

Herausgegeben von
akzept e.V. Bundesverband
und Deutsche Aidshilfe

7. Alternativer **Drogen- und Suchtbericht** 2020

7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2020

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

Kontaktadresse:

akzept e.V.

*Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik*

Südwestkorso 14

12161 Berlin

Tel.: +49 (0)30 82706946

<https://akzept.eu>

<https://gesundinhalt.eu>

<https://naloxoninfo.de/>

<https://hepatitis-aktion.de>

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

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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

Herausgeber:

akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik,
Deutsche Aidshilfe

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

© bei den Autor_innen

Umschlagfoto: Heino Stöver

2020 Pabst Science Publishers
49525 Lengerich/Westf.

Formatierung: Susanne Kemmer

Druck: KM-Druck 2.0 · D-64823 Groß-Umstadt

Print: ISBN 978-3-95853-636-4

eBook: ISBN 978-3-95853-637-1

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Schützen statt Bestrafen.....	9
<i>Vorwort der Herausgeber_innen von Dirk Schäffer, Heino Stöver & Bernd Werse</i>	

1. Coronakrise

Drogenhilfe in Zeiten von Corona – eine Zwischenbilanz.....	14
<i>Nina Pritszens & Urs Köthner</i>	
Coronakrise: Welche Drogen sind systemrelevant?.....	22
<i>Bernd Werse</i>	
Das Jahr 2020 – ein Meilenstein in der deutschen Alkoholpolitik?	28
<i>Jakob Manthey, Carolin Kilian & Jürgen Rehm</i>	
#100000Substituierte bis 2022 – Corona als Chance sehen	36
<i>Dirk Schäffer, Claudia Schieren & Heino Stöver</i>	

2. Harm Reduction

Drogenkonsumräume – die Notwendigkeit von rechtlichen und strukturellen Anpassungen.....	42
<i>Dirk Schäffer & Urs Köthner</i>	
Diamorphingestützte Behandlung in Deutschland – Stand 2020.....	47
<i>Christian Plattner</i>	
Die WHO HCV Ziele bis 2030 – Wo steht Deutschland?	50
<i>Dirk Schäffer</i>	
Die Novellierung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung – ein Muster ohne Wert?	54
<i>Claudia Schieren</i>	
Safer Nightlife: Eine Aufgabe für Bund, Länder und Kommunen.....	59
<i>Rüdiger Schmolke, Tibor Harrach, Wolfgang Sterneck, Pia Eigenstetter, Katharina Tietz & Scharif Bahri</i>	

Substanzkonsum und Sexarbeit.....	68
<i>Cora Funk & Anja Liebig</i>	
Das neue Tabakwerbeverbot	
Ein Teilerfolg für die Harm Reduction. Und ein partielles Desaster	74
<i>Dietmar Jazbinsek</i>	
Opioiddingete Todesfälle in Deutschland – warum bleibt Naloxon weitgehend ungenutzt?	85
<i>Dirk Schäffer</i>	
3. Drogenpolitik	
Für eine moderne Tabakkontrollstrategie in Deutschland – ein Anfang!.....	90
<i>Heino Stöver</i>	
Langsam und beständig: Kanadas Weg aus der Cannabis-Prohibition.....	99
<i>Aaren Ivers, Übersetzung: Bernd Werse und Gerrit Kamphausen</i>	
Cannabis: Entkriminalisierung mit Ordnungswidrigkeit und Bußgeld?	109
<i>Helmnt Pollähne, Hubert Wimber & Georg Wurth</i>	
Es ist Zeit für eine grundlegend neue Drogenpolitik!	116
<i>Philine Edbauer & Julia Meisner</i>	
Repression und kein Ende?!	
Erneute Würdigung der polizeilichen Zahlen zur Kriminalisierung von Drogengebraucher_innen	120
<i>Hans Cousto & Heino Stöver</i>	
Regulierungsvorschläge am Beispiel von MDMA und Cannabis: Entwürfe vom 1. Antiprohibitionistischen Kongress	
„Vom Schaden der Prohibition“	134
<i>Schildower Kreis, aufgezeichnet von Bernd Werse</i>	
Für ein vertragliches Miteinander?	
Über die konzertierte Aktion im Frankfurter Bahnhofsviertel.....	141
<i>Kollektiv Solidarische Sozialarbeit</i>	
CBD: Stellvertreterkrieg um Cannabidiol	149
<i>Georg Wurth</i>	
Update zu Cannabis als Medizin: Diskussion und Praxis	157
<i>Franjo Grotenhermen & Maximilian Plenert</i>	

4. Andere Maßnahmen von Drogenhilfe und -prävention

§ 16i SGB II – eine Chance für Menschen mit Suchterkrankungen?	166
<i>Rike Bartholomäus, Petra Kaup & Olaf Schmitz</i>	

Ungleiche Chancen – Drogenkonsumierende ohne deutsche Staatsbürgerschaft	171
<i>Petra Narimani</i>	

{quapsss} – Selbsthilfe im Kontext von Substanzkonsum und Sexualität bei MSM* (ChemSex)	179
<i>Urs Gamsavar & Dirk Sander</i>	

5. Forschung

Turn on, tune in, make scientific progress: die Aussichten psychedelischer Therapie zwischen AMG und BtMG	186
<i>Jan Fährmann & Fabian Wenner</i>	

E-Zigaretten als Einstiegsdroge ins Rauchen? Update zur Diskussion um die „Gateway-Hypothese“	192
<i>Bernd Werse, Jennifer Martens & Heino Stöver</i>	

Partizipatives Mapping: ein Workshop zur Beteiligung von Drogenkonsument_innen an Prozessen der Stadtplanung	198
<i>Luise Klaus, Mélina Germes, Francesca Guarascio, Daniela Jamin & Anna Dichtl</i>	

Autorinnen und Autoren	205
------------------------------	-----

Schützen statt Bestrafen

Der Alternative Drogen- und Suchtbericht 2020 fokussiert auf die Frage, wie Schäden durch Drogenkonsum so gering wie möglich gehalten werden können – auch bei Tabak und Alkohol. Die Chancen dafür stehen gut.

*Vorwort der Herausgeber_innen
von Dirk Schäffer, Heino Stöver & Bernd Werse*

Zum 7. Mal eröffnet der Alternative Drogen- und Suchtbericht eine konstruktiv-kritische Perspektive auf die aktuellen Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich. Zahlreiche namhafte Autor_innen informieren über vorbildliche Projekte und innovative Ansätze, weisen auf Missstände und Blockaden hin und entwerfen Szenarien für eine Drogenpolitik der Zukunft.

Ein solches Korrektiv ist weiterhin dringend notwendig. Deutschland verfügt zwar über ein differenziertes Hilfesystem, zugleich bleibt jedoch eine Vielzahl an Möglichkeiten ungenutzt: Individuen und die Gesellschaft könnten noch weit besser vor den Folgen des Drogenkonsums geschützt werden, als es bisher geschieht.

Gleich, ob es um Tabak und Alkohol geht oder um illegale Substanzen: Die Zahl der Menschen, die an den Folgen ihres Drogenkonsums versterben, könnte wesentlich geringer ausfallen. Gesundheitsschäden ließen sich reduzieren oder vermeiden. Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Folgekosten könnten drastisch sinken. Das bedeutet auch: Ein sehr viel effektiverer Einsatz von Ressourcen ist möglich.

Corona weist den Weg

Die Corona-Pandemie hat dabei in diesem Jahr wie ein Vergrößerungsglas Missstände und Herausforderungen, interessanterweise aber ganz besonders Chancen deutlich werden lassen.

