte auch Jugendlichen mit bereits existierenden Substanzproblemen besser geholfen werden, anstatt – so der Eindruck aus der Sozialen Arbeit – sich auf diejenigen zu konzentrieren, „die am wenigsten Arbeit machen“.

Ein wesentlicher Teil der benannten Problematik ist auf den Geist der Drogenprohibition zurückzuführen, die ein „Alles oder Nichts“ – Abhängigkeit oder Abstinenz – suggeriert, was zur Folge hat, dass auch Jugendliche mit moderatem Konsum zu

Drogentherapien (oder gleich aufs Abstellgleis) geschickt werden, häufig ohne Perspektive für die Zeit danach. Substanzkonsum – in der betreffenden Zielgruppe eher die Regel als die Ausnahme – gilt hier also nach wie vor als zu bestrafendes Verhalten. Das ist nicht nur sinnlos, sondern nicht selten kontraproduktiv.

Cannabis: Stillstand im Bundestag

Georg Wurth

Während die Strafverfolgung von Cannabiskonsument_innen jedes Jahr neue Rekorde verzeichnet und die Bevölkerung bereit ist für Reformen, herrscht im Bundestag völliger Stillstand.

Regelmäßige Umfragen des Deutschen Hanfverbands per Infratest Dimap zeigen seit 2014 einen eindeutigen Trend in Richtung einer liberaleren Cannabispolitik. Im Oktober 2014 waren 30 Prozent der Deutschen der Meinung, dass „Cannabis für Volljährige legal und reguliert erhältlich sein sollte, zum Beispiel über Fachgeschäfte wie in Colorado“. Im Oktober 2018 stimmten dem bereits 46 Prozent zu. Wenn sich der Trend der letzten beiden Jahre fortsetzt, wird die Legalisierung von Cannabis im Sinne eines regulierten Marktes spätestens 2020 die Mehrheit der Bevölkerung hinter sich haben.

Die Strafverfolgung von Cannabiskonsument_innen hat schon jetzt den gesellschaftlichen Rückhalt verloren. Im Oktober 2019 waren 59 Prozent der Deutschen der Meinung, dass „der Besitz geringer Cannabis-Mengen zum Eigenverbrauch nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden sollte“.

Tatsächlich geschieht aber genau das Gegenteil, der Verfolgungsdruck gegen Cannabiskonsumenten nimmt immer mehr zu. Die Zahl der Strafverfahren wegen „allgemeiner Verstöße“ mit Cannabis (konsumbezogene Delikte ohne Handel) steigt jedes Jahr auf ein neues Rekordniveau. 2018 wurden gut 179.000 Strafverfahren gegen Cannabiskonsumenten eingeleitet, ca. 13.000 mehr als im Vorjahr. Der Anteil der konsumbezogenen Delikte an den Cannabisverfahren insgesamt (218.000 Fälle in 2018) steigt immer weiter auf zuletzt 82 Prozent. Es kann also keine Rede davon sein, dass sich die Polizei auf Dealer_innen konzentriert und die Konsument_innen bereits entkriminalisiert seien. Die Festlegung sogenannter „Geringer Mengen“ greift zu kurz, denn ein Strafverfahren ist für ansonsten unbescholtene Bürger_innen auch dann eine erhebliche Belastung, wenn es am Ende eingestellt wird. Außerdem enden letztendlich doch viele dieser Verfahren mit empfindlichen Strafen für winzige Mengen.

Ein Ende der Strafverfahren gegen Cannabiskonsumenten im Sinne der Bevölkerungsmehrheit könnte zum Beispiel durch die Herabsetzung des Besitzes einer geringen Menge Cannabis zum Eigenverbrauch von der Straftat zur Ordnungswidrigkeit erreicht werden oder durch die Klarstellung im BtMG, dass der Besitz von X Gramm Cannabis zum Eigenverbrauch nicht strafbar ist. Beides würde auch die Polizei von massenhaften Cannabisverfahren entlasten.

Die Linken haben im Februar 2018 einen Antrag für eine derartige weitgehende Entkriminalisierung der Cannabiskonsument_innen in den Bundestag eingebracht. Zum gleichen Zeitpunkt haben die Grünen ihr Cannabiskontrollgesetz zur vollständigen Regulierung des Marktes erneut eingebracht und die FDP hat eine rechtliche

Klarstellung kommunaler Modellprojekte zur Cannabisabgabe beantragt, wie sie zum Beispiel von Berlin, Bremen, Düsseldorf und Münster gefordert werden.

Der Deutsche Hanfverband hat nach der Bundestagswahl eine Petition zur Legalisierung von Cannabis an den Bundestag gerichtet. Es wurde die erfolgreichste Petition des Jahres 2017. Im Juni 2018 hat der Autor dieses Artikels diese Petition bei einer Anhörung im Petitionsausschuss vorgestellt.

Ebenfalls im Juni 2018 gab es eine Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages zu den drei oben genannten Anträgen der Opposition. Seitdem herrscht völliger Stillstand im Bundestag. Weder über die Anträge von Grünen, Linken und FDP, noch über die Petition des DHV wurde abgestimmt. Es gab auch keine weiteren Debatten oder Informationen, das Thema wird einfach ignoriert und liegen gelassen, während täglich fast 500 Strafverfahren gegen Cannabiskonsument_innen eröffnet werden.

Bis Ende 2018 hatten sich die relevanten Fachleute und Arbeitskreise der SPD-Fraktion für eine ernsthafte Entkriminalisierung der Konsument_innen und für kommunale Modellprojekte zur Cannabisabgabe ausgesprochen. Doch bis heute gibt es keinen Beschluss der gesamten Fraktion. Die SPD-Fraktion hat keine Meinung und ist somit weder in der Lage, die Anträge abzulehnen, noch ihnen zuzustimmen oder den Meinungsbildungsprozess innerhalb der Großen Koalition zu beginnen. Eine offene Abstimmung im Bundestag ohne Fraktions- und Koalitionszwang könnte helfen, dann gäbe es vermutlich eine Mehrheit für größere Reformschritte.

Jeder Tag des Stillstands ist eine sinnlose Belastung für Konsument_innen, Polizei und Steuerzahler_innen. Die Entkriminalisierung der Konsument_innen ist auch angesichts der Bevölkerungsmeinung längst überfällig. Da eine Mehrheit für eine konsequente Regulierung von Cannabis absehbar ist, wäre es jetzt an der Zeit, kommunale Modellprojekte zuzulassen, um Erkenntnisse zu sammeln, wie eine Regulierung umgesetzt werden könnte. Wenn noch länger gewartet wird, schließt sich das Fenster für solche Versuche. Dann können auf Grundlage des Cannabiskontrollgesetzes gleich Nägel mit Köpfen gemacht werden.

Laut einer im November 2018 veröffentlichten Studie des Ökonomeprofessors Justus Haucap summieren sich repressive Maßnahmen der Cannabisprohibition und entgangene Steuereinnahmen auf mindestens 2,7 Milliarden Euro pro Jahr in Deutschland. Damit hängt am drogenpolitischen Stillstand der großen Koalition auch ein Preisschild: Sieben Millionen Euro pro Tag.

Literatur

- Deutscher Hanfverband (2018): Infratest Dimap/Legalisierung von Cannabis 2018, online verfügbar unter: https://hanfverband.de/sites/hanfverband.de/files/181022_hanfverband_graf.pdf; letzter Zugriff am 06.06.2019.
- Bundeskriminalamt (BKA), Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2018 (siehe insbesondere IMK-Bericht und Standardtabellen-Falltabellen → Grundtabelle-excel („Allgemeiner Verstoß mit Cannabis und Zubereitungen“)) Online verfügbar unter: https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2018/pks2018_node.html; letzter Zugriff am 06.06.2019.

- Schwäbische (2019): Mit 0,63 Gramm Haschisch aufgegriffen und verurteilt, online verfügbar unter: https://www.schwaebische.de/landkreis/bodenseekreis/friedrichshafen_artikel,-mit-063-gramm-haschisch-aufgegriffen-und-verurteilt-_arid,11033917.html; letzter Zugriff am 06.06.2019.
- Deutscher Bundestag, Petition in Prüfung: Legalisierung von Cannabis in Deutschland vom 25.09.2017, online verfügbar unter: https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/_2017/_09/_25/Petition_73900.nc.html; letzter Zugriff am 06.06.2019.
- Deutscher Bundestag, Debatte am 22.02.2018 zur Einbringung der Anträge von Grünen (Regulierung), Linken (Entkriminalisierung) und FDP (kommunale Modellprojekte), online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2018/kw08-de-cannabis-542302>; letzter Zugriff am 06.06.2019.
- Pressemitteilung des Deutschen Hanfverbands vom 16.11.2019: Neue Studie: Kosten der Cannabis-Prohibition in Deutschland – Wachsende Zustimmung für Legalisierung in Deutschland, online verfügbar unter: <https://hanfverband.de/nachrichten/pressemitteilungen/neue-studie-kosten-der-cannabis-prohibition-in-deutschland-wachsende-zustimmung-fuer-legalisierung-in-deutschland>; letzter Zugriff am 06.06.2019.

Opioide

.....

5

Naloxon als Nasenspray: endlich der erhoffte „Türöffner“?

Kerstin Dettmer

Naloxon ist ein seit Jahrzehnten bewährtes Medikament, um lebensbedrohliche opioidbedingte Überdosierungen in wenigen Minuten aufzuheben.

Bereits seit 1998 wird Naloxon in Berlin an opioidgebrauchende Menschen als Notfallmedikament im Rahmen sogenannter „Drogennotfalltrainings“ verschrieben.

Opioidgebrauchende Menschen werden befähigt, adäquat in Notfallsituationen reagieren zu können. Neben dem Absetzen des Notarzttrufes und der Anwendung erlernter Reanimationsmaßnahmen steht ihnen mit Naloxon eine weitere überaus effektive Handlungsoption zur Verfügung.

Die Naloxonverschreibung fand anfänglich im Rahmen eines Modellprojekts statt, anschließend wurde sie regulärer Bestandteil der Arbeit bei Fixpunkt e.V., einem Träger zur Gesundheitsförderung von drogengebrauchenden Menschen. Das Angebot konnte jedoch aufgrund fehlender finanzieller/personeller Ressourcen nur auf bescheidenem Niveau fortgesetzt werden.

Trotz positiver Erfahrungen in Berlin, die auf diversen Kongressen vorgestellt wurden, vergingen einige Jahre, bevor weitere Projekte in Deutschland entstanden. Auch hier handelte es sich um kleine Projekte, die weit davon entfernt waren, den tatsächlichen Bedarf decken zu können.

International passierte in dieser Zeit deutlich mehr: in vielen Ländern wurden großartige Naloxon-Take Home-Programme implementiert.

Warum passierte in Deutschland so wenig, nachdem man international viel Anerkennung für die in Berlin geleistete „Pionierarbeit“ bekam?

Als größte Bedenkenträger_innen erwiesen sich in Deutschland immer wieder Ärzt_innen, die für die Verschreibung von Naloxon benötigt wurden. Naloxon war bis September 2018 in Deutschland nur in Ampullen verfügbar, musste somit injiziert werden. Das Injizieren eines Notfallmedikaments durch medizinische Laien ist zwar in der Medizin nichts Unübliches, die notwendige intramuskuläre Injektion von Naloxon durch drogengebrauchende Laien war, neben anderen rechtlichen Bedenken, jedoch Ursache dafür, dass Ärzt_innen nicht bereit waren, Naloxon zu rezeptieren. Auch nachdem als alternative Applikationsform eine nasale Verabreichung mittels Nasalzerstäubern möglich war, änderte sich daran nur wenig: die Verabreichung von Naloxon mittels Nasalzerstäuber war zwar nicht optimal wirksam, aber durchaus sinnvoll – allerdings befand man sich damit im off label use.

Große Hoffnungen, Bedenken der Ärzt_innen reduzieren zu können und sie für eine Verschreibung von Naloxon zu gewinnen, wurden deshalb auf die Zulassung eines Naloxon-Nasensprays gesetzt, dass nun seit September 2018 in Deutschland verfügbar ist und ausdrücklich für die Anwendung durch Laien zugelassen wurde.

Erste Erfolge sind nach Einführung des Naloxon-Nasensprays tatsächlich zu verzeichnen:

Es gibt, neben Modellprojekten in Bayern und im Saarland, immer mehr Städte, in denen Naloxon-Take Home-Programme implementiert werden. Es handelt sich dabei nach wie vor in den meisten Fällen um kleine Programme.

Um eine bundesweite Verbreitung zu befördern, bietet die Deutsche Aidshilfe Regionalkonferenzen an, um Trainer_innen aus niedrigschwelligen Projekten der Drogenhilfe auszubilden und rechtliche Grundlagen zu vermitteln.