Auf der einen Seite haben in der Ausnahmesituation Alltagsdrogen wie Alkohol und Cannabis weiter an Bedeutung gewonnen. Die Lage vieler Menschen, die illegale Drogen konsumieren, hat sich zugespitzt, zugleich musste die ambulante Drogenhilfe mit drastisch verschlechterten Bedingungen zurechtkommen.

Auf der anderen Seite haben in der Krise Wissenschaft, Politik, Behörden und Drogenhilfe teils vorbildlich kooperiert und sehr schnell Veränderungen ermöglicht. So haben zum Beispiel Lockerungen von Regularien und neu geschaffene Vergabestellen in Drogenhilfeeinrichtungen den Zugang zu Substitutionstherapien erleichtert. Auch Menschen ohne Krankenversicherung bekamen Zugang – und konnten teilweise auf diesem Weg wieder eine Versicherung erhalten. So sind nun mehr heroinabhängige

Menschen in einer Substitutionstherapie als vor Lockdown und Kontaktbeschränkungen. Diese Erfahrungen gilt es nun für die Zukunft zu nutzen, die positiven Effekte der Krise zu verstetigen und auszubauen.

Schadensminimierung auch bei Alltagsdrogen

Nicht zufällig bildet die Schadensminimierung im Jahr 2020 einen Schwerpunkt des Alternativen Drogen- und Suchtberichts. Ziel dieses Ansatzes ist, die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Substanzkonsums so gering wie möglich zu halten, statt nur auf Abstinenz zu dringen.

Beim Konsum illegaler Substanzen ist Schadensminimierung – etwa Spritzenvergabe, Drogenkonsumräume oder Informationen über weniger riskante Konsumformen als die Injektion – längst erprobt und erfolgreich. Das Konzept hat nicht nur vielen Menschen das Leben gerettet, sondern auch erheblich dazu beigetragen, dass die Zahl der HIV- und Hepatitis-C-Infektionen in Deutschland im internationalen Vergleich gering ist.

Beim Tabak- und Alkoholkonsum könnte der Ansatz der Schadensminimierung ebenso erfolgreich sein, wird aber noch kaum genutzt. Ein gutes Beispiel sind die E-Zigarette und andere schadstoffreduzierte Tabakprodukte. Bisher werden sie vorwiegend als neue Probleme oder Aufgabenstellungen für die staatliche Regulierung betrachtet. Mittlerweile ist aber klar belegt, dass diese Konsumformen helfen können, die Zahl der Raucher*innen zu senken, und dass die gesundheitlichen Schäden geringer sind als bei der klassischen Verbrennung von Tabak.

Daher plädieren wir auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse dafür, dass Raucher_innen, die nicht aufhören können oder wollen, der Umstieg auf E-Zigaretten empfohlen wird. So sollte es auch in der medizinischen Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ stehen, die zurzeit überarbeitet wird.

Ähnliches gilt im Hinblick auf Alkohol. Benötigt werden zum Beispiel unterstützende Angebote beim kontrollierten Trinken für Menschen mit Alkoholproblemen, aber auch realistische Aufklärung über die Möglichkeiten, Schäden so gering wie möglich zu halten („Safer Use“-Regeln). Trinkende könnten dabei auch auf neuen, auf sie zugeschnittenen Wegen angesprochen werden, zum Beispiel über Flaschenetiketten. All dies sollte mit dem Ziel geschehen, frühe Erfolgserlebnisse jenseits völliger Abstinenz zu ermöglichen.

Kurz: Die bereits bestehenden Maßnahmen zur Prävention oder Entwöhnung bei Tabak und Alkohol müssen um Angebote zur Schadensminimierung ergänzt werden, um mehr Menschen früher mit Botschaften zum Schutz ihrer Gesundheit und Hilfsangeboten zu erreichen. Die bereits erfolgreich beschrittenen Wege bei illegalen Substanzen können hier als Blaupause für den Bereich der legalen Alltagsdrogen dienen. Erfahrungen mit „nassen Einrichtungen“ beim Alkoholkonsum weisen ebenfalls in diese Richtung.

Regulierung und Jugendschutz statt Prohibition

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

In den letzten Jahren haben Tausende Eltern und Familien ihre Kinder und Familienangehörigen durch die Risiken verloren, die unkontrollierte Schwarzmarktsubstanzen mit sich bringen. Viele Menschen haben aufgrund von wiederholten Inhaftierungen, Obdachlosigkeit, Infektionen und Ausgrenzung ihr Leben oder ihre Lebensgrundlage verloren.

Beim Cannabis-Konsum betreffen die Folgen der Strafverfolgung Hunderttausende, vielfach junge Menschen, die am Anfang ihres Lebens stehen und nur phasenweise mit psychoaktiven Substanzen experimentieren. Da sie auf den Schwarzmarkt angewiesen sind, konsumieren sie Drogen unbekannter Zusammensetzung, zu einem großen Teil mit schädlichen Beimengungen.

Die Kriminalisierung verhindert den Konsum ganz eindeutig nicht: Die schädlichen Folgen der Strafverfolgung treffen die jungen Menschen derweil oft mit destruktiver Härte: Strafanzeige, Hausdurchsuchung, Mitteilung an die Schule oder den Lehrbetrieb, Führerscheinentzug sowie Stigmatisierung im familiären und sozialen Umfeld können dramatische und nachhaltige Folgen haben.

Zugleich verschlingt die Strafverfolgung Unsummen, die in Prävention und Hilfsangeboten besser angelegt wären. Eine Regulierung durch eine offizielle Abgabe von Cannabis ist alternativlos. Es gilt junge Menschen zu schützen.

In Deutschland sind heute mehr Drogen zu niedrigeren Preisen auf dem Markt als je zuvor. Die Prohibition verfehlt nicht nur ihr Ziel, Drogenkonsum zu unterbinden, sondern sie verstärkt Risiken und Schäden; viele bringt sie selbst erst hervor. Der 7. Alternative Drogen- und Suchtbericht zeigt sehr klar die Notwendigkeit, den Erwerb und Besitz geringer Mengen – unabhängig von der Substanz – komplett straffrei zu stellen.

Darüber hinaus brauchen wir in Deutschland eine Debatte über regulierte Zugänge zu allen heute illegalen psychoaktiven Substanzen, sei es über Fachgeschäfte oder das Medizinsystem.

Wissenschaftlich und partizipativ

Mit der neuen Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Daniela Ludwig (CSU) haben wir, die Herausgeber_innen des Alternativen Drogen- und Suchtberichts, vielversprechende Gespräche geführt. Wir begrüßen ihre Dialogbereitschaft und die Ankündigung, auf Fortschritte bei der Schadensminimierung hinzuwirken, insbesondere bei der Substitutionsbehandlung sowie der Einrichtung weiterer Drogenkonsumräume. Sie zeigte sich außerdem offen bezüglich Modellen des Drug Checkings, also der

Überprüfung von Drogen auf ihre Inhaltsstoffe, um Überdosierungen und Gesundheitsschäden zu vermeiden. Auch ihre anfängliche Ankündigung, sich mit dem „Portugiesischen Modell“ der Entkriminalisierung auseinanderzusetzen zu wollen, wies in die richtige Richtung.

Diese Gespräche haben Hoffnung auf Fortschritte gemacht, auch weil es an einer engeren Zusammenarbeit mit Wissenschaft und Selbsthilfe in der deutschen Drogenpolitik lange gemangelt hat. Dann allerdings hat, für uns nicht nachvollziehbar, die Drogenbeauftragte die neue Linie wieder verlassen. In der Diskussion über eine Legalisierung von Cannabis agierte sie plötzlich mit unnötiger Schärfe, verwendete dabei längst überholte Argumente und verweigerte sich weiterer Diskussion.

Deutlich wird in Momenten wie diesen immer wieder ein Systemfehler: Die Drogenpolitik unterliegt mächtigen parteipolitischen Beschränkungen, unabhängige, evidenzbasierte Expertisen werden ausgeblendet. Wir fordern daher schon seit einigen Jahren eine interministerielle Kommission mit Fachleuten aus Wissenschaft und Selbsthilfe, die drogenpolitische Entscheidungen mitgestaltet, ähnlich wie es sie in der Schweiz und Frankreich bereits gibt.

Eine Modernisierung der deutschen Drogenpolitik ist überfällig. Die Bundesregierung steht in der Pflicht, evidenzbasiert und partizipativ nach zeitgemäßen Lösungen zu suchen und entsprechende Debatten anzustoßen.

Viele Themen, wie etwa die Einrichtung von Drogenkonsumräumen oder die Vergabe von sauberen Spritzen und Konsumutensilien in Haft, liegen dabei allerdings in der Verantwortung der Bundesländer. Die Bundesregierung kann hier Entwicklungsprozesse anregen und die Länder beim teilweise schwierigen Weg der Implementierung zu unterstützen, so wie sie es zum Beispiel bei der Einführung niedrigschwelliger HIV- und HCV-Testangeboten vorbildlich getan hat.

In Bezug auf Schadensminimierung bei illegalen Substanzen wird Deutschland im Ausland bereits als innovativ wahrgenommen. Gelingt es, diese Erfolge konsequent weiterzuentwickeln und Strafverfolgung schrittweise durch Regulierung zu ersetzen, könnte Deutschland die von vielen erwartete Rolle eines „Motors für Innovation“ wahrnehmen. Der Alternative Drogen- und Suchtbericht möchte dazu beitragen.

Coronakrise



1

Drogenhilfe in Zeiten von Corona – eine Zwischenbilanz

Nina Pritszens & Urs Köthner

Zusammenfassung

Wie sah die Situation für Drogengebrauchende und der Drogenhilfe während der ersten Monate der Corona-Pandemie aus? Welche Maßnahmen hat die niedrigschwellige, ambulante Drogenhilfe ergriffen um Drogengebraucher_innen zu unterstützen und zugleich einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Corona-Pandemie zu nehmen? Welche Erleichterungen in der Substitutionsbehandlung und zusätzlichen Angebote in der Wohnungslosenhilfe haben maßgeblich dazu beigetragen, das Risiko einer stärkeren Verbreitung von Covid-19 in der offenen Drogenszene zu senken?

Die gesundheitlichen Risiken einer Covid-19 Infektion und die Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie treffen Drogengebrauchende besonders hart und konfrontieren die Mitarbeiter_innen der ambulanten Drogen- und Suchthilfe noch deutlicher mit existenziellen Krisensituationen von Drogenkonsument_innen und wohnungslosen Menschen. Auch unsere Einrichtungen befanden sich zwischenzeitlich im Ausnahmezustand.

Mit den fast täglich wechselnden Rahmenbedingungen waren zu Beginn der Pandemie alle Protagonisten stark gefordert. Die Gewährleistung von adäquatem Gesundheitsschutz bei gleichzeitigem Aufrechterhalten von als systemrelevant eingeschätzten Angeboten, z.B. niedrigschwellige Kontakt- und Anlaufstellen mit ihren elementaren Versorgungsangeboten (Essen, Waschen, Duschen, Spritzentausch) und Drogenkonsumräumen, stellten vor dem Hintergrund einer dynamischen Pandemieentwicklung und dem Engpass an Schutzausrüstungen einen anspruchsvollen Balanceakt dar. Zeitgleich mussten die Angebote an den Infektionsschutz angepasst werden und den verschlechterten Lebensbedingungen von Drogengebrauchenden entgegen gewirkt werden.

Situation der Drogengebraucher_innen

Das Einhalten empfohlener infektionsprophylaktischer Maßnahmen ist auch für Drogenkonsumierende von zentraler Bedeutung. (vgl. EMCDDA 2020).

Aufgrund von Begleiterkrankungen und der meist geschwächten körperlichen Konstitution sind viele Drogengebraucher_innen jedoch zusätzlichen Risiken ausgesetzt. Erschwerend kommt hinzu, dass Kontaktbeschränkungen und Separierung in den eigenen Wohnraum schwer einzuhalten oder gar nicht umzusetzen sind, z. B. im Falle von obdachlosen Personen.

Neben den unmittelbaren Risiken durch Covid-19 können erhebliche zusätzliche Belastungen und Sorgen um das Wohlbefinden und die eigene Lebenssituation die persönliche Krise verstärken.

Ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung gilt, dass Krisensituationen diejenigen am stärksten zu treffen scheinen, die ohnehin schon stark belastet sind, in prekären Verhältnissen leben und über wenige materielle oder soziale Ressourcen verfügen.

Die angespannten finanziellen Rahmenbedingungen, in denen sich Drogengebraucher_innen zurechtfinden müssen, verschärften sich durch die Auswirkungen von Pandemie und Eindämmungsmaßnahmen innerhalb kürzester Zeit drastisch. Nicht alle Drogengebraucher_innen haben Zugang zu Transferleistungen zum Lebensunterhalt oder die Transferleistungen reichen bei weitem nicht aus, um den täglichen Bedarf zu decken.

Die Möglichkeiten für Drogengebraucher_innen, Geld zu verdienen, etwa durch Betteln, Flaschensammeln, den Verkauf von Obdachlosenzeitschriften, Gelegenheitsjobs oder Prostitution brachen zunächst vollständig weg. Erst mit dem Wiedererwachen öffentlichen Lebens war es für sie wieder möglich, Geld zu verdienen. Dennoch ist es sehr viel schwieriger geworden, Geld für das Notwendigste zu beschaffen, auch für psychoaktive Substanzen, um z. B. schwere Entzugssymptome oder psychische Krisensituationen lindern zu können.

Existenzsichernde Hilfen wie die Lebensmittelabgabe der Tafeln, kostenlose Mittagstische, Übernachtungsmöglichkeiten oder Dusch- und Waschgelegenheiten wurden zeitweise ebenfalls völlig eingestellt. Gleichzeitig haben die Hamsterkäufe, insbesondere günstiger Lebensmittel und die Lieferengpässe einiger Hersteller das Lebensmittelangebot für Menschen mit geringem Einkommen zusätzlich eingeschränkt.

Am Anfang der Pandemie standen auch viele medizinische und psychosoziale Unterstützungsangebote sowie Angebote der Obdachlosenhilfe nicht mehr oder nur stark eingeschränkt zur Verfügung, was für Drogengebraucher_innen eine zusätzliche Härte bedeutete. Entgiftungen und Therapieeinrichtungen haben keine neuen Patient_innen aufgenommen. Die Krankenhäuser mussten stationäre Behandlungen absagen, um ausreichend Betten für an Covid-19 erkrankte Menschen zur Verfügung stellen zu können.

Situation wohnungsloser Drogengebraucher_innen

Drogengebraucher_innen ohne festen Wohnsitz können Maßnahmen zur Infektionseindämmung bei Anerkennung aller Entbehrungen deutlich schwerer umsetzen als der Großteil der Bevölkerung.