Auch wenn nun mehr Ärzt_innen bereit sind, Naloxon zu verschreiben, so gestaltet sich die Situation Vor-Ort gerade im niedrigschwelligen Bereich nach wie vor schwierig. Idealerweise sollte ein Notfallkit samt Naloxon direkt nach einem Notfalltraining oder einer entsprechenden Kurzintervention ausgehändigt werden. Dieses Vorgehen hat sich international bewährt, um besonders Menschen in riskanten Lebenssituationen zu erreichen. Und genau hier kann die Einführung des nach wie vor verschreibungspflichtigen Naloxon- Nasensprays nicht den erhofften Erfolg bringen, da in der Regel keine Ärzt_innen Vor-Ort sind.

Vorrangiges Ziel von Naloxon-Take-Home-Programmen sollte aber sein, dass alle Menschen, die Opioide konsumieren, über das lebensrettende Notfallmedikament Naloxon verfügen – genauso selbstverständlich, wie ein Wespenallergiker über ein Antidot verfügt!

Ein weiteres Ziel sollte außerdem sein, dass alle potentiellen Ersthelfer_innen, also Menschen, die aus privaten oder beruflichen Gründen Umgang mit opioidgebrauchenden Menschen haben, über Naloxon verfügen können oder ungehinderten Zugang dazu haben.

Diese Ziele können nicht erreicht werden, solange Naloxon verschreibungspflichtig ist.

Deshalb kann die Einführung des Naloxon-Nasensprays nur ein erster Schritt in die richtige Richtung sein. Folgen muss:

Aufhebung der Verschreibungspflicht für Naloxon-Nasenspray!

Deutliche Preisreduktion: 45,72€ pro Packung sind für die meisten Betroffenen nicht finanzierbar!

Viele opioidbedingten Todesfälle wären durch eine flächendeckende Verfügbarkeit von Naloxon vermeidbar!

Der Stellenwert der Psycho-sozialen Begleitung in der Substitutionsbehandlung

Dirk Schäffer & Heino Stöver

Mit der Reform des Substitutionsrechts und einem nun klar erkennbaren Ansatz der Schadensminderung (Harm Reduction) nehmen die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), die Richtlinien der Bundesärztekammer sowie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Abschied vom bisher prioritären Ziel der Betäubungsmittelabstinenz und tragen aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft Rechnung.

Neben der Neufassung der Präambel sowie der Neubestimmung der Therapieziele, schaffen die neuen Richtlinien für Ärzt_innen nun mehr Rechtssicherheit und Therapiefreiheit sowie größere Handlungsspielräume für Patient_innen.

Durch eine Klarstellung des missverständlichen Richtlinien textes entfällt die bisher in die Praxis gelebte Zwangskopplung von psychosozialer Betreuung (PSB) und Opioidsubstitution. Die PSB hat nunmehr keinen Zwangs- sondern einen Freiwilligkeitscharakter. Hiermit bietet sich nach Ansicht der Fachverbände akzept e.V. und Deutsche Aidshilfe sowie des JES Bundesverbands eine große Chance für eine Überprüfung der Angebote in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Die Veränderungen bieten der PSB-Anbieterseite die Möglichkeit die Attraktivität und Wirksamkeit ihrer Angebote kritisch zu überprüfen und ein lebensweltnahes und individuelles PSB Angebot so zu gestalten, dass die PSB als Motor für die individuelle Entwicklung von Substitutionspatient_innen wahrgenommen wird.

In den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) wird ausdrücklich betont, dass eine Psychosoziale Betreuung sowie psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung die Behandlungsergebnisse verbessern können. „Eine Psychosoziale Betreuung soll dem Patienten regelhaft empfohlen werden. Auswahl, Art und Umfang der Maßnahmen richten sich nach der individuellen Situation und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Dies erfordert die Einbeziehung weiterer Einrichtungen und Professionen. Psychosoziale Betreuung sowie weitere ärztliche und psychotherapeutische Behandlungen sollen vom substituierenden Arzt koordiniert werden“ (BÄK-Richtlinie). Diese Veränderungen bieten ferner die Möglichkeit, die Potentiale der sozialen Arbeit als Expert_innen für das Thema Sucht im Rahmen einer Pharmakotherapie neu zu definieren und zu verdeutlichen.

Kooperationen zwischen Medizin, sozialer Arbeit und Patient_innen verstärken

Durch die veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen wurde auch ein Rahmen geschaffen, die Kooperation von Medizin und sozialer Arbeit im Sinne der Patient_innen neu zu gestalten.

Eine Kooperation von Medizin, sozialer Arbeit und Patient_innen muss sich zu einem elementaren Bestandteil einer substitutionsgestützten Behandlung von Opioidkonsument_innen entwickeln. Trotz guter Beispiele von gelungenen Kooperationen, die dazu beitragen die gesundheitlichen und sozialen Potentiale der Substitutionsbehandlung für den einzelnen Patienten besser zur Geltung zu bringen, ist eine Kooperation zwischen Medizin und sozialer Arbeit mit verbindlichen Vereinbarungen bisher nicht flächendeckend umgesetzt.

Im Sinne von ca. 80.000 Patient_innen gilt es daher (schriftliche) Kooperationsvereinbarungen zu treffen, die auf Grundlage gemeinsamer Ziele sowie über eindeutige Zuständigkeiten hinaus auch den fachlichen Austausch definieren. Hierzu gehören auch Vereinbarungen über die Implementierung von Gesprächen zwischen Behandler_in, der PSB Fachkraft sowie Patient_innen, soweit Letztere dies wünschen.

Zusammenarbeit für eine solide Finanzierung der PSB

Die Potentiale und Effekte der Psychosozialen Begleitung können aber nur umfänglich zur Geltung kommen, wenn die Finanzierung auf dem Rechtsanspruch auf Unterstützung basiert. Die fehlende Finanzierung gepaart mit der in der Praxis gelebten Zwangskopplung von Pharmakotherapie und PSB war in der Vergangenheit für einen deutlich verzögerten Beginn der Substitution bei vielen Patient_innen verantwortlich. Bundesweit besteht eine Bandbreite von Finanzierungsformen der PSB: von der Zuwendungsfinanzierung/Projektbezogenen Finanzierung bis zur Entgeltfinanzierung. Ein bundesweit einheitliches Finanzierungsmodell scheint nicht möglich. Allerdings müssen die Spitzen der Fach- und Wohlfahrtsverbände ihr Augenmerk darauf legen, ein Finanzierungsmodell zu realisieren, das eine individuelle Begleitung von Substitutionspatient_innen ermöglicht.

Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung und PSB

Ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Opioidgebrauchsstörungen werden alle drei Dimensionen der Unterstützung opioidabhängiger Menschen in der Substitutionsbehandlung auf kommunaler Ebene zusammengebracht. Im Idealfall arbeiten Patient_innen, Mitarbeiter_innen der PSB und Ärzt_innen auf Augenhöhe an der Ausgestaltung der Substitutionsbehandlung zusammen. Dazu gehören regelmäßiger Austausch, fachliche Diskussionen der Weiterentwicklung und Optimierung der Behandlung unter Einbezug sozialräumlicher Netzwerke. Die Berücksichtigung der Ziele und Konzepte der International Classification of Functioning (ICF)-Grundlagen (Partizipation, Empowerment, Sozialraumorientierung und Willenszentrierung/Willensorientierung) bildet das Fundament für eine gelungene Substitutionsbehandlung.

Die Überarbeitungen der BtmVV und der Vorgaben im Bundesteilhabegesetz (BTHG) werden eine Reihe von Veränderungen der Praxis sozialer Arbeit mit sich bringen, die es gilt mit allen Beteiligten dialogisch zu gestalten. Dieser Prozeß bietet die Chance eine bedarfsgerechte Versorgung auf kommunaler Ebene zu etablieren.

Für einen bedarfsgerechten Ausbau von Angeboten für Menschen mit Opioidproblemen bedarf es eines Ausbaus von Basis-, Begleit- und Folgeangeboten in folgenden Bereichen:

- Die Finanzierung der Drogenberatungsstellen und niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen ist die unveräußerliche Grundlage für eine Opioid-Substitutionsbehandlung.
- Zugangsmöglichkeiten für Menschen in Substitutionsbehandlungen in stationäre Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation, um die Potentiale beider Behandlungen miteinander zu verknüpfen. Abstinenz von Substitutionsmedikamenten darf nicht ein Kriterium für die Bewilligung einer solchen Maßnahme sein. Aktuell werden so ca. 80.000 Menschen von diesen Maßnahmen ausgeschlossen.
- Durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinien, April 2011, wurde die psychotherapeutische Behandlung von substituierten Menschen, im Rahmen einer regulären Krankenkassenleistung, in die Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie aufgenommen. Aktuell wenden sich zu wenige Suchttherapeut_innen dieser Zielgruppe zu. Die Behandlung psychischer Erkrankungen, die häufig bereits vor dem Konsum psychoaktiver Substanzen vorhanden waren, ist insbesondere für substituierte Menschen wichtig, da sie die positiven Effekte der Substitution verstärken können. Die Psychotherapeut_innenkammern sollten/müssen darauf hinwirken, dass sich eine ausreichende Anzahl ihrer Mitglieder dieser Zielgruppe zuwendet.
- In allen Wohnformen muss eine Opioid-Substitutionsbehandlung zugänglich und eine PSB erfolgen können (z.B. in der Wohnungslosenhilfe, Pflege- und Altenheimen, Übergangswohnen).
- In allen geschlossenen Einrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, Maßregelvollzug, Psychiatrie) müssen Opioidabhängige einen Zugang zur Substitutionsbehandlung nach Vorgaben der BÄK-RL und PSB erhalten.
- Schließlich sollte auch in allen anderen Settings, in denen Opioidabhängige leben, eine Opioid-Substitutionsbehandlung und PSB angeboten werden (z.B. Krankenhäuser).

Das Positionspapier von akzept (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V.), der Deutschen Aidshilfe, dem JES Bundesverband, mudra – Alternative Jugend- und Drogenhilfe e.V., Palette Hamburg e.V. sowie vista gGmbH steht hier als Download bereit: <https://www.jes-bundesverband.de/2019/06/der-stellenwert-der-psycho-sozialen-begleitung-in-der-substitutionsbehandlung/>

Literatur

Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger vom 27/28 April https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf

Drug-Checking



6

Checking Drug-Checking¹

Bernd Werse, Heino Stöver & Karsten Tögel-Lins

Bereits kurz nach dem Aufkommen der Rave- bzw. Techno-Szene in den späten 1980ern und frühen 1990ern und dem dort verbreiteten Ecstasy-Konsum wurde international die Idee diskutiert, dass Konsumierende ihre Drogen durch Chemiker_innen analysieren lassen können. Zwar gab es insbesondere in den USA bereits seit den 1960er Jahren Initiativen in diese Richtung (Valente/Martins 2019); es war aber kein Zufall, dass die Techno-Bewegung eine breitere, internationale Diskussion über derartige Services auslöste. Die Szene war keineswegs die erste, in der aufputschende synthetische Substanzen gezielt zum ‚Durchfeiern‘ genutzt wurden. So können etwa die Mods in England Mitte der 1960er in dieser Hinsicht als legitime Vorgänger betrachtet werden (Hebdige 1983). Zu jener Zeit konnte indes noch auf legal von der Pharmaindustrie produzierte Amphetamintabletten zurückgegriffen werden. Zu Beginn der Techno-Szene hingegen waren bereits alle dort konsumierten synthetischen Substanzen illegal und wurden auch unter entsprechend unkontrollierten Bedingungen produziert, was Schwankungen von Wirkstoff- und Reinheitsgehalten sowie im schlimmsten Fall toxische Nebenprodukte zur Folge haben konnte. Hinzu kam, dass die Leitdroge Ecstasy von Beginn an häufig nicht den Hauptwirkstoff MDMA, sondern Derivate wie MDA oder MDE oder auch gänzlich andere Wirkstoffe enthielt. Solche Ungewissheiten, in Kombination mit dem Umstand, dass die Konsumierenden größtenteils aus vergleichsweise gebildeten Umfeldern stammten, förderten die Bildung von zumeist aus der Konsument_innen-Szene selbst stammenden Safer-Use-Initiativen, bei denen die Forderung nach Drug-Checking oft zentral war. Während man in den Niederlanden die Analyse von ‚Partydrogen‘ bereits sehr frühzeitig von staatlicher Seite institutionalisierte (van der Gouwe/Rigter 2019), waren es in Deutschland (wie auch in zahlreichen anderen Ländern) solche Initiativen von Konsument_innen, die Drug-Checking erstmals auch umsetzten (Harrach/Schmolke 2019). Komplizierte Konstellationen in der politischen Bürokratie sorgten aber dann seit 1998 dafür, dass diese Maßnahme zur Schadensminimierung in Deutschland seit nunmehr 20 Jahren nicht erlaubt ist². Regelmäßig ist von verantwortlicher Seite zu hören, dass derartige Drogenanalysen nicht erwünscht sind, zumeist mit dem Argument, dass diese „Werbung“ oder zumindest „Un-bedenklichkeitsbescheinigungen“ für illegale Drogen seien. In diesem Zeitraum wurde Drug-Checking in diversen anderen Ländern zum festen Bestandteil der indizierten Prävention, und auch hierzulande wird seit einiger

¹ Dieser Artikel ist eine überarbeitete Version des Vorwortes zum gleichnamigen Sammelband: Karsten Tögel-Lins, Bernd Werse, Heino Stöver (Hrsg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.