Die „offene Drogenszene“, welche sich überwiegend im öffentlichen Raum aufhält, stellt für einen Teil von Drogengebraucher_innen die einzige Möglichkeit dar, soziale Kontakte zu pflegen. Maßnahmen wie „Stay at home“ oder „Social Distancing“ sind für Wohnungslose zumeist nicht umzusetzen, da jegliche Möglichkeiten des Rückzugs und des Schutzes fehlen. Gleichzeitig bedeutet der Verzicht auf soziale Kontakte innerhalb der Szene ggf. die totale soziale Isolation.

Das Verlegen der Kontakte in digitale Räume, die in vielen Teilen der Gesellschaft erfolgte, bietet mangels internetfähiger Endgeräte keine Alternative.

Besonders brisant ist die Situation von wohnungslosen Drogengebraucher_innen, die sich mutmaßlich infiziert haben und sich in Quarantäne begeben müssten.

Die Lage der Drogenhilfe

Im Bereich der ambulanten Drogenhilfe haben der eklatante Mangel an Schutzausrüstungen für Mitarbeitende, Desinfektionsmittel sowie Nasen-Mundschutz für Klient_innen zu Beginn der Krise zu Einschränkungen der Angebote geführt. Beratungsgespräche mussten primär auf den telefonischen Kontakt umgeleitet werden. Vor-Ort-Begegnungen mussten gemäß der Eindämmungsverordnung des jeweiligen Bundeslandes eingeschränkt werden. Eine Beratung Face-to-Face fand jedoch statt, wenn andere Unterstützung nicht möglich oder unzureichend war. Die Infrastruktur der Einrichtungen war nicht auf einen nennenswerten Aus- und Aufbau digitaler Angebote vorbereitet. Die Situation entspannte sich vielerorts erst nach einigen Wochen, einhergehend mit sinkenden Neuinfektionszahlen und der besseren Versorgung mit Schutzausrüstungen.

Die notwendigen Eindämmungsmaßnahmen mit Abstandsregeln und Kontaktbeschränkungen werden die meisten Angebote der Drogenhilfe jedoch auch längerfristig, zumindest in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Kapazitäten, einschränken. Insbesondere die pädagogische Arbeit in niedrigschwelligen Einrichtung ist längerfristig beeinträchtigt, da die »offene Tür« und Face-to-Face-Kontakte, als Grundmerkmale akzeptierender, niedrigschwelliger Drogenarbeit durch die Abstands- und Hygieneregeln stark beeinträchtigt werden bzw. nicht mehr realisiert werden können.

Arbeitsschutz und Infektionsschutz für Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe

Die Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe waren ebenfalls zusätzlichen persönlichen Infektionsrisiken und ggf. sozialen und psychischen Belastungen ausgesetzt.

Die Einrichtungen der Drogen- und Suchthilfe benötigten daher umfassende, abgestimmte Hygienekonzepte sowie Quarantänepläne und ausreichend Schutzausrüstungen für alle Mitarbeitenden der verschiedenen Beratungs- und Behandlungssettings.

In ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber_in musste sich die Drogenhilfe mit einem unterschiedlichen Sicherheitsbedürfnis der Kolleg_innen und mit den individuellen Risiken, z. B. Vorerkrankungen der Mitarbeiter_innen, auseinandersetzen und dem Rechnung tragen.

Digitalisierung der Drogen- und Suchthilfe

Die Pandemie machte einen Entwicklungsschub im Bereich digitaler Beratungsformen notwendig. Neben der Einführung von Beratung via Telefon erprobten sich auch zahlreiche Einrichtungen erfolgreich in der Beratung und Behandlung mit Hilfe von Videochat-Anwendungen.

Hierfür benötigen die Einrichtungen die entsprechende Hard- und Software sowie zusätzliche Beratungskompetenz, um die Angebote langfristig zu sichern und diese auch fachlich über den Status einer „Notlösung in Krisenzeiten“ hinaus weiterzuentwickeln. Mittelfristig können digitale Angebote die Beratungs- und Behandlungsangebote der ambulanten Drogen- und Suchthilfe ergänzen.

Die Phase der Einschränkungen und des Social Distancing haben jedoch auch den großen Wert von persönlicher menschlicher Interaktion deutlich gemacht, zumal wohnungslose Drogengebraucher_innen eher nicht von den digitalen Angeboten Gebrauch machen können.

Globale und lokale Drogenmärkte

Ähnlich den legalen Wirtschaftskreisläufen hat die Corona-Pandemie Auswirkungen auf den (globalen) Drogenmarkt. Die Zugangswege für die Endverbraucher_innen, Preise und Qualität der verfügbaren Substanzen können stark schwanken.

In einigen Städten wurden Engpässe in der Versorgung mit psychoaktiven Substanzen und eine schwankende Qualität der Drogen beobachtet. Diese mündeten bei polyvalenten Konsummustern von verschiedenen Substanzen, wie z. B. Benzodiazepinen, Opioiden und Alkohol nicht selten in lebensbedrohliche Zustände und Entzugssymptome (vgl. Werse & Klaus 2020).

In Berlin kam es nur kurzzeitig zu spürbaren Engpässen in der Versorgung mit psychoaktiven Substanzen. Im Frühjahr schien der Markt unbehelligt vom Erlahmen globaler Lieferketten zu sein (vgl. Plarre 2020).

Aufgrund der Illegalität des Marktes sind keine validen Aussagen von Händlern zu Produktion oder Instabilität von Lieferketten zu erwarten. Es ist daher möglich, dass die Versorgung noch aus Beständen, die sich bereits vor Ausbruch der Pandemie im Inland befanden, gedeckt werden konnte.

Laut Weltrogenbericht ist die Produktion von psychoaktiven Substanzen und ihren zur Herstellung benötigten Grundstoffen in Ländern wie Mexiko, Kolumbien oder China stark ins Stocken geraten. Die Grenzschließung hat zusätzlich zu erheblichen Logistikproblemen geführt (vgl. Uhlmann 2020). Das Andauern der Pandemie und verschärfte Eindämmungsmaßnahmen können die Versorgung mit psychoaktiven Substanzen also in absehbarer Zeit massiv gefährden. Es ist anzunehmen, dass eine dauerhafte Verknappung steigende Preise bei geringerer Qualität durch Beimischungen nach sich ziehen wird.

Kompensatorische Maßnahmen in der Corona-Pandemie

Fachverbände und Selbsthilfeorganisation haben schnell auf die Krise reagiert und gemeinsam hilfreiche Informationen für Drogengebraucher_innen zusammengestellt und über die ambulante Drogen- und Selbsthilfe verteilt. (Akzept/DAH/JES 2020a).

Darüber hinaus wurde die Öffentlichkeit auf die zum Teil prekäre Situation von Drogengebraucher_innen aufmerksam gemacht. Am 20. März 2020 veröffentlichten Akzept e.V., Deutsche Aidshilfe und das Selbsthilfenetzwerk JES („Junkies, Ehemalige und Substituierte“) gemeinsam einen „Hilferuf der Suchthilfe“, in dem die zu

erwartenden Auswirkungen beleuchtet und Maßnahmen gefordert wurden, welche sowohl einer schnellen Verbreitung der Pandemie unter Drogengebraucher_innen sowie der weiteren Verschlechterung der Lebensbedingungen entgegenwirken könnten (Akzept/DAH/JES 2020b):

- Die Möglichkeit der sofortigen und ggf. temporären Substitutionsbehandlung für Opioidkonsument_innen, insbesondere auch für nicht versicherte und obdachlose Drogenkonsument_innen.
- Der Erhalt von Krankenhausbetten für Menschen mit bedrohlicher Entzugssymptomatik.
- Die Zurverfügungstellung von Notunterkünften für leichter Erkrankte und in Quarantäne unterzubringende obdachlose Menschen.
- Die Sicherstellung der Substitution für in Quarantäne befindliche Drogenkonsument_innen, unabhängig davon, ob sie vorher bereits mit Substitutionsmedikamenten behandelt wurden oder nicht.
- Die Notfallversorgung für Menschen mit einem missbräuchlichen Konsum von Kokain/ Kokainderivaten.
- Die Anerkennung und schriftliche Bestätigung von niedrigschwelligen Hilfsangeboten, wie z. B. Drogenkonsumräumen, als „systemrelevante Angebote und Einrichtungen“.

Diese frühen Aktionen waren in vielerlei Hinsicht Grundlage für weitere Planungen und Stellungnahmen. Sogleich sprach sich die Bundesdrogenbeauftragte Daniela Ludwig (CSU) öffentlich mit einer Presserklärung dahingehend aus, die ambulante und stationäre Suchthilfe in der Corona-Krise aufrechtzuerhalten. Dies sei zum einen durch die Fortführung der Finanzierung sowie durch die Anerkennung insbesondere von Drogenkonsumräumen als systemrelevante Einrichtungen, die nicht durch Ausgangssperren beeinträchtigt werden sollten, zu ermöglichen. (vgl. Krankenkassen Deutschland 2020)

Die Einrichtungen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe wurden durch die jeweiligen Länder und Kommunen als systemrelevant anerkannt und somit konnten die Angebote weitestgehend weiterfinanziert und im Rahmen des Möglichen aufrechterhalten werden. Mit Blick auf andere Dienstleistungen wird bewusst, dass dies keine Selbstverständlichkeit war.

Der erhöhte Schutzbedarf von wohnungslosen Menschen fand ebenfalls in vielen Städten und Kommunen Gehör. In Berlin hat die Politik den Bedarf frühzeitig erkannt und in der Konsequenz zwei zusätzliche Objekte mit insgesamt 300 Plätzen und einer Quarantänestation für die Unterbringung von wohnungslosen Menschen, auch Drogengebraucher_innen, angemietet.

In Hamburg war die Unterbringung von wohnungslosen Drogengebraucher_innen und wohnungslosen Sexarbeiter_innen relativ zügig in Hotels möglich.

Sicherstellung der Opiatsubstitution

Die nahtlose Versorgung von Menschen, die sich in einer Opiatsubstitution befinden, hat alle Beteiligten in Behandlung, Psychosozialer Betreuung (PSB) und Politik ebenfalls frühzeitig beschäftigt.

Zu Beginn der Pandemie bestand die Befürchtung, dass ganze Arztpraxen auf Grund von Quarantäne-Maßnahmen vorübergehend schließen müssen und die Versorgung zumindest zeitweise nicht gewährleistet werden kann. Zudem war nicht abzusehen, wie sich die Begleitumstände der Pandemie auf den Drogenmarkt auswirken würden und ob zunehmend mehr Opiatgebraucher_innen sich in Substitution begeben wollen, um lebensbedrohliche Versorgungsengpässe zu vermeiden.

Die Bundesregierung hat zeitnah auf die Hilferufe reagiert. Am 21. April 2020 trat die SARS-CoV-2 Arzneimittelverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Kraft.

Die neue Verordnung ermöglichte Substitutionsärzt_innen, mehr Patient_innen zu behandeln. Darüber hinaus brachte die veränderte Take-Home-Vergabe erhebliche Erleichterungen für die Patient_innen.

Ähnlich wie viele Einrichtungen der ambulanten Drogenhilfe brauchten die Substitutionspraxen eine kurze Phase der Orientierung und Neuorganisation. Bereits nach wenigen Tagen nahmen die Praxen wieder neue, zusätzliche Patient_innen auf, so dass die Vermittlung in die Substitutionsbehandlung nur temporär verzögert wurde. Die Versorgung der substituiert lebenden Menschen konnte letztlich bis dato sichergestellt werden.

Eine besondere Herausforderung stellte jedoch die Behandlung der Menschen ohne Krankenversicherung dar – zweifelsohne ist sie für die nichtversicherten Opiatgebraucher_innen am größten und sind die Folgen am weitreichendsten. Den Betroffenen fehlen oft Zeit und Kraft, sich parallel zur akuten Opiatabhängigkeit und dem einhergehenden Alltag um die Voraussetzungen eines Krankenversicherungsschutzes aktiv und nachhaltig zu kümmern.

Das Drob Inn in Hamburg eröffnete Anfang April 2020 eine Substitutionsambulanz für Menschen mit und ohne Krankenversicherungsschutz. Das Angebot ist täglich ca. 3 ½ Stunden geöffnet und eingebettet in ein Beratungs- und Behandlungskonzept (vgl. Tügel 2020). Das Projekt wird zum Teil durch die Stadt Hamburg und durch die Krankenkassen finanziert. Die Bundesdrogenbeauftragte lobte das Projekt öffentlich und äußerte die Ermutigung bzw. Hoffnung, dass andere Städte dem Beispiel folgen könnten (vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2020).

Ausblick und Fazit

In dieser schwierigen Zeit sind zahlreiche bildungs-, sozial- und gesundheitspolitische Probleme verstärkt in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt und zügig Maßnahmen bzw. Reformen zur Verbesserung der Versorgungslage von Drogengebraucher_innen umgesetzt worden.

Um langfristig davon zu profitieren und die Situation dieser Menschen zu verbessern, bedarf es konkreter Maßnahmen zur Befriedigung basaler Grundbedürfnisse, welche zeitnah und nachhaltig realisiert werden müssen.

Daher ist

- die Weiterführung der SARS-CoV-2-Arzneimittelverordnung auch über Corona hinaus unbedingt notwendig.
- die Versorgung mit Wohnraum jenseits der Notübernachtung bei Bedarf inklusive Beratungsmöglichkeit und niederschwelligem Zugang zu Substitution zu gewährleisten.
- die Sicherstellung wirksamer Drogenhilfeangebote während und nach der Pandemie zu garantieren. Kontakt- und Beziehungsarbeit lassen sich langfristig nicht aus dem Homeoffice betreiben. Eine verlässliche, systemtragende Drogenhilfe braucht dementsprechende Infrastruktur und ausreichend persönliche Schutzausrüstung (PSA) für Mitarbeiter_innen der Drogenhilfe. Durch die Pandemie finanziell geschwächte Kommunen und Länder sollen Unterstützung durch den Bund erfahren, um einer Schließung von Angeboten der Sucht- und Drogenhilfe entgegen zu wirken.
- die Weiterentwicklung der Substitution als Maßnahme zur Schadensminimierung und die Zunahme von Substitutionsbehandlungen durch Opiatgebraucher_innen durch konsequente Nutzung der Möglichkeiten (wohnnah Versorgung, veränderte Take-Home-Regelungen, Z-Rezepte, Apothekenmodell, Telemedizin, Verschreibung ohne persönliche Konsultation) ist notwendig. Der Ausbau der Substitution (-skapazitäten) und Behandlung von Nichtversicherten ist nachhaltig zu gestalten.
- die fachliche Weiterentwicklung der Safer Use-Strategien und die Anpassungen der Infektionsprophylaxe bezüglich Covid 19 wichtig.
- die Sicherstellung der Versorgung mit Lebensmitteln im Krisenfall wie im Alltag notwendig.
- die Abkehr von einer repressiven, pathologisierenden Drogenpolitik hin zu einer Regulierung der Drogenmärkte und Entstigmatisierung und Entkriminalisierung von Drogengebraucher_innen umzusetzen.