² Eine interessante Randnotiz dabei ist, dass Hans-Georg Maaßen, der 2018 durch seine umstrittenen Äußerungen zu den rechtsradikalen Ausschreitungen in Chemnitz indirekt beinahe die Regierungskoalition gesprengt hätte, seinerzeit offenbar einer der maßgeblichen Akteure für diese bis heute fortbestehende Grundhaltung war (vgl. Harrach & Schmolke 2019).

Zeit wieder verstärkt darüber diskutiert, nicht zuletzt im Zusammenhang damit, dass die Regierungen diverser Bundesländer Absichtserklärungen zur Einrichtung von Drug-Checking-Projekten ausgesprochen haben. Im Fall von Berlin und Thüringen hätten entsprechende Projekte längst starten sollen, was aber unseres Wissens bis dato (Juni 2019) nicht erfolgt ist.

Diese erneute Diskussion wurde nicht zuletzt auch dadurch angefacht, dass seit einigen Jahren – möglicherweise im Zusammenhang mit größerer Konkurrenz zwischen den Herstellern von Ecstasy – der durchschnittliche Wirkstoffgehalt in ‚Pillen‘ deutlich angestiegen ist (Schneider et al. 2017). Diese Entwicklung lässt sich auch international beobachten (u.a. van der Gouwe/Rigter 2019) und ist mit einer großen Schwankungsbreite bei den Wirkstoffgehalten verbunden. So hat sich nicht nur der Durchschnittswert innerhalb von acht Jahren auf 125 mg MDMA pro Tablette mehr als verdoppelt, sondern es sind wiederholt ‚Pillen‘ mit noch deutlich höheren Anteilen bis über 400 mg auf dem Markt aufgetaucht. Vor solchen Produkten mithilfe veröffentlichter Resultate aus dem Drug-Checking zu warnen, kann mitunter lebensrettend sein. Im Übrigen zeigen diese Entwicklungen (bei nur mäßig gestiegenen Preisen) wie auch ähnliche Entwicklungen bei Amphetamin ein weiteres Mal, dass der repressive Ansatz in der Drogenpolitik zumindest bei diesen Drogen eines seiner Hauptziele nicht nur grundlegend verfehlt, sondern tatsächlich gegenläufige Entwicklungen provoziert: das Angebot wird nicht verknappt, sondern ausgeweitet, was in einem gänzlich unregulierten illegalen Markt zu den genannten gesteigerten Risiken führen kann.

Wie langjährige Erfahrungen aus dem Ausland belegen, ist Drug-Checking eine sinnvolle Maßnahme zur Schadensminimierung (harm reduction) – letzteres ist als Ziel bzw. „vierte Säule“ der Drogenpolitik bereits seit längerem auch von der deutschen Bundesregierung anerkannt (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Aus keinem Land, in dem Drug-Checking mit legaler Grundlage durchgeführt wird, wird über irgendwelche negativen Erfahrungen berichtet, schon gar nicht darüber, dass die Analyse illegaler Drogen als „Werbung“ zu verstehen sein könnte. Dabei sollten sich auf Konsument_innen bezogene Angebote zum Testen von Drogen nicht auf synthetische ‚Partydrogen‘ beschränken, da unterschiedliche illegale Drogen unterschiedliche Risiken aufweisen können. So gibt es für Opioidkonsumierende ein besonders hohes Überdosisrisiko; erste Angebote zur Analyse dieser Substanzen wurden in Kanada bereits getestet (vgl. Karamouzian et al. 2018). Für Cannabisprodukte hingegen zeigen sich neben schwankenden Wirkstoffanteilen eher mittel- bzw. langfristige Risiken möglicher Streckstoffe (Busse et al. 2008). Dieses Thema wäre allerdings vermutlich einen eigenen Sammelband Wert.

Es ist längst an der Zeit, Drug-Checking auch in Deutschland auf regulierter Basis einzuführen. Zwar wäre ein unter strengen Auflagen legal regulierter Markt für ‚Partydrogen‘ wie auch andere bislang illegale Substanzen die im Hinblick auf Vermeidung von Schäden wohl noch effektivere Lösung, aber unter den gegebenen rechtlichen und politischen Bedingungen ist das langjährig erfolgreich erprobte Drug-Checking die realistischere, praktisch direkt umsetzbare Maßnahme. Sie könnte einen ersten Schritt in einen pragmatischen, wirklich schadensminimierenden Umgang mit bislang illegalen Drogen und deren Konsument_innen insgesamt darstellen.

Literatur

- Busse, F./Omid, L./Timper, K./Leichtle, A./Windgassen, M./Kluge, E./Stumvoll, M. (2008): Lead poisoning due to adulterated marijuana. *New England Journal of Medicine*;358(15):1641–1642.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Harrach, T./Schmolke, R. (2019): „Das Gute daran: Es könnte Leben retten.“ – Drug-Checking-Politik in Deutschland, in: Tögel-Lins, K./Werse, B./Stöver, H. (Hg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*: 121-149.
- Hebdige, D. (1983): Subculture – Die Bedeutung von Stil, in: Diedrich Diederichsen u.a., Schocker. *Stile und Moden der Subkultur*, Reinbek: Rowohlt: 8-120.
- Jahnke, A. (2008): Drug-Checking-Programme : Eine sekundärpräventive Maßnahme für Konsumenten illegaler Drogen? Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
- Karamouzian, M./Dohoo, C./Forsting, S./McNeil, R./Kerr, T./Lysyshyn, M. (2018): Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada, in: *Harm Reduction Journal*, 15: 46; online verfügbar unter: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-018-0252-8>; letzter Zugriff am 28.9.2018.
- Schneider, F./Dammer, E./Pfeiffer-Gerschel, T./Bartsch, G./Friedrich, M. (2018): Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2017/2018) – Drogenmärkte und Kriminalität. München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht/ Institut für Therapieforschung.
- Valente, H./Martins, D. (2019): Drug Checking – ein Mittel gegen chemische Anarchie, in: Tögel-Lins, K./Werse, B./Stöver, H. (Hg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*: 13-28.
- van der Gouwe, D./Rigter, S. (2019): Drug Checking in den Niederlanden als Mittel zum Marktmonitoring für illegale Drogen, in: Tögel-Lins, K./Werse, B./Stöver, H. (Hg.): *Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring*: 164-180.

Gefängnisse



7

Kann Deutschland die WHO Ziele in Bezug auf Hepatitis C und HIV erreichen?

Dirk Schäffer, Bärbel Knorr & Heino Stöver

Im Jahr 2016 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine ehrgeizige globale Strategie zu viralen Hepatitiden verabschiedet. Das Ziel: Bis 2030 soll die Hepatitis C als allgemeine Gesundheitsgefährdung eliminiert werden. Hierzu soll es eine Verminderung der Inzidenz der Hepatitis C um 90% und die Reduktion der Mortalität um 65% geben. Dazu sollten 90% aller Infizierten diagnostiziert, und 80% der Patienten mit diagnostizierter Virushepatitis behandelt werden.

Von den 194 Ländern, die sich diesen Zielen verpflichtet haben, befinden sich zum aktuellen Zeitpunkt erst 12 Länder „on track“. Deutschland gehörte zu diesen 12 Ländern wurde aber vor einigen Monaten von dieser Liste gestrichen. Der Grund dafür liegt in einer zu geringen Diagnostik und in der Folge an zu geringen Behandlungsraten.

Grundsätzlich sind die Voraussetzungen für eine Eliminierung von HCV gut, aber ziehen alle am gleichen Strang?

Nachdem sich HCV infizierte Personen über viele Jahre interferongestützten Therapien ausgesetzt sahen, die nicht nur ein Jahr andauerten, sondern vielfältige und oftmals drastische Nebenwirkungen generierten und je nach Genotyp bescheidene Erfolgsaussichten aufwiesen, erlebten die Patient_innen im Jahr 2014 mit der neuen Medikamentengeneration einen medizinischen Quantensprung. Die Therapie mit den nun pangenotypisch direkt gegen das Virus wirksamen Medikamenten dauert heute 8-12 Wochen und hat eine fast 100% Heilungschance. Damit nicht genug, die Medikamente sind weitgehend frei von Nebenwirkungen.

Es gilt die tatsächlichen Risikogruppen in den Blick zu nehmen

In Deutschland leben Schätzungen zufolge rund 300.000 Menschen mit Hepatitis C, von denen jedoch sehr viele nicht diagnostiziert sind. Jährlich werden lediglich knapp 5.000 Infektionen neu diagnostiziert und die Behandlungszahlen sinken. Aktuell sind vier von fünf HCV-Neuinfektionen auf den Drogenkonsum zurückzuführen. Hierbei stellt der intravenöse Konsum das größte Risiko dar, aber auch alternative Konsumformen wie der inhalative und nasale Konsum sind durch die gemeinsame Benutzung von Konsumutensilien risikobehaftet.

Es gilt also, neben substituierten Patienten_innen, insbesondere aktuell Konsumierende in den Fokus zu nehmen. Aber genau hier liegt die Schwachstelle, da scheinbar nicht alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Während das Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse der DRUCK-Studie sehr ernst nahm und mit dem Projekt „HIV und Hepatitis? Das Check ich!“ ein mehrjähriges Beratungs- und Testangebot samt Überführung zur Therapie in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe mit niedrigschwelligem Zugang implementierte, erkannten die Länder die große Chance nur teilweise. Lediglich 4 Bundesländer (Hamburg, Bremen, Niedersachsen und NRW) waren bereit, ein solches Angebot zu unterstützen. Hierbei ging es nicht um Geld, sondern lediglich darum, den Bedarf für eine solche Intervention für aktive Drogengebraucher_innen zu erkennen und eine Interessensbekundung für eine eventuelle Fortführung der Angebote nach der Modellphase anzugeben.

Nun, im Jahr 2019, ist Deutschland eines der Länder in Europa, das über die geringste Anzahl von Beratungs- und Testprojekten für Drogengebraucher_innen verfügt. Mit viel gutem Willen gibt es aktuell in Deutschland zehn solcher Angebote.

Klar ist, dass aktuell Drogengebrauchende aufgrund von Schwarzmarktsubstanzen und den vielfach unhygienischen Konsumbedingungen, die am meisten von HCV betroffene Gruppe sind.

Dabei wäre eine Unterstützung eines solchen Projektes auch in München, Stuttgart, Kiel, Mainz oder Frankfurt kein Wagnis gewesen. Bereits zuvor durchgeführte kleinere Projekte in Berlin, Wuppertal und Dortmund zeigten, dass insbesondere aktiv Konsumierende vielfach über keinen Zugang zum medizinischen Hilfesystem verfügen und solche niedrigschwelligen Angebote die einzige Möglichkeit bieten, um mit ihnen über ihre Risiken beim Drogengebrauch zu sprechen, ihnen einen HIV- und Hepatitis C -Test anzubieten und sie in eine hochwirksame Behandlung zu überführen.

Die Schattenseite des föderalen Prinzips

Hier zeigt sich eine weitere Schattenseite unseres föderalen Systems, in dem die Länder ganz allein darüber entscheiden, wie sie die kommunale Suchthilfe ausstatten und welche Maßnahmen sie zur Reduktion von HIV und Hepatitis C einleiten. An dieser Stelle sei nochmal hervorgehoben, dass die kommunale Drogenhilfe bereit ist, eine Wende einzuleiten und wieder vermehrt medizinische Angebote in ihre Angebotsstruktur zu implementieren und ihr Angebot, um eine wichtige Facette zu erweitern. Dies funktioniert natürlich nicht ohne zusätzliche Mittel der Kommunen und der Länder. Hierbei reden wir nicht von vielen zehntausend Euro im Jahr. Die Einrichtung solcher Angebote kann heute weitgehend über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Mit der Genehmigung durch die KV könnten Ärzt_innen eine stundenweise und zeitlich begrenzte Tätigkeit in der Drogenhilfe anbieten. Alle Kosten für Test und dann auch für die Behandlung könnten über die Kassen abgerechnet werden.