Literatur

- Akzept/DAH/JES (2020a): Corona-Informationen für Drogengebraucher_innen. Akzept e.V./Deutsche Aidshilfe/JES-Bundesverband, 20. März 2020. <https://www.akzept.eu/aktuelles/meldungen/>
- Akzept/DAH/JES (2020b): Hilferuf der ambulanten Drogen-, Aids- und Suchthilfe. Covid 19 – schnelle Hilfen für Drogengebrauchende und Obdachlose. Akzept e.V./Deutsche Aidshilfe/JES-Bundesverband, 20. März 2020. <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2020/03/Hilferuf-dah-akzept-jes.pdf>
- Deutsche Aidshilfe (2020): Verschreibung und Abgabe von Substitutionsmitteln vorübergehend erleichtert, 22.04.2020; <https://www.aidshilfe.de/meldung/verschreibung-abgabe-substitutionsmitteln-voruebergehend-erleichtert>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2020): Pressemitteilung vom 21. April 2020, <https://www.drogenbeauftragte.de>
- EMCDDA (2020): Neueste Informationen der EMCDDA über die Auswirkungen von Covid-19 auf Drogenkonsumierende und die Drogenhilfe, 25.03.2020 (Update 1). Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://www.emcdda.europa>.

- eu/system/files/publications/12879/EMCDDA%20Covid-19%20update_1_23032020_DE.pdf
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2020): Corona-Pandemie: SARS-CoV2-Arzneimittelversorgungs-verordnung in Kraft, 28.04.2020, <https://www.kvberlin.de/20praxis/ne200428.html>
- Konferenz der Vorsitzenden der KV-Qualitätskommissionen Substitutionsbehandlung (2020): Hinweise für substituierende Ärztinnen und Ärzte zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19, 16.03.2020 <https://www.akzept.eu/wp-content/uploads/2020/03/SubstitutionUndSars2-ovid19.pdf>
- Krankenkassen Deutschland (2020): Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Suchthilfe in Corona-Krise aufrechterhalten, dpa, 20.03.2020; <https://www.krankenkassen.de/dpa/298249.html>
- Plarre, Plutonia (2020): „Drogenhandel in Berlin in Corona-Zeiten: Drogenlager noch gut gefüllt“. In: taz, 19.04.2020
- Schumacher, Florentin: „Drogenhandel: Willi kriegt seinen Stoff nicht“, In: Zeit Online, 30.04.2020, <https://www.zeit.de/entdecken/2020-04/drogenhandel-coronavirus-abhaengigkeit-entzug-heroin>
- Stöver, Heino (2020): „Die Zukunft der Substitutionsversorgung steht auf dem Spiel“, In: Forum Substitutionspraxis, 10.06.2020; <https://www.forum-substitutionspraxis.de/versorgungspraxis/national?start=5>
- Tügel, Christine (2020): Presseinformation des Vereins Jugendhilfe e.V.: „Corona-Virus: Niederschwellige Substitutionsambulanz im Drob Inn eröffnet“, 06.04.2020, Hamburg, http://www.jugendhilfe.de/pdf/PI_Jugendhilfe_2020_04_06_Corona_Substitutionsambulanz_DrobInn.pdf
- Uhlmann, Berit (2020): „Kein Stoff, und jetzt?““. In: Süddeutsche Zeitung, 26.06.2020 <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/drogen-coronavirus-sucht-1.4947992>
- Weiss, Jana (2020): „Wie sich die Coronakrise auf Drogenabhängige auswirkt“, In: Der Tagesspiegel, 27.05.2020; <https://www.tagesspiegel.de/berlin/angst-einsamkeit-schlechter-gesundheitszustand-wie-sich-die-coronakrise-auf-drogenabhaengige-auswirkt/25862194.html>
- Werse, Bernd & Klaus, Luise (2020): Corona, ‚harte‘ Szenen und Drogenhilfe – Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. SUCHT (erscheint demnächst)

Coronakrise: Welche Drogen sind systemrelevant?

Bernd Werse

Zusammenfassung

Die Coronakrise hat offenbar Änderungen in der Nachfrage von Drogen mit sich gebracht: Cannabiskonsumierende haben ihren Konsum offenbar tendenziell gesteigert, und auch der Alkoholkonsum in der Bevölkerung ist regelmäßiger geworden, wobei dies offenbar weniger auf das Rauschtrinken zutrifft. Während mangels Gelegenheiten deutlich weniger ‚Partydrogen‘ gebraucht werden, hat sich in ‚harten‘ Drogenszenen vor allem die finanzielle und soziale Situation verschlechtert. Gleichzeitig wurde das Angebot für illegale Drogen nur sehr bedingt beeinträchtigt. Diese Befunde werfen abermals die Frage nach der Effizienz wie auch Sinnhaftigkeit des Systems der Drogenprohibition auf.

„Deutschland hamstert Klopapier, Frankreich lieber Rotwein und Kondome“ (Mopo 2020) – so oder so ähnlich wurde zu Beginn des Lockdowns über angebliche länderspezifische Reaktionen auf die Coronakrise berichtet. Schnell wurde aufgeregt diskutiert; vermeintliche Expertinnen boten Erklärungen für diese Befunde an (Imdahl 2020), Karikaturist_innen und Satiriker_innen machten sich über die analfixierten und spaßbefreiten Deutschen lustig. Allerdings wurde schon recht bald klar, dass diese Meldung keinerlei empirische Grundlage hatte, es also keine Hinweise darauf gab, dass Menschen in Frankreich in der Krise mehr als anderswo Alkohol und Verhütungsmittel erwerben (Dees 2020), und mehr noch: Klopapierhamstern war ein weltweites Phänomen (Frankfurter Rundschau 2020). Etwa ebenso schnell wurde klar, dass auch in Deutschland der Alkoholverbrauch anstieg (Brisant 2020).

Ebenfalls zu Beginn der Krise bildeten sich vor niederländischen Coffeeshops lange Schlangen, weil die Regierung die Schließung der staatlich tolerierten Cannabisläden angekündigt hatte (FAZ 2020). Allerdings wurde diese Regelung bereits am Tag nach ihrer Einführung wieder aufgehoben (Hanfjournal 2020): u.a. waren Gerüchte aufgekommen, dass sich an den Schlangen vor den Coffeeshops bereits Straßendealer eingefunden hatten, um Wartenden zwecks Versorgung während des Lockdowns ihre Telefonnummern weiterzureichen. Offenbar hatte die niederländische Regierung rasch eingesehen, dass sich die Konsumierenden im Folgenden illegal versorgen würden, mit allen Infektionsrisiken. Daher durften die Coffeeshops einen Tag später wieder unter strengen Auflagen (u.a. nur Außer-Haus-Verkauf und kein Aufenthalt vor Ort) wieder öffnen. Etwa zur gleichen Zeit wurden Cannabisläden in den US-Bundesstaaten, in denen die Droge legalisiert worden ist, als systemrelevant eingeschätzt und dementsprechend von Beginn der Lockdown-Maßnahmen an offengehalten (Sharp 2020). Hier gab es frühzeitig Berichte über Hamsterkäufe von Cannabisprodukten, um ‚besser durch die Krise zu kommen‘ (Millward 2020). Was Cannabis zur medizinischen Nutzung (relevant in einer weitaus größeren Zahl von US-Bundesstaaten)

betrifft, so wurden die Regelungen zwecks Infektionsschutz gelockert: Patient_innen brauchten fortan kein Rezept mehr, um sich in den ‚Dispensaries‘ mit Hanfprodukten zu versorgen (Schraer 2020).

Cannabiskonsum während der Krise

Andernorts hat man also auf offizieller Ebene erkannt, dass die Möglichkeit, Cannabis zu kaufen, systemrelevant sein kann. Wie sieht es aber in Deutschland mit Cannabiskonsum und -versorgung während der Krise aus? Dazu haben wir vom Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität etwa auf dem Höhepunkt der Lockdown-Maßnahmen (ab dem 9. April) eine Online-Befragung gestartet¹.

Daran beteiligten sich insgesamt 1146 Personen, von denen 91% männlich sind; das Durchschnittsalter lag bei 29,6 Jahren. Zum größten Teil handelt es sich um regelmäßige, oft auch intensive Konsument_innen: etwas mehr als die Hälfte (51%) gab an, vor der Krise täglich Cannabis konsumiert zu haben, 28% mehrmals die Woche, 10% etwa einmal pro Woche, 7% monatlich, aber nicht wöchentlich und nur 4% seltener als monatlich. Bemessen an Repräsentativbefragungen (etwa: Karachaliou et al. 2019) sind Gelegenheitskonsumierende stark unterrepräsentiert, täglich Konsumierende hingegen besonders stark vertreten. Aus dieser Stichprobe gaben insgesamt 16% an, sie konsumierten seit Beginn der Corona-Krise weniger, 45% konsumierten nach eigener Angabe etwa gleich viel wie zuvor und 39% mehr als zuvor. Die Gründe hierfür können anhand der verfügbaren Daten zwar nicht genau beziffert werden, aber die Spanne geht dabei weit auseinander: während manche Konsumierende positiv hervorhoben, dass ihnen die erzwungene Freizeit zuhause „mehr Zeit zum Genießen“ verschafft habe, gaben andere schlichtweg Langeweile, aber auch „erzwungene Einsamkeit“ oder auch Ungewissheit bzw. Ängste angesichts der Pandemie an. Darauf, dass mehr Freizeit eine wichtige Rolle spielen dürfte, deutet auch das Ergebnis hin, dass diejenigen, die aufgrund der Krise weniger oder gar nicht arbeiten (konnten), signifikant häufiger angaben, mehr zu konsumieren. Unter denjenigen, die weiterhin arbeiteten, waren es vor allem diejenigen, die zuhause arbeiteten, die ihren Konsum gesteigert hatten – möglicherweise ein Hinweis darauf, dass der Cannabisgebrauch auch zum Stressabbau verwendet wurde.

Die Ergebnisse zum gestiegenen Konsum wurden auch in einer Spezialausgabe des „Global Drug Survey“, einer ebenfalls nicht-repräsentativen Onlinebefragung, mit rund 19.000 Antwortenden aus Deutschland bestätigt: von denjenigen, die regelmäßig Cannabis konsumieren, gaben mit 39% exakt gleich viele wie in unserer Stichprobe an, dass sich ihr Gebrauch während der Pandemie gesteigert habe (Winstock et al. 2020); ähnliches wurde für die gesamte internationale Stichprobe festgestellt. Und auch in der Schweiz kam eine ähnliche Erhebung zu vergleichbaren Ergebnissen (Schori & De Simone 2020).

Interessante Ergebnisse ergaben sich in unserer Erhebung auch bei der Frage nach Verfügbarkeit und Preisentwicklung: während knapp die Hälfte (48%) angab, keine Veränderungen feststellen zu können, meinten etwa ebenso viele (47%), dass die

¹ Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse waren abgesehen von über Social Media verbreiteten Einzelergebnissen nicht veröffentlicht; demnächst folgt voraussichtlich eine detaillierte Fachveröffentlichung.

Verfügbarkeit schlechter geworden sei (besser: 1%, weiß nicht: 5%). Ähnliches zeigte sich bei der Frage nach dem Preis von Cannabisblüten: 57% stellten keine Änderung fest, die übrigen Befragten gaben eine durchschnittliche Preiserhöhung von 2,50 € pro Gramm an. Während die Versorgung also vielerorts praktisch nicht beeinträchtigt war, wurden von anderen Befragten sehr deutliche Engpässe vermeldet („hier gibt es nichts mehr“).

Alkohol und andere Drogen während der Krise

Wie eingangs angesprochen, gibt es Anzeichen dafür, dass sich auch der Alkoholkonsum während der Pandemie erhöht haben könnte. Darauf deuten nicht nur Marktdaten hin (wobei diese auch wiederum von Hamsterkäufen sowie der Schließung gastronomischer Betriebe beeinflusst sein könnte), sondern mittlerweile auch Befragungsdaten: Forscher_innen des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und einer Nürnberger Privatuniversität führten hierzu ebenfalls eine nicht repräsentative Onlinebefragung durch (Georgiadou et al. 2020), an der sich bis Mitte April 2150 Personen beteiligten, hier allerdings mehrheitlich Frauen (65,4%). Der Anteil der aktuell Alkohol Konsumierenden, die angaben, ihren Konsum während der Krise gesteigert zu haben, lag mit 37% wiederum ähnlich hoch wie der o.g. Anteil bei den Cannabis Konsumierenden („weniger“: 21%).

Auch im Global Drug Survey (Winstock et al. 2020) gab es Hinweise auf einen gestiegenen Alkoholkonsum: 41% der deutschen Befragten gaben an, dass sich die Anzahl der Tage pro Woche, an denen sie Alkohol trinken, erhöht habe. Im Hinblick auf „Binge Drinking“ (mindestens 5 alkoholische Getränke während einer Trinkgelegenheit) deutet sich hingegen eher ein Rückgang an: in der internationalen Gesamtstichprobe stehen 24%, die angeben, dass sie dies häufiger als zuvor betreiben, 30% gegenüber, die weniger häufig „bingen“. In Deutschland liegt der Anteil derer, die angaben, häufiger mindestens 5 alkoholische Getränke zu konsumieren, mit 18% unter dem Durchschnitt. Im Übrigen lag Deutschland bei dieser Erhebung durchweg unter dem Durchschnitt: in den meisten anderen beteiligten Ländern hatte sich der Alkoholkonsum also stärker erhöht als hierzulande.

Im Unterschied hierzu kommt eine weitere transnationale Befragung mit gewichteten Daten zu dem Ergebnis, dass sich der Alkoholkonsum in Deutschland kaum verändert, in anderen Ländern sogar tendenziell verringert habe. Auch hier gab es indes einen tendenziellen Anstieg bei der Konsumhäufigkeit und einen deutlichen Rückgang beim Rauschtrinken (Manthey et al. 2020, Manthey et al. in diesem Band).

Im Global Drug Survey wurde auch nach dem Gebrauch von MDMA/Ecstasy und Kokain gefragt: bei beiden Drogen übersteigt jeweils der Anteil der Konsumierenden, die während der Pandemie weniger konsumierten, den derer, die mehr konsumierten; bei MDMA (37% vs. 9%) deutlicher als bei Kokain (33% vs. 20%). Nicht nur die klassische „Partydroge“, sondern auch Kokain wurde also – v.a. mangels Gelegenheiten zum ‚sozialen‘ Konsum – im Unterschied zu den ‚Alltagsdrogen‘ Alkohol und Cannabis weniger konsumiert als zuvor.