Die Fortbildung der Mitarbeiter_innen ist z.B. über die Deutsche Aidshilfe kostenfrei und auf die Länder und Kommunen kämen lediglich die Kosten für 2 Berater_innen zu, die z.B. einmal wöchentlich ein Angebot der Testberatung und Testung anbieten könnten.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass es für eine andere Zielgruppe gelungen ist, ein Netz von sogenannten Checkpoints einzurichten. In etwa 50 Städten bieten Aidshilfen, Präventionsprojekte oder andere Einrichtungen HIV, STI und HCV Beratungs- und Testangebote für Männer, die mit Männern Sex haben an. Dies mit großem Erfolg.

Vorbehalte gegen die Behandlung von aktiv Konsumierenden

Sowohl Mediziner_innen, Betroffene und Mitarbeiter_innen der Aids- und Drogenhilfe sehen noch ein weiteres Defizit, das der Erreichung der Ziele 2030 entgegensteht. Trotz sehr klarer Behandlungsrichtlinien des Berufsverbands niedergelassener Gastroenterologen (bng) und eindeutiger internationaler Studien, die den Erfolg der HCV Therapie bei aktiv Konsumierenden zeigen, gibt es deutliche Vorbehalte bei Ärzt_innen gegen die Behandlung von Drogenkonsument_innen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Befragt man Ärzte so scheint der Kostenaspekt der Therapie eine nicht unwichtige Rolle zu spielen. Die aktuellen Kosten für eine Therapie liegen unter 30.000€. Sie scheuen sich davor, diese teure aber vielfach einmalige Therapie mit einer fast einhundertprozentigen Heilungschance Patient_innen anzubieten, die aufgrund ihres Drogenkonsums ein Risiko haben könnten, sich erneut zu infizieren. Dass es Reinfektionen bei Drogengebraucher_innen nach der Therapie gibt, ist unbestritten, aber sie sind weitaus geringer als allgemein angenommen wird. Zudem wird nach Meinung von Patientenorganisationen der Faktor der Motivation nach einer erfolgreichen Therapie unterschätzt. Viele Patient_innen berichten, dass sie nach einer Behandlung trotz eines fortgesetzten Drogenkonsums mehr Wert auf Maßnahmen der Risikominderung legen und auch den Alkoholkonsum einschränken.

Eine sogenannte Mikroelimination, also die deutliche Reduktion der Inzidenz in einer klar definierten Risikogruppe, kann nur gelingen, wenn all jene die ein Risiko haben auch diagnostiziert und im Fall eines positiven Testergebnisses behandelt werden. Zudem müssen evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen auch in den Kommunen eingeführt werden. Hierzu gehört die finanzielle Grundlage für eine bedarfsgerechte Vergabe von Konsumutensilien, sowie die Schaffung von Drogenkonsumräumen. Zudem braucht es eine personelle Ausstattung, die es möglich macht, Kurzinterventionen zu risikoreduzierten Konsumformen durchgängig anzubieten und hierdurch den Wissensstand von Drogengebraucher_innen im Hinblick auf HIV und Hepatitis zu erhöhen.

Gefangene stärker gesundheitlich belastet und schlechter versorgt

Eine wichtige Risikogruppe sind Inhaftierte. In Deutschland liegt die Prävalenz der Hepatitis C bei 0,2-0,4% Bei Gefangenen dagegen liegt die Prävalenz verschiedenen Studien zufolge zwischen 9% und 16% – nicht zuletzt, weil viele Gefangene vor und auch während ihrer Haftzeit Drogen intravenös konsumieren. Die gesundheitliche Versorgung von Gefangenen ist Aufgabe der Länder. Gefangene sollen den gleichen Standard der Gesundheitsversorgung erhalten, der in der Gesellschaft verfügbar ist.

Sie sollen kostenfrei und ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Rechtsstellung Zugang zu den notwendigen Gesundheitsleistungen haben.

Die Wirklichkeit sieht leider anders aus. Die gesundheitliche Belastung von Inhaftierten ist besonders hoch – meist schon vor der Haftzeit. Wesentliche gesundheitliche Probleme in Haft sind chronische körperliche Erkrankungen, psychische Störungen, Suchterkrankungen und Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis C.

Das Risiko zur Übertragung von HCV über den gemeinsamen Gebrauch von Konsumutensilien ist in vielen Gefängnissen besonders hoch. In Freiheit erprobte und bewährte, effektive und effiziente Präventionsmodelle sind sehr selten in Haft verfügbar. So bietet nur eine von 181 Haftanstalten in Deutschland die Möglichkeit des Spritzentausches an. Die HIV/HCV-Prävention ist fast ausschließlich auf verbale Hinweise, Beratung, Informationsbroschüren und andere Appelle zur Verhaltensänderung begrenzt.

Es ist nicht einfach an konkrete Zahlen zur HCV Behandlung in Haftanstalten zu kommen. Mündlich übermittelte Daten zu HCV Behandlung in Justizvollzugsanstalten in Hessen und NRW liegen im niedrigen zweistelligen Bereich. Hierbei soll es nach Aussage der Verantwortlichen in den Ministerien kein finanzielles Problem sein, warum so wenig Gefangene in Haft behandelt werden.

Ergebnisse aus qualitativen Studien haben Barrieren für die Durchführung eines Tests bei Gefangenen beschrieben (Stöver, Arain & Robaey 2014):

- Keine offensiven Ansätze seitens der Haftanstalten, Tests anzubieten.
- Ängste der Gefangenen.
- Ein Mangel an Wissen über HCV.
- Geringe Motivation für einen Test.
- Bedenken gegenüber der Vertraulichkeit eines Testergebnisses und mögliches Stigma.

Eine baldige konzertierte Aktion zwischen Bund, Ländern und Gemeinden sollte folgende strategische Ziele verfolgen:

- Entwicklung von HCV-Guidelines und präzisen -Ablaufprotokollen der Behandlungskaskade (Screening, Testen und Behandlung) in Gefängnissen.
- Entwicklung von innovativen Konzepten zur Erhöhung der Testraten unter Gefangenen (z.B. „One-stop-shop-Modelle“, mehrfache Testangebote zu verschiedenen Zeitpunkten während der Haft, in verschiedenen Bereichen von verschiedenen Personen), um den Gefangenen einen Behandlungszugang so leicht wie möglich zu machen.
- Entwicklung von Peer-Modellen der Testunterstützung/-beratung.
- Entwicklung von integrierten Modellen einer verbindlichen Kooperation (z.B. mit SOPs) zwischen HCV-Test-/Behandlungseinrichtungen in der Gemeinde/Stadt und in Haft – auch um eine Behandlungskontinuität zu sichern.
- Übertragung von erfolgreichen Modellen der HCV/HIV-Prävention in die Gefängnisse (Spritzenvergabe, schneller und starker Ausbau der Opioidsubstitutionsbehandlung etc.)

Mögliche Kosten einer HCV-Elimination im Justizvollzug

In Deutschland befinden sich gut 51.600 Menschen in Straftaft und Sicherungsverwahrung. Hinzu kommen Menschen in der Untersuchungshaft und im Maßregelvollzug. Da Gefangene des geschlossenen Vollzugs nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, trägt der Justizvollzug die Kosten der medizinischen Behandlung. Aufgrund der anfänglich sehr hohen Kosten der HCV-Behandlung wurde diese auch nur sehr zögerlich im Vollzug angeboten. Inzwischen liegen die Behandlungskosten in einem vergleichbaren Bereich wie zuvor die interferongestützte Behandlung. Die Behandlungskosten aller Gefangenen mit einer chronischen HCV-Infektion sind vor allem in den ersten beiden Jahren besonders hoch, die zukünftigen Behandlungsfälle werden sich aber drastisch reduzieren. Es dürfte unbestritten sein, dass Gefangene mit einer zu erwartenden Vollzugsdauer von mindestens einem Jahr ein Behandlungsangebot erhalten sollten. Dies wären in Deutschland vermutlich knapp 4.500 Gefangene, also eine noch relativ überschaubare Anzahl und die Kosten dürften von 16 Bundesländern zu stemmen sein, auch wenn die Bundesländer unterschiedlich stark belastet werden würden. Aufgrund der bisherigen Praxis der Justizministerien, Gefangene nicht in die Krankenversicherung zu überführen, wurden in der Vergangenheit auch viele Kosten eingespart. Auch ein Behandlungsangebot bei einer Haftstrafe ab 3 Monaten wäre umsetzbar. Dies wäre notwendig, wenn eine HCV-Elimination angestrebt wird. In australischen Haftanstalten bestehen Behandlungsangebote für HCV+ Gefangene unabhängig von der Haftdauer, also auch bei äußerst kurzen Aufenthalten von wenigen Tagen.

Strafgefangene (ohne Untersuchungshaft), Stichtag 31.03.2017

Quelle: Statistisches Bundesamt

Strafgefangene einschl. Sicherungsverwahrte insgesamt	51.643
Voraussichtliche Vollzugsdauer	
Unter 3 Monate	6.072
3 Monate bis zu 1 Jahr	17.627
1 Jahr bis einschl. 5 Jahre	21.880
Mehr als 5 bis einschl. 15 Jahre	3.672
Lebenslang, einschl. Sicherungsverwahrung	2.392

HCV-Therapie für Gefangene und mögliche Kosten

Mehr als 1 Jahr bis lebenslang	27.944
Ca. 16 % chronische HCV Infektion (behandlungsbedürftig)	4.471
Medikamentenkosten (Schätzung):	25.000 €
Kosten der Medikamente für diese Gruppe	111.776.000 €
Bei Gewährung 30% Rabatt	78.243.200 €
ab 3 Monate bis lebenslang	45.571
Ca. 16 % chronische HCV Infektion (behandlungsbedürftig)	7.291
Medikamentenkosten (Schätzung):	25.000 €
Kosten der Medikamente für diese Gruppe	182.275.000 €
Bei Gewährung 30% Rabatt	127.592.500 €

..... und was ist eigentlich mit HIV?

Eigentlich könnte man an dieser Stelle exakt die gleichen Defizite feststellen, wie bereits bei der Hepatitis C dargestellt. Aber die Situation ist für die betroffenen drogengebrauchenden Menschen zu dramatisch, um sich nur mit einem Hinweis auf HCV zu begnügen.

Zentraler Bestandteil der WHO Ziele ist die sogenannte 90 -90 -90 Strategie. Demnach sollen 90 Prozent aller HIV-Infizierten ihren Status kennen. 90 Prozent aller Diagnostizierten sollten Zugang zu Behandlung haben, und bei 90 Prozent der Behandelten sollte kein Virus mehr nachweisbar sein.

Trotz der Tatsache, dass Hepatitis C bei Drogenkonsument_innen vielfach im Fokus steht, verdient HIV ebenfalls unsere Aufmerksamkeit. Denn wenn die Infektion rechtzeitig erkannt und behandelt wird, kann man mit HIV heute gut leben. Genau daran scheitert es aber häufig: In Deutschland erkranken noch immer jedes Jahr mehr als 1.000 Menschen an Aids beziehungsweise einem schweren Immundefekt. Die meisten, weil sie nichts von ihrer Infektion wissen. Andere haben keinen Zugang zur Therapie oder werden nicht ausreichend zum frühen Behandlungsbeginn beraten. Darunter sind überdurchschnittlich viele intravenös Drogen konsumierende oder substituierte Menschen.

So wird bei Menschen, die intravenös Drogen konsumieren, HIV oft zu spät diagnostiziert und bleibt außerdem häufig lange unbehandelt. Menschen aus dieser Gruppe werden generell zu selten und zu unregelmäßig auf HIV getestet. Gründe für den späten Therapiebeginn sind zum Beispiel das fehlende Wissen um die Potentiale der HIV Medikamente sowie ärztliche Bedenken wegen einer möglichen Therapietreue.

Dabei wissen alle, dass eine HIV Therapie auch bei Drogenkonsument_innen ausgezeichnet funktioniert. So liegt die Viruslast bei etwa 90% der behandelten Drogengebraucher_innen unter der Nachweisgrenze. In der Gesamtgruppe der Behandelten liegt dieser Anteil mit 95% nur unwesentlich höher.

Der Nachholbedarf bei der Diagnose und dem Beginn einer antiretroviralen Therapie werden anhand von zwei Fakten deutlich:

- Im Rahmen der DRUCK-Studie wurden bei 100 Personen HIV Infektionen diagnostiziert. Bei 20 Personen waren dies Neudiagnosen. Dies bedeutet, dass die Personen bis dahin nichts von ihrer HIV Infektion wussten.
- Während die Behandlungsquote bei HIV infizierten Drogengebraucher_innen bei lediglich 55% liegt, ist die Behandlungsquote in der Gesamtgruppe der HIV infizierten Menschen mit 92% deutlich höher.

Zusammenfassung

Wie viele andere Länder auch, wird sich Deutschland mächtig strecken müssen, um die Ziele 2030 zu erreichen. Hierzu gilt es vor allem, den Blick auf jene Gruppen zu richten, die aktuell unterversorgt sind und ein hohes Infektionsrisiko haben. Grundlage für dieses gemeinsame Anliegen muss die Umsetzung von evidenzbasierten Maßnahmen im Bereich der Schadensminderung sowie bei der Diagnostik und Behandlung in Haft und in Freiheit sein. Von zentraler Bedeutung wird ein abgestimmtes Vorgehen zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie den Einrichtungen vor Ort

sein. Ohne ein gemeinsames Anliegen und dem gemeinsamen Ziel HIV und HCV bis 2030 auch in den Schlüsselgruppen (Gefangene, Menschen die Drogen gebrauchen, Sexarbeiter_innen und Männer, die Sex mit Männern haben) weitgehend zu eliminieren, werden wir mit Pauken und Trompeten bei den WHO Zielen durchfallen.

Literatur

Stöver, H./Arain, A./Robaeys, G. (2014): Hepatitis C in Gefängnissen: Dringender Handlungsbedarf, in: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 16 (2), 275-282.

Substitutionsbehandlung im Gefängnis aus einer menschenrechtlichen Perspektive

Susanne Schuster & Jan Fährmann

Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit den menschenrechtlichen Grundlagen der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige in Gefängnissen. Die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, dass die Verweigerung einer solchen Therapie in Haft unter Umständen eine unmenschliche Behandlung, also eine Verletzung des Artikel 3 der europäischen Menschenrechtskonvention darstellen kann, steht dabei im Mittelpunkt. Der genannte Sachverhalt wurde aufgrund einer Klage eines bayerischen Inhaftierten festgestellt.

I. Einleitung

§ 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG bezweckt, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen und den Missbrauch von Betäubungsmitteln soweit wie möglich auszuschließen. Aber wird die medizinische Versorgung vollumfänglich sichergestellt? Insbesondere im Gefängnis scheint es teilweise an ausreichenden Therapiemöglichkeiten für suchtkranke Menschen zu fehlen. Im Gefängnis leiden nach Schätzungen 30-50% an einer Suchterkrankung.¹ Die Deutsche Aids-Hilfe geht aber davon aus, dass nur fünf bis neun Prozent der opiatabhängigen Gefangenen eine Substitutionsbehandlung erhalten,² obwohl die Opioid-Substitutionsbehandlung eine anerkannte Behandlungsmethode ist.³ Nach ihrer Einführung konnte eine erhebliche Reduktion des Konsums illegaler Opioide bei einer Verbesserung der gesundheitlichen Lage und der sozialen Stabilisierung festgestellt werden.⁴ Ein Abbruch der Substitution kann zu Gesundheitsbeeinträchtigungen, vielfach in Form von Entzugerscheinungen, führen.⁵ Gleichwohl ermöglichen verschiedene Gerichtsentscheidungen einen sehr restriktiven Umgang mit Substitution in Haft.⁶ Nunmehr hat der Europäische Gerichts-

¹ Lesting in: Feest/Lesting/Lindemann, Teil II § 62 Rn. 76; Stöver 2008, 236; Deutscher Bundestag, WD 9- 3000 – 049/16, S. 7.

² Deutsche Aids-Hilfe: Substitution ist keine Kapitulation vor der Kriminalität, eingestellt auf: <http://magazin.hiv/2011/07/21/substitution-ist-keine-kapitulation-vor-der-kriminalitat/> (Stand: 28.9.2016).

³ Siehe Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, in Kraft getreten am 2.10.2017.

⁴ Z. B. Stöver, in: Feest/Lesting/Lindemann, Teil VII, Nr. 2, Rn. 55.

⁵ Z. B. Stöver, in: Feest/Lesting/Lindemann, Teil VII, Nr. 2, Rn. 60.

⁶ OLG Hamburg Besch. v. 13.9.2001 – 3 Vollz (Ws) 75/01 – Rn. 14; OLG München, Beschluss vom 05.06.2012 – 4 Ws 103/12.

hof für Menschenrechte (EGMR) entschieden, dass Gefangene einen Anspruch auf eine Substitutionsbehandlung haben können.⁷ Der Beitrag wertet diese Entscheidung im Kontext der bisherigen Rechtsprechung aus und untersucht, wann und inwieweit die Versagung einer Substitutionsbehandlung einen Verstoß gegen Menschenrechte darstellen kann.

II. Die Entscheidung des EGMR

Der Entscheidung des EGMR lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Geklagt hatte ein Gefangener einer bayerischen Justizvollzugsanstalt, dem über Jahre eine Substitutionsbehandlung in Haft versagt wurde. Der Mann war seit seiner Jugend heroinabhängig sowie mittlerweile HIV-positiv und an Hepatitis C erkrankt. Er hatte mehrfach versucht, seine Suchterkrankung zu überwinden. Vor der Inhaftierung war er von 1991 bis 2008 in einem Methadon-Programm, dass er nach der Entlassung auf ärztlichen Rat hin wiederaufnahm. Die Justizvollzugsanstalt lehnte die Behandlung mit Substitutionsmitteln während der Haft mit der Begründung ab, dass eine Substitution weder aus medizinischen Gründen noch aus Gründen der Resozialisierung indiziert sei.⁸

Der EGMR wertete diese Versagung als unmenschliche Behandlung im Sinne des Art. 3 EMRK. Dieser erklärte, dass er zwar nicht zu entscheiden habe, ob der oder die Gefangene tatsächlich eine Substitutionsbehandlung benötigte. Vielmehr sei die Frage relevant, ob die Justizvollzugsanstalt dessen Gesundheitszustand in angemessener Weise bewertet und eine geeignete Behandlung gewählt habe. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Insbesondere hätten unabhängige Expert_innen herangezogen werden müssen, vor allem da es Hinweise darauf gegeben hätte, dass eine Substitutionsbehandlung erforderlich gewesen wäre. Der Gerichtshof kam zu dem Schluss, dass die Verweigerung einer Substitutionsbehandlung trotz manifester Opiatabhängigkeit dem Beschwerdeführer über eine lange Zeit hinweg erhebliches und fortgesetztes psychisches Leid zugefügt habe und dass aufgrund des Sachverhaltes nicht auszuschließen war, dass eine Substitutionsbehandlung indiziert gewesen sei.⁹

III. Substitution und Art. 3 EMRK

Art. 3 EMRK verbietet Folter, unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung und ist die einzige Bestimmung der EMRK, die keiner Einschränkung unterliegt. Die in Art. 3 EMRK verwendeten Begriffe bedürfen aufgrund ihrer Unbestimmtheit der Konkretisierung, vor allem durch die Rechtsprechung des EGMR, der bei seiner Beurteilung auch Berichte des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und

⁷ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 - 62303/13.

⁸ EGMR, Wenner ./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 - 62303/13, Rn. 6 ff.; BMJV, Bericht über die Rechtsprechung des EGMR 2016, S. 8.

⁹ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 - 62303/13, passim.

unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe des Europarats (CPT) heranzieht.¹⁰

1. Unmenschliche Behandlung

Im ersten Griechenland-Fall erfolgte ein Definitionsversuch der unmenschlichen Handlung, wonach einerseits Folter immer auch eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung sei und andererseits eine unmenschliche immer auch eine erniedrigende Handlung mit einbeziehe. Unmenschliche Behandlung wurde sodann als eine Behandlung definiert, die absichtlich schwere psychische oder physische Leiden verursacht, die nicht gerechtfertigt sind.¹¹ Im Verfahren Irland gegen Vereinigtes Königreich betonte der EGMR, dass ein gewisses Minimum an Schwere erreicht werden müsse, damit eine Behandlung als Verstoß gegen Art. 3 EMRK angesehen werden könne, wobei die Beurteilung dieses Minimum von den Umständen des Falles abhängt, insbesondere der Dauer, den physischen und psychischen Folgen sowie in bestimmten Fällen auch dem Gesundheitszustand des oder der Betroffenen.¹² Im ersten Staatenbeschwerdeverfahren Zypern gegen Türkei wurde dabei auch das Vorenthalten medizinischer Versorgung als unmenschliche Behandlung angesehen.¹³

Die Europäische Kommission für Menschenrechte (bis 1998) nahm neben massiven Eingriffen in die körperliche Integrität auch bei Techniken, die nicht unmittelbar in die körperliche Integrität eingreifen, aber die Willensentscheidungsfreiheit aufheben, eine Verletzung des Art. 3 EMRK an.¹⁴

In der Entscheidung zur Substitution bestätigte der EGMR, dass eine verweigerter Substitutionsbehandlung durch Drogenentzug bei Langzeitopiatabhängigen eine starke körperliche Belastung und extremen psychischen Stress verursachen könne, wodurch die Schwelle für die Anwendbarkeit des Art. 3 EMRK erreicht sein kann, selbst wenn die zu Beginn einer erzwungenen Abstinenz auftretenden körperlichen Entzugserscheinungen abklingen. Dies kann beispielsweise bei chronischen Schmerzen der Fall sein, die mit der Substitutionstherapie wirkungsvoller gelindert werden können als mit herkömmlichen Schmerzmitteln. Auch wird das Leid des Betroffenen dadurch verschlimmert, dass eine Substitutionstherapie bekannt ist, die die Schmerzen des Betroffenen besser lindern kann, diese aber verweigert wird.¹⁵

¹⁰ Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 29.

¹¹ Vgl. Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 2.

¹² EGMR, Irland./ GB, EGMR-E 1, 232; Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 3.

¹³ Hierzu weiter unten mehr. Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 3 m.V.a. KOM; Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 26.

¹⁴ EGMR, Yearbook 19, 792 ff.; Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 6.

¹⁵ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 - 62303/13 Rn. 78; Deutscher Bundestag, WD 9– 3000 – 049/16, S. 12.

2. Erniedrigende Behandlung

Die Variante der erniedrigenden Behandlung und Bestrafung stellt die schwächste Stufe eines Verstoßes gegen Art. 3 EMRK dar.¹⁶ Der EGMR betonte, dass eine erniedrigende Behandlung Gefühle der Furcht, Angst und Inferiorität erzeugen müsse, die demütigen und herabwürdigen sollen. Dabei muss die Demütigung über die normale Wirkung der Bestrafungen hinausgehen und erhebliches physisches oder psychisches Leid verursachen, wodurch die Menschenwürde beeinträchtigt oder Gefühle der Demütigung und Erniedrigung hervorrufen werden.¹⁷

Auch bei fehlender, vorenthaltener oder abgebrochener Substitutionsbehandlung wird der oder die Betroffene durch sein oder ihr Verlangen nach dem substituierten Stoff und daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen stark gedemütigt, da die Betroffenen Gefühlen starker Furcht und ggf. sogar Todesangst und vor allem Inferiorität ausgesetzt sein können.

Insgesamt kommt dem Zweck der Behandlung zwar grundsätzliche Bedeutung zu; aber auch ohne feststellbare Absicht kann ein Verstoß gegen Art. 3 EMRK vorliegen. Die Haftbedingungen können daher auch eine unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellen, wenn sie nicht bezwecken, den Inhaftierten zu demütigen.¹⁸

3. Notwendige medizinische Betreuung

Grundsätzlich muss in Justizvollzugsanstalten die notwendige medizinische Betreuung der Gefangenen gewährleistet sein. Der Staat muss die Gesundheit der Gefangenen schützen.¹⁹ Art. 3 EMRK enthält nach ständiger Rechtsprechung des EGMR nicht nur ein Verbot der Folter und unmenschlichen oder erniedrigenden Strafe oder Behandlung, sondern auch eine positive Verpflichtung der Konventionsstaaten, menschenwürdige Haftbedingungen sicherzustellen, wozu auch gehört, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Untergebrachten zu sichern.²⁰ Bei fehlender notwendiger medizinischer Behandlung und hieraus folgenden negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Gefangenen oder der Verursachung von Leiden von gewisser Intensität, ist Art. 3 EMRK verletzt.²¹ Art. 3 EMRK ist dann betroffen, wenn ein Mindestmaß an Schwere erreicht ist, das von den gesamten Umständen des Falles wie z. B. der Dauer der Behandlung, den körperlichen oder seelischen Folgen und dem Ge-

¹⁶ Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 8.

¹⁷ EGMR, Kalashnikov./Russland, Urteil vom 15. Juli 2002 – 47095/99 Rn. 95 = NJW2005, 303; Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 9; Sinner, in: Karpenstein/Mayer, EMRK, Art. 3 Rn. 12.

¹⁸ Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 1; Sinner, in: Karpenstein/Mayer, EMRK, Art. 3 Rn. 12.

¹⁹ EGMR, Mwanje./Belgien, Urteil vom 20. Dezember 2011 – 10486/10 Rn. 91; Kudla./Polen, Urteil vom 26. Oktober 2010 – 30210/96 Rn. 93; Hurtado./CH, EuGRZ 1994, 219; Frowein, in: Frowein/Peukert, EMRK, Art. 3 Rn. 15; Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 43.

²⁰ BMJV, Bericht über die Rechtsprechung des EGMR 2016, S. 9.

²¹ EGMR, Grishin./Russland, Urteil vom 15. November 2007 – 30983/02 Rn. 72; Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 43.

sundheitszustand des Opfers abhängt.²² Von Bedeutung für die Frage einer Verletzung von Art. 3 EMRK kann dabei auch sein, ob sich der Gesundheitszustand während der Haft verschlechtert.²³

Bei fehlender, vorenthaltener oder abgebrochener indizierter Substitution fehlt eine notwendige medizinische Behandlung des oder der Gefangenen, wenn negative Auswirkungen auf die Gesundheit des oder der Gefangenen verbunden mit der Verursachung von Leiden einer gewissen Intensität feststellbar sind, was im Regelfall der Fall sein wird.

Art. 3 EMRK verpflichtet den Staat, eine Behandlung vergleichbar dem Niveau sicherzustellen, an das sich staatliche Stellen bei der Versorgung in Freiheit befindlicher Personen – der Gesamtbevölkerung – gebunden sehen.²⁴ Dieser Grundsatz der Gleichwertigkeit der Fürsorge (sog. Äquivalenzprinzip) findet sich auch in den CPT-Standards²⁵, den Empfehlungen Rec(2006)2 des Ministerkomitees über die Europäischen Strafvollzugsgrundsätze sowie der Empfehlung R (98) 7 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über die ethischen und organisatorischen Aspekte der gesundheitlichen Versorgung in Vollzugsanstalten sowie den Strafvollzugsgesetzen.²⁶

Bei kranken Gefangenen müssen die Haftbedingungen dem Gesundheitszustand entsprechen und es muss ein Leben gewährleistet werden, dass einer Ausgrenzung und Stigmatisierung durch Mithäftlinge vorbeugt.²⁷ Wesentliche Grundlage ist hierbei die Empfehlung des behandelnden Arztes. Schutzmaßnahmen sind insbesondere notwendig, wenn staatliche Stellen von einer gewissen und unmittelbar bevorstehenden Gefahr für die physische Integrität einer Person wissen oder wissen müssen. Sie müssen dann ausreichende Maßnahmen treffen, um die Realisierung der Gefahr zu verhindern.²⁸ Art. 3 EMRK verpflichtet insbesondere dazu, die körperliche Integrität und Gesundheit von Personen in Haft zu schützen. Diese sind besonders verwundbar, da sie dem Staat in besonderem Maße ausgeliefert sind, was besondere Schutzpflichten begründet. Aus Art. 3 EMRK folgt damit die staatliche Pflicht, sich zu vergewissern, dass der Vollzug der Haft den Gefangenen nicht Leid oder Härten unterwirft, die das mit einer Haft unvermeidbar verbundene Maß an Leiden übersteigt, und dass Gesundheit und Wohlbefinden unter Berücksichtigung der praktischen Erfordernisse der Haft angemessen sichergestellt werden.²⁹ So muss eine wirksame ärztliche Behandlung sichergestellt und auch im Übrigen auf die gesundheitliche Situation bei der

²² EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 54; Blokhin./Russland – 47152/06 Rn. 135, ECHR 2016, m.w.V.

²³ Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 43.

²⁴ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 55 und 59; Kudła./Polen – 30210/96 Rn. 94, ECHR 2000-XI; McGlinchey et.al./GB – Nr. 50390/99 Rn. 46, ECHR 2003-V; Farbtuhs./Lettland – 4672/02 Rn. 51.

²⁵ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 32; CPT, 3. Jahresbericht (1992), CPT/Inf (93) 12, Rn. 31 und 38.

²⁶ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 32 ff. und 64; Deutscher Bundestag, WD 9– 3000 – 049/16, S. 6 und 9.

²⁷ EGMR, Helhal./Frankreich, Urteil vom 19. Februar 2015 – 10401/12 Rn. 47 f.; Semikhvostov./Russland, Urteil vom 6. Februar 2014 – 2689/12 Rn. 80 und 85; Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 46.

²⁸ Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 10.

²⁹ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – Nr. 62303/13 Rn. 55 und 59; Kudła./Polen, Urteil vom 26. Oktober 2000 – 30210/96 Rn. 94 = NJW 2001, 2694; McGlinchey et.al./GB

Unterbringung besondere Rücksicht genommen werden.³⁰ Der Abbruch einer Substitutionsbehandlung und die damit verbundenen Entzugserscheinungen werden im Regelfall die üblichen Leiden der Haft übersteigen.

Zu den besonderen Schutzpflichten gegenüber Personen in Haft gehört dabei auch, sich durch einen Arzt ihres oder seines Vertrauens untersuchen zu lassen,³¹ auch von einem auf Substitution spezialisierten Arzt, und den Anweisungen dieses spezialisierten Arztes auch zu folgen.³² Sollten in der Frage, welche Behandlung zur angemessenen Gewährleistung der Gesundheit eines Gefangenen oder einer Gefangenen notwendig ist, die Meinungen der Ärzte auseinandergehen, kann es darüber hinaus erforderlich sein, dass die innerstaatlichen Behörden und Gerichte zusätzlichen Rat eines spezialisierten medizinischen Sachverständigen einholen, um ihrer positiven Verpflichtung aus Art. 3 EMRK nachzukommen.³³ Daher müssen nach Ansicht des EGMR die Behörden bei einem Langzeitdrogenabhängigen ohne realistische Aussicht auf eine Überwindung der Sucht, der seit vielen Jahren substituiert wird, besonders gründlich prüfen und ggf. den Sachverstand eines unabhängigen Fachmediziners hinzuziehen, um zu prüfen, welche Therapie geeignet ist.³⁴ Da ein in Freiheit Abhängiger, dessen Arzt die Substitution ablehnt, einen anderen Arzt aufsuchen könnte, könnte der oder die Gefangene aufgrund des Äquivalenzprinzips bei Ablehnung einer Substitutionsbehandlung, aber bestehender Notwendigkeit, einen Anspruch auf Verlegung in eine andere Haftanstalt haben, die diese Behandlung anbietet, oder auf eine Behandlung außerhalb des Strafvollzugs.³⁵

– 50390/99 Rn. 46; Farbtuhs ./Lettland – 4672/02 Rn. 51; Sinner, in: Karpenstein/Mayer, EMRK, Art. 3 Rn. 22.

³⁰ Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 11.

³¹ Algür./Türkei, Urteil vom 22. Oktober 2002 – 32574/96 Rn. 44; Meyer-Ladewig/Lehnert, in: Meyer-Ladewig/Nettesheim/von Raumer, EMRK, Art. 3 Rn. 26; Sinner, in: Karpenstein/Mayer, EMRK, Art. 3 Rn. 22.

³² EGMR, Wenner ./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 62 und 75 ff.

³³ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 57; Budanov./Russland, 9. Januar 2014 – 66583/11, Rn. 73.

³⁴ EGMR, Wenner./Deutschland, Urteil vom 1. September 2016 – 62303/13 Rn. 79 f.

³⁵ Vgl. auch: Deutscher Bundestag, WD 9– 3000 – 049/16, S. 9.

4. Fazit

Die Entscheidung einer Justizvollzugsanstalt, eine Substitutionsbehandlung als medizinisch notwendige Maßnahme zu bewilligen oder abzubreaken ist vollständig daraufhin zu überprüfen, ob diese von Ermessensfehlern geleitet ist.³⁶ Dabei sind insbesondere die Grund- und die Menschenrechte der Gefangenen zu berücksichtigen. Die Versagung der Substitution kann eine Verletzung von Art. 3 EMRK darstellen, was aufgrund der bisherigen Rechtsprechung des EGMR folgerichtig höchststrichterlich bestätigt ist.

Festzuhalten ist daher, dass die Justizvollzugsanstalt dafür Sorge zu tragen hat, dass ausreichend qualifizierte medizinische Sachverständige bei der Entscheidung heranzuziehen sind. Diese Klarstellung vereinfacht die Situation bereits für viele Gefangene erheblich, da sie so nicht länger allein von Anstaltsärzt_innen abhängig sind. Auch wenn die Entscheidung des EGMR ausdrücklich nur auf einen Einzelfall Bezug nimmt, verdeutlicht sie dennoch, dass gerade bei langzeitabhängigen Menschen, bei denen eine Suchtbehandlung bisher nicht erfolgreich war, eine Verletzung von Art. 3 EMRK bestehen kann, was zwangsläufig einen Anspruch auf eine Substitutionsbehandlung begründet. Auch ist eine Verletzung von Art. 3 EMRK bei Gefangenen nicht ausgeschlossen, bei denen noch keine langjährige Abhängigkeit besteht. Daher ist in verschiedenen Justizvollzugsanstalten die Substitutionspraxis zu hinterfragen. Dabei stellen sich auch Fragen dahingehend, ob ein Abbruch der Substitutionsbehandlung im Falle eines Beikonsums gerechtfertigt ist oder wie ein Ausschleichen Suchtkranker durchzuführen ist. Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des EGMR lässt sich ein abrupter – „kalter“ – Entzug aufgrund des damit einhergehenden Leidens nicht länger rechtfertigen. Auch wenn die Entscheidung insgesamt zu begrüßen ist, verdeutlicht sie jedoch erneut, welche Probleme mit der aktuellen drogenpolitischen Situation einhergehen, die nur durch eine umfassende Reform der Drogen- und Suchtpolitik nachhaltig gelöst werden können.

Literatur

- BMJV (2016): Bericht über die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und die Umsetzung seiner Urteile in Verfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2016.
- Deutscher Bundestag: Sachstand Substitutionsbehandlung im Justizvollzug, 28. September 2016, WD 9 – 3000 – 049/16, online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/blob/480528/079376bd958e4a1b9baa2652713d63cb/wd-9-049-16-pdf-data.pdf>; letzter Zugriff 05.06.2019.
- Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (1993): 3. Jahresbericht (1992), CPT/Inf 12.
- Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (2017): Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des CPT in Deutschland vom 25. November bis zum 7. Dezember 2015, CPT/Inf 13.

³⁶ Patzak in: Körner/Patzak/Volkmer, Vorbemerkungen zu §§ 29 ff. BtMG, Rn. 504.

- Feest, J./Lesting, W./Lindemann, M. (2017): *Strafvollzugsgesetze Kommentar*, 7. Auflage, Köln.
- Frowein, J. A./Peukert, W. (2009): *EMRK-Kommentar*, 3. Auflage, Kehl am Rhein.
- Karpenstein, U./Mayer, F. C. (2015): *EMRK-Kommentar*, 2. Auflage, München.
- Körner, H. H./Patzak, J./Volkmer, M. (2019): *Betäubungsmittelgesetz. Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, Arzneimittelgesetz, Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, Anti-Doping-Gesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz*. 9. Auflage. München.
- Meyer-Ladewig, J./Nettesheim, M./von Raumer, S. (2017): *EMRK Handkommentar*, 4. Auflage, Baden-Baden.
- Stöver, H. (2008): *Healthy Prisons – Eine innovative und umfassende Strategie zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten in Haft*. In: Brigitte Tag und Thomas Hillenkamp (Hg.): *Intramurale Medizin im internationalen Vergleich. Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug im Schweizerischen und internationalen Diskurs*. Berlin, Heidelberg, 235–264.

Internationale Drogenpolitik Deutschland



8

United Nations General Assembly Special Session on Drugs 2016 und High Level Review 2019

Axel Klein

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt die aktuellen drogenpolitischen Entwicklungen auf globaler Ebene, wie sie sich bei der United Nations General Assembly Special Session on Drugs 2016 und dem High Level Review 2019 abzeichnen. Dies betrifft u.a. die Einbindung von zivilgesellschaftlichen Organisationen, und die erstmaligen Ermahnungen, dass Drogenpolitik nicht auf Kosten von Menschenrechten geführt werden soll, sowie die Cannabis-Legalisierung in Uruguay, Kanada und vielen US Staaten, wo deutlich wird, dass der alte internationale Konsens über repressive Drogenkontrolle nicht mehr allgemein gültig ist.

Das Drogenkontrollsystem der Vereinten Nationen mit der Comission on Narcotic Drugs (CND) im Mittelpunkt wurde auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses eines geteilten Problems (Drogensucht) mit globalen Zielen (Förderung des Wohlergehens der Menschheit) aufgebaut. Die ernsthafte Unzufriedenheit mit den Ergebnissen dieses Kontrollsystems, insbesondere in Lateinamerika, aber auch anderswo, führte 2016 zur United Nations General Assembly Special Session on Drugs (UNGASS), um die Möglichkeit zu haben, die Ergebnisse zu bewerten und möglicherweise den Ansatz zu überarbeiten. Seit den 1990er Jahren sind Meinungsverschiedenheiten zwischen Befürworter_innen der Unterdrückung und der stetigen Ausweitung der strafrechtlichen Maßnahmen zur Beseitigung des Drogenkonsums sowie jenen, die Maßnahmen zur Ermittlung und Eindämmung drogenbedingter Schäden befürworten, aufgetreten.

Eine wichtige Entwicklung war hierbei die Rolle der Organisationen der Zivilgesellschaft (Civil Society Organizations, CSOs) bei der Förderung von Fragen der öffentlichen Gesundheit und der Menschenrechte ab den 2000er Jahren. Die CSOs haben auch das Recht zur Beobachtung, Anwesenheit und Teilnahme an den Vereinten Nationen durchgesetzt und es geschafft, die Agenda zu bestimmen und den Charakter von CND-Veranstaltungen zu verändern. Dabei haben sich die Spaltungen vergrößert, da die Länder unterschiedliche Ansätze verfolgen, die nicht immer einfach zu kategorisieren sind. Die Themen, die den Konsens zwischen und sogar innerhalb von Staaten gebrochen haben, sind:

- Harm Reduction – Die USA haben eine Gruppe von Ländern angeführt, die es ablehnen, den Begriff der Schadensminimierung in UN-Veröffentlichungen aufzunehmen. Seit den 1980er Jahren verfolgen sie einen aggressiven repressiven Ansatz, der zu der größten Inhaftierungsrate der Welt geführt hat, und straucheln weiterhin mit der Bereitstellung einer umfassenden medikamentösen Behandlung

oder jeglicher Form sozialisierter Medizin. Aber sie erlauben den Bürger_innen, über die Änderung des rechtlichen Status von Drogen abzustimmen.

- China und der Iran erkennen das „Menschenrecht auf Leben“ von verurteilten Drogenhändler_innen nicht an, bieten abhängigen Opiatkonsument_innen jedoch eine staatlich finanzierte Methadonsubstitutionsbehandlung an.
- Die Länder des Nahen Ostens und Afrikas betrachten „Drogen“ als moralisches Problem und verwenden häufig den Begriff „Geißel“.
- In der EU schwanken die Positionen zwischen null tolerantem Schweden und Portugal mit seiner Politik der Entkriminalisierung des Konsums und des Besitzes (zum Konsum) aller Drogen, sowie verschiedenen Regelungen zur Steuerung des Drogenkonsums von Coffeeshops bis hin zu Drogenkonsumräumen.

Diese Unterschiede treten nun in der Arbeit der Kommission selbst zutage, da verschiedene Gruppen von Mitgliedstaaten die Autorität der 2009 veröffentlichten politischen Erklärung der CND bestreiten, welche einen Verbots- und Verfolgungsansatz konsolidierte, gegenüber dem Ergebnisdokument der UNGASS 2016. Bei diesem Treffen wurden die Reformer zwar enttäuscht, es wurden jedoch eine Reihe von Erfolgen verzeichnet: (i) ein Zusammenhang zwischen Drogenkontrolle und den Zielen für nachhaltige Entwicklung; (ii) gesteigerte Beachtung der öffentlichen Gesundheit und (iii) erstmalige Erwähnung der Menschenrechte. Die Kluft zwischen den Ländern vergrößert sich in Zukunft in Bezug auf einige Kernprinzipien wie die relative Priorität von Sicherheit und öffentlicher Gesundheit, die Macht des Staates sowie die Rechte und Bedürfnisse des Einzelnen. UNGASS ist den einzelnen UN-Büros, einschließlich dem United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), übergeordnet.

Cannabis und wichtige Medikamente

Die verbleibende Annahme eines gemeinsamen Verständnisses wurde durch die jüngste Umwandlung von Cannabis in ein Medizinprodukt und ein Freizeitprodukt in einer wachsenden Anzahl von Ländern noch weiter zunichtegemacht. Da sich die medizinische Verwendung unter anderem in den USA, in Kanada, Deutschland und Großbritannien, immer weiter verbreitet, wirft sie Fragen zu den wichtigsten Konzepten und Definitionen auf. Die CND bezieht sich routinemäßig auf das „Weltdrogenproblem“, was viele der Delegierten als Befürwortung von Kriegen gegen Konsumenten von Substanzen interpretieren, die jetzt als Arzneimittel neu definiert werden.

Bei der CND-Sitzung 2019 wurde eines der aufkommenden Probleme des versagenden Systems deutlich, nämlich ausreichend Schmerzmittel in weiten Teilen der Welt bereitzustellen. Da das System von Strafverfolgungsbehörden und anderen uniformierten Diensten beherrscht wurde, bestand sein Hauptanliegen darin, kontrollierte Substanzen zu beschlagnahmen und zu vernichten und die Menschen, die sie produzieren und konsumieren, zu verhaften. Als unbeabsichtigte, aber direkte Folge leiden Patient_innen in Afrika, Asien und Lateinamerika unter Schmerzen, da sie keinen Zugang zu starken Schmerzmitteln haben. Da diese Substanzen gelistet sind, übersteigt der Prozess, sie zu bestellen, zu lagern und zu vertreiben die Kapazitäten von Gesundheitsdiensten mit geringen Ressourcen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.

Bezeichnenderweise hat das UNODC-basierte Datenerfassungssystem, das in den World Drug Report einfließt, der Bewertung des Bedarfs des Gesundheitswesens an kontrollierten Arzneimitteln nie viel Aufmerksamkeit geschenkt. Die Schlüsselindikatoren, über die die Mitgliedstaaten im jährlichen Überprüfungsfragebogen Bericht erstatten, beziehen sich auf die Verbrauchsraten, Festnahmen und Sicherstellungen der verschiedenen kontrollierten Drogen. Offenbar hat sich die Arbeit des Kontrollsystems zunehmend von den medizinischen und sozialen Problemen gelöst, für die es ursprünglich entwickelt wurde.

Drogenkontrolle als Thema der internationalen Beziehungen

Über mehrere Jahrzehnte hinweg bot die Drogenkontrolle eine Plattform für die US-amerikanische Hegemonie und den Export ihres einheimischen Krieges gegen Drogen. Es war ein Instrument, welche sich mit der konventionellen Machtprojektion während des Kalten Krieges vermischt hat und das konfliktreiche und ausbeuterische Erbe des Kolonialismus aufrechterhalten hat. Aber mit dem Aufstieg der Cannabisregulierung in US-Bundesstaaten, angeführt von Colorado, Oregon und Washington, wurde die moralische Autorität der USA stark beeinträchtigt. Mit dem Rückzug der Supermacht hat sich ein Raum geöffnet, in dem die Schwellenländer ihren internationalen Einfluss geltend machen wollen. Hardliner_innen des repressiven Ansatzes werden nun von Russland und China angeführt, welche die CND nutzen, um ihre nationalen Interessen zu vertreten.

Beim zweiunddreißigsten CND 2018 führte Russland den Angriff auf Kanada wegen der Legalisierung von Cannabis unter Verstoß gegen internationale Verträge an. Es stellte auch die Autorität des Expertenausschusses für Drogenabhängigkeit der WHO in Frage und die Empfehlungen, Cannabis neu zu klassifizieren. Die Entscheidung zur Neu-Klassifizierung von Cannabis wurde auf 2020 verschoben, um den Ländern mehr Zeit für das Studium der Fakten zu geben.

Uruguay und Bolivien setzen ihre Politik der Legalisierung von Cannabis und Kokablättern (beide gelistet im Einheitsübereinkommen) fort, ohne übermäßige Kritik oder Beweise für große gesellschaftliche Schäden. Das International Narcotics Control Board (INCB) sowie mehrere europäische Mitgliedstaaten kritisierten die Anwendung der Todesstrafe. China wies diese Kritik zurück und sagte, sie gehe über das Mandat der Agenturen hinaus.

Weder die Erfahrungen der Reformländer noch die von der WHO vorgelegten Fakten bezüglich Cannabis wurden im Detail berücksichtigt. In der Tat ist die CND kein Ort der nüchternen Bewertung und Beratung, sondern politisches Theater. Paradoxerweise wurden sowohl die Ergebniserklärung von 2016 als auch die Ministererklärung des High Level Review 2019 zu Beginn des ersten Tages veröffentlicht. Ein Großteil des Geschäfts wird im Vorfeld der eigentlichen Veranstaltung hinter verschlossenen Türen abgewickelt. Kleinere Länder ohne Erfahrung und mit begrenzten Ressourcen können kaum teilnehmen.

In Wirklichkeit driften die Länder jedoch weiter auseinander, und die Ansätze in Kanada, Bolivien, Uruguay und den Vereinigten Staaten sind einfach unvereinbar mit dem Wortlaut und dem Geist der Drogenkontrollkonventionen sowie der Politik der Hardliner_innen auf den Philippinen oder in Saudi-Arabien.

Während das Management der menschlichen Beziehungen zu psychoaktiven Substanzen nur einen geringen funktionalen Nutzen bietet, hat das Drogenkontrollsystem innerhalb der Vereinten Nationen einen funktionalen Nutzen. Die Verträge gehören zu den erfolgreichsten internationalen Abkommen mit einer außergewöhnlich großen Anzahl von Unterzeichnern und einer hochaktiven Kommission. Ihr zentraler Wert liegt daher weniger in der Lösung von Drogenproblemen als in der Konsolidierung des internationalen Systems. Vielleicht ein würdiges Ziel, aber eine Schande, dass dies auf Kosten der Substanzkonsumenten geschehen muss.

Autorinnen und Autoren

Kerstin Dettmer

Ärztin und Trainerin in den Bereichen HIV, Hepatiden, STIs und Harm Reduction. In Berlin tätig seit 1995 für Freie Träger und im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Anna Dichtl

hat Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt studiert. Seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Suchtforschung Frankfurt, seit 2015 externe Projekt-koordinatorin im Projekt „Qualitätsentwicklung in der Beratung und Prävention im Kontext von Drogen und Sexualität bei schwulen Männern (QUADROS)“ der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. Forschungsschwerpunkte: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen von Drogenkonsum, Gefängnis und Gefängniskritik.

Jan Fährmann

Dr., ist Jurist und Kriminologe und hat zu einem strafvollzugsrechtlichen/kriminologischen Thema promoviert. Nach einer Tätigkeit in der Strafverteidigung arbeitet er aktuell in dem Forschungsinstitut für öffentliche und private Sicherheit an der HWR Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Strafvollzugs-, Polizei-, Datenschutz- und Betäubungsmittelstrafrecht.

Justus Haucap

Prof. Dr., ist Direktor des Düsseldorfer Instituts für Wettbewerbsökonomie (DICE) und Partner von DICE Consult. Er war von Juli 2006 bis Juni 2014 Mitglied der Monopolkommission und hatte von 2008 bis 2012 deren Vorsitz inne.

In seiner Forschung befasst sich Justus Haucap mit der Ökonomie von netzgebundenen Industrien, insbesondere Energie- und Telekommunikationsmärkten sowie im Bereich der Digitalisierung (u. a. Sharing Economy). Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den Schnittstellen zwischen Recht und Ökonomie und den ökonomischen Auswirkungen unterschiedlicher institutioneller Arrangements und Regeln.

Nick Heather

Der größte Teil meiner Forschungskarriere konzentrierte sich auf die Verbesserung der Wirksamkeit der Behandlung und auf brief interventions bei Alkoholproblemen. Ich war jedoch schon immer an der Suchtheorie interessiert und wie sich die Art und Weise, wie sie in der Gesellschaft verstanden wird, darauf auswirkt, wie sie sich manifestiert und darauf reagiert wird. Nach meinem Ausscheiden aus dem britischen National Health Service im Jahr 2003 konnte ich mich mehr auf das Lesen und Nachdenken über dieses faszinierende und wichtige Arbeitsgebiet konzentrieren.

Bernd Hontschik

Dr. med., geboren 1952 in Graz, ist Chirurg und Publizist. Bis 1991 Oberarzt am Klinikum Frankfurt-Höchst, bis 2015 in seiner chirurgischen Praxis in der Frankfurter Innenstadt tätig. Seine Doktorarbeit über unnötige Blinddarmoperationen erregte Aufsehen. Er ist u.a. Herausgeber der Taschenbuchreihe „medizinHuman“ im Suhrkamp Verlag. Für die Frankfurter Rundschau schreibt er regelmäßig die Kolumne „Dr. Hontschiks Diagnose“.

Daniela Jamin

M.A., Soziale Arbeit, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Suchtforschung der Frankfurt University of Applied Sciences. Arbeitsschwerpunkte: Drogen und öffentliche Sicherheit, alternde Drogenkonsumierende, Gesundheitsförderung in Haft und E-Zigarette. Buchveröffentlichungen: Ältere Drogenabhängige (Hrsg., Frankfurt a. M., 2017); Ratgeber E-Zigarette (Frankfurt a. M., 2018).

Dietmar Jazbinsek

geb. 1959; Studium der Soziologie in Bielefeld und Paris; 1992 bis 1999 Mitarbeiter im Berliner Forschungsverbund Public Health; seit 2005 freier Journalist und Publizist mit dem Arbeitsschwerpunkt Präventionspolitik; aktuell Stipendiat der Dieter-Mennekes-Umweltstiftung.

Gerrit Kamphausen

Dr. phil., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsverbund „Drugs and Urban security“ am Centre for Drug Research (Uni Frankfurt). Zuvor hat er in Hamburg im Fach Kriminologie promoviert und in Amsterdam in einem Gebraucherraum für obdachlose Drogenabhängige gearbeitet. Er ist Mitglied im Schildower Kreis.

Luise Klaus

M.A. Humangeographie, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Centre for Drug Research an der Goethe Universität Frankfurt/M. in der Verbundstudie DRUSEC (Drugs and Urban Security).

Axel Klein

Dr., ist ein Sozialanthropologe, der sich auf Konsum-, Politik- und Kontrollkulturen psychoaktiver Substanzen spezialisiert hat. In den letzten zwei Jahren beschäftigte er sich unter anderem mit der Selbsthilfe von medizinischen Cannabiskultivierenden in Großbritannien und der Verteilung und der Verwendung von Tramadol in Westafrika. Er hat für das United Nations Office on Drugs and Crime, die Europäische Kommission und die Abteilung für internationale Entwicklung gearbeitet. In den letzten 12 Jahren hat er die Fachzeitschrift „Drugs and Alcohol Today“ herausgegeben. Er tritt für eine grundlegende Reform der Regulierung psychoaktiver Wirkstoffe und für eine Dekonstruktion des Begriffs „Droge“ ein. Aktuelle Publikation: Klein, Axel and Blaine Stothard (2018) Collapse of the Global Order on Drugs. From UNGASS 2016 to Review 2019. London: Emerald.

Bärbel Knorr

Jahrgang 1965, seit 1998 Mitarbeiterin der Deutschen AIDS-Hilfe, fachliche Leitung Strafvollzug, Abteilung Strukturelle Prävention 2, Bereich: Drogen & Strafvollzug. Dipl.-Sozialpädagogin, Gesundheits- und Sozialökonomin, systemische Therapeutin. baerbel.knorr@dah.aidshilfe.de

Ludwig Kraus

Prof. Dr., Studium der Psychologie an der Universität Regensburg und der University of Colorado, Diplom 1984, Promotion zum Dr. phil. 1992, 2006 Habilitation an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Seit 2012 wissenschaftlicher Leiter des IFT Institut für Therapieforsch. Von 2012-2017 Gastprofessor am Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, Stockholm, Schweden. Seit 2018 Honorarprofessor am Institut für Psychologie, ELTE Eötvös Loránd Universität, Budapest, Ungarn.

Marie Jonna Krieger

B.A. Soziale Arbeit, studiert derzeit Psychologie an der Universität von Amsterdam. Marie Jonna Krieger beschäftigte sich während ihres Studiums und im Rahmen ihrer Abschlussarbeit intensiv mit dem Substanzgebrauch älterer und alter Menschen. Praktischen Zugang zu der Thematik erhielt sie durch ihre Arbeit in der Wohnungslosenhilfe sowie in einer Rehabilitationsklinik für Menschen mit Abhängigkeit.

Ingo Ilja Michels

Dr. Soziologie, für das Drogenaktionsprogramms der EU in Zentralasien (CADAP) an der University of Applied Sciences Frankfurt. Lange Zeit Leiter des Arbeitsstabs der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin, seit April 2017 im Ruhestand. Soziologe und Berater für Suchtkrankenhilfe, von 1987-1994 bei der Deutschen AIDS-Hilfe, sowie Drogenbeauftragter in Bremen (1994-1998). 2006 bis 2008 Shanghai Mental Health Center, Unterstützung der Implementierung von Methadonprogrammen in China. 2010 bis 2013 Projektleiter von CADAP in Bischkek, Kirgistan. Zahlreiche Beiträge in (inter)nationalen Fachzeitschriften.

Christian Rauschert

M. Sc. Studium der Soziologie an der Ludwig-Maximilians-Universität-München, Bachelor of Arts 2015, Studium Public Health an der Ludwig-Maximilians-Universität-München, Master of Science 2018. Seit 2019 wissenschaftlicher Mitarbeiter am IFT Institut für Therapieforschung in der Abteilung Epidemiologie und Diagnostik.

Dirk Schäffer

Geb. 1967 in Essen, seit 1998 Mitarbeiter der Deutschen AIDS-Hilfe. Von 1998 - 2000 bundesweiter Koordinator des JES-Bundesverbands. Seit 2001 Referent und Leiter des Fachbereichs „Drogen und Strafvollzug“ bei der Deutschen AIDS-Hilfe. Initiator von Modellprojekten wie z.B. „Test It“ und „SMOKE It“ sowie „DAS CHECK ICH“. Mitbegründer des Schildower Kreises, des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“, internationalen sowie von Organisationen von Drogengebrauch-

cher_innen wie INPUD (Int. Network of People who use Drugs) und EURONPUD (European Network of People who use Drugs).

Susanne Schuster

ist Juristin und promoviert an der Europa-Universität Viadrina zu Verbrechen gegen die Menschlichkeit. Zuvor war sie unter anderem am Forschungsinstitut für öffentliche und private Sicherheit (FÖPS Berlin) an der Hochschule für Wirtschaft und Recht (HWR Berlin) und für den unabhängigen nationalen Präventionsmechanismus zur Verhütung von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (www.nationale-stelle.de) tätig.

Nicki-Nils Seitz

Studium der Statistik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Diplom 2005, Promotion zum Dr. phil. in den Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Friedrich-Schiller-Universität Jena 2014. Seit 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter des IFT Institut für Therapieforschung und dort seit 2019 Leiter der Arbeitsgruppe Epidemiologie und Diagnostik.

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).

Karsten Tögel-Lins

ist Diplom Sozialpädagoge und arbeitet seit über 20 Jahren im Bereich der niedrigschwelligen Suchthilfe und der Prävention im Bereich Party und Freizeitdrogen bei Basis, Beratung, Arbeit, Jugend und Kultur e.V. in Frankfurt am Main. Derzeit leitet er das Projekt Legal-High-Inhaltsstoffe.de. Mitherausgeber des Buches Checking Drug-Checking.

Bernd Werse

Dr. phil., Soziologe, seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Drittmittelforschungsbüro Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität. Arbeitsschwerpunkte: Drogentrends, neue psychoaktive Substanzen, Drogenhandel, Substanzkonsum in Jugendkulturen. Mitglied des Schildower Kreises. Buchveröffentlichungen: Cannabis in Jugendkulturen (Berlin, 2007), Drogenmärkte (Hrsg., Frankfurt a. M., 2008), Friendly Business (Mit-Hrsg., Wiesbaden, 2016).

Georg Wurth

Ehemaliger Finanzbeamter (Dipl.-Finanzwirt) mit umfangreicher politischer Erfahrung. Ab 1997 war er Fraktionsvorsitzender der Grünen im Remscheider Stadtrat. Nach einer Selbstanzeige wegen Cannabisbesitz (1996) hat er zunächst diverse drogenpolitische Arbeitskreise innerhalb der Grünen und Grünen Jugend mitgegründet. Seit 2002 ist er Geschäftsführer des Deutschen Hanf Verbandes; darüber hinaus in diversen weiteren drogenpolitischen Initiativen aktiv, z.B. beim „Schildower Kreis“.



**612 Seiten, ISBN 978-3-89967-897-0,
Hardcover, Preis: 60,- €**

eBook: ISBN 978-3-89967-930-4,
Preis: 45,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. ++ 49 (0) 5484-308
Fax ++ 49 (0) 5484-550
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com
www.psychologie-aktuell.com

*Marc Lehmann, Marcus Behrens,
Heike Drees (Hrsg.)*

Gesundheit und Haft

Handbuch für Justiz, Medizin,
Psychologie und Sozialarbeit

Geleitwort der Bundesministerin der Justiz
Sabine Leutheusser-Schnarrenberger

Geleitwort
Bernd Maelicke

Vorwort der Herausgeber
Marc Lehmann, Marcus Behrens, Heike Drees

I Allgemeiner Teil/Strukturen

- 1 Vor der Haft
 - 1.1 Haftvermeidung
 - 1.1.1 Aus politischer Sicht
Steffen Bieneck
 - 1.1.2 Aus juristischer Sicht
Bill Borchert
 - 1.1.3 Aus juristischer Sicht
Ursula Groos
 - 1.1.4 Aus medizinischer Sicht
Jörg Götz, Katharina Liebau
 - 1.1.5 Aus sozialarbeiterischer Sicht
Elke Bahl
 - 1.2 Haftvorbereitung
 - 1.2.1 Aus psychosozialer Sicht
Jan Winkler
 - 1.2.2 Aus medizinischer Sicht
Marc Lehmann
- 2 Während der Haft
 - 2.0.1 Juristische Aspekte der Medizin in Haft
Karin M. Meissner
 - 2.1 Frühe Haftphase/Zugang U-Haft
 - 2.1.1 Aus sozialarbeiterischer Sicht
Jörg Troike



2.1.2 Aus medizinischer Sicht
Stefanie Behrens, Marc Lehmann

2.2 Im Laufe der Haft

2.2.1 Aus psychologischer Sicht
Michaela Stiepel

2.2.2 Aus medizinischer Sicht
Thomas Menn

2.3 Vor der Entlassung

2.3.1 Aus sozialarbeiterischer Sicht
Karola Kroworz

2.3.2 Aus medizinischer Sicht
Thomas Menn

3 Nach der Haft

3.1 Sozialer Empfangsraum

3.1.1 Aus sozialarbeiterischer Sicht
Gisela Seeger

3.1.2 Aus Sicht der Bewährungshilfe
Bettina Rienth, Jenny Binscheck

3.1.3 Aus der Praxis eines Freien Trägers
Martin Czarnojan, Michael Wedekind

II Spezieller Teil

1 Problemfelder

1.1 Sucht
Gundula Barsch, Astrid Leicht

1.2 Substitution in Haft
Karlheinz Keppler

1.3 Substitution in Freiheit
Chaim Jellinek, Bernd Westermann

1.4 Tabakgebrauch
Heino Stöver, Catherine Ritter

1.5 Psychische Störungen/Erkrankungen
Norbert Konrad

1.6 Suizidalität
Katharina Bennefeld-Kersten

1.7 Gewalt und Aggression, Psychotrauma
Jens Wittfoot

1.8 Somatik
Jochen Woltmann

1.9 Infektiologie
Jukka Hartikainen

1.10 Haftentlassung - Überleitungsmanagement
Oliver Kaiser

1.11 Versorgungsstrukturen
Regina Schödl, Matthias Lauter

1.12 Patientenrechte
Mario Bachmann, Ferdinand Goeck

2 Zielgruppen

2.1 Migration
Meryam Schouler Ocak

2.2 Sexuelle Orientierung
Marcus Behrens

2.3 Gender
Marcus Behrens, Susanne Reuter

2.4 Altersgruppen im Vollzug (Alte im Vollzug)
Petra Hinzmann

2.5 Jugendliche im Vollzug
Andreas Schindler

2.6 Jugendliche im Arrest
Thomas Wilke, Jochen Drewes, Phil C. Langer, Uwe Koppe

2.7 Drogen, Tätowieren und Sex in Haft
Bärbel Knorr

2.8 Rolle der Bediensteten
Jürgen Herzog, Bernd Künecke

2.9 Forschung zur Gesundheit in Haft
Katrin Erbacher, Heike Drees

III Ausblick

1 Mehr Gesundheit im Gefängnis

1.1 Beispiele aus der Schweiz
Hans Wolff

1.2 Aus internationaler Sicht
Jörg Pont

1.3 Aus italienischer Sicht
Robert Monarca

1.4 Aus spanischer Sicht
Fabio Sternberg