„Harte Szenen“ während der Krise

Im Kontrast zu den obigen, insbesondere auf Freizeitkonsum fokussierten Resultaten seien an dieser Stelle noch kurz einige Ergebnisse einer Studie zur Situation in „harten Szenen“ wiedergegeben, die mittels einer qualitativen Online-Befragung unter Mitarbeitenden der ambulanten Drogenhilfe aus 26 deutschen Städten erhoben wurden (Werse & Klaus 2020). Als Hauptproblem der Menschen, die intensiv „harte Drogen“ konsumieren, während der Pandemie wurden die durch den Lockdown stark eingeschränkten Möglichkeiten genannt, an Geld zu kommen (Betteln, Flaschensammeln, Prostitution, kleine Diebstähle u.a.). Die Versorgung mit Drogen war hingegen nur bedingt eingeschränkt, was eher mit einer größeren Vorsicht der Dealer im „leeren“ öffentlichen Raum als mit mangelndem Nachschub begründet wurde. Auch die Preise stiegen – wenn überhaupt – nur moderat an, am ehesten noch bei schwarz gehandelten Arzneimitteln wie Benzodiazepinen und Buprenorphin. Letzteres ist auch ein Hinweis auf Änderungen im Konsumverhalten: mangels Geld wurde verstärkt auf grundsätzlich preisgünstigere Drogen, auch Alkohol, zurückgegriffen. Gerade im Hinblick auf Harm Reduction und andere Hilfsangebote hat die Pandemie sowohl für Konsumierende als auch für Drogenhilfepersonal deutliche Belastungen mit sich gebracht (siehe auch Pritzens & Köthner in diesem Band).

Fazit

Möglicherweise hat die Coronakrise allgemein – nicht nur in Deutschland – tendenziell das Bedürfnis erhöht, Alkohol oder Cannabis zu konsumieren; entweder um sich abzulenken, Langeweile zu bekämpfen, sich zu betäuben oder auch schlichtweg aus Genussgründen angesichts ungewohnter Freizeit. Es ist jedenfalls nicht angemessen, solche Befunde pauschal mit Überschriften wie „Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte“ (Georgiadou et al. 2020) zu problematisieren (ebenso wenig wie angesichts des vermeintlich gesteigerten Rotweinkonsums der Französinen bzw. Franzosen solches zu romantisieren). Dies gilt insbesondere angesichts der widersprüchlichen Befunde zum Alkoholkonsum: Auch, wenn sich die Häufigkeit des Konsums gesteigert haben könnte, ist die konsumierte Menge aufgrund des rückläufigen Rauschtrinkens wohl eher zurückgegangen. Womöglich sind auch ansonsten als problematisch eingeschätzte Konsummotive für beide Drogen wie die Bekämpfung von Ängsten im Fall der Corona-Pandemie in der Gesamtbetrachtung eher nützlich als riskant oder gefährlich. Zumal: nicht nur bestimmte Formen riskanten Alkoholkonsums, sondern auch Prävalenzraten von „Partydrogen“ sind gleichzeitig offenbar eher zurückgegangen.

Bemerkenswert ist, dass man diese Grundbedürfnisse in Ländern mit (quasi) legalem Cannabis rasch erkannt hat und die entsprechenden Verkaufsstellen als systemrelevant eingestuft hat. Auch bei uns muss es Menschen, die ein solches Bedürfnis haben, nicht nur in Zeiten einer Pandemie möglich sein, legal an diese Substanzen zu gelangen; ebenso, wie Alkohol selbstverständlich weiterhin überall verfügbar gewesen ist.

Die Beobachtungen in ‚offenen Szenen‘ haben gezeigt, dass sich diejenigen, die solchen Szenen angehören – natürlich – auch von Krisen nicht davon abhalten lassen, Drogen zu konsumieren. Aus Kostengründen hatte sich offenbar lediglich die Palette der konsumierten Substanzen etwas verschoben, was aber keineswegs mit einem weniger riskanten Konsumverhalten gleichzusetzen wäre, zumal sich insgesamt die sozialen und auf physische und psychische Gesundheit bezogenen Bedingungen verschlechtert haben.

Die Versorgung mit illegalen Substanzen schließlich ist erstaunlicherweise auch zu Zeiten von weitgehenden Grenzschießungen und lahmgelegtem öffentlichen Leben offenbar nur bedingt schlechter geworden: Mehrheitlich wurde über geringe oder auch gar keine Änderungen berichtet, und die Beeinträchtigungen, die es gab, waren oftmals eher auf eine erhöhte Vorsicht von Dealern zurückzuführen als auf Störungen der Lieferketten. Lediglich in bestimmten Regionen schien es v.a. bei der Cannabisversorgung Probleme gegeben zu haben. Diese Beobachtungen zeigen ein weiteres Mal, dass das Prohibitionsregime im Hinblick auf eine Verknappung des Angebots einfach nicht funktioniert. Und: ohnehin scheint das Bedürfnis nach psychoaktiven Substanzen stets Wege zu finden, diese auch zu befriedigen, unabhängig davon, ob es gerade durch eine globale Krise beeinflusst wurde oder nicht.

Literatur

- Brisant (2020): Deutsche kaufen mehr Alkohol in der Coronakrise. Artikel vom 20.04.2020. <https://www.mdr.de/brisant/deutsche-kaufen-mehr-alkohol-in-coronakrise-100.html>
- Dees, N. (2020): Corona in Frankreich: Von wegen nur Wein und Kondome. Mainpost, Artikel vom 15.04.2020, <https://www.mainpost.de/regional/schweinfurt/Corona-in-Frankreich-Von-wegen-nur-Wein-und-Kondome;art763,10434490>
- FAZ (2020): Niederländer hamstern Cannabis. Artikel vom 16.03.2020, <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/coronavirus-krise-niederlaender-hamstern-cannabis-16681235.html>
- Frankfurter Rundschau (2020): Coronavirus: Psychologen erklären das Hamstern von Toilettenpapier. Artikel vom 18-03.2020. <https://www.fr.de/wissen/coronavirus-psychologen-erklaren-hamstern-toilettenpapier-13602594.html>
- Georgiadou, E., Hillemacher, T., Müller, A., Koopmann, A., Leménager, T. & Kiefer, F. (2020): Alkohol und Rauchen: Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. Dtsch Arztebl 117(25): A-1251 / B-1060
- Hanfjournal (2020): Corona-Krise: Coffeeshops dürfen Cannabis to go verkaufen. Artikel vom 17.03.2020, <https://hanfjournal.de/2020/03/17/corona-krise-coffeeshops-duerfen-cannabis-to-go-verkaufen/>
- Imdahl, I. (2020): Warum die Deutschen Toilettenpapier hamstern, die Franzosen lieber Rotwein und Kondome und die Amis Waffen... Horizont, Artikel vom 21.03.2020, <https://www.horizont.net/marketing/kommentare/hamsterkaeupe-warum-die-deutschen-toilettenpapier-hamstern-die-franzosen-lieber-rotwein-und-kondome-und-die-amis-waffen-181743>
- Karachaliou, K., Seitz, N.-N., Neumeier, E., Schneider, F., Tönsmeise, C., Friedrich, M., Pfeiffer-Gerschel, T. (2019): Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018/ 2019) – Drogen – Workbook Drugs. München: IFT Institut für Therapieforschung.

- Manthey, J. et al. (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. [im Erscheinen]
- Millward, D. (2020): Americans stockpile cannabis supplies to cope with coronavirus lockdown. The Telegraph, Artikel vom 26.04.2020, <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/04/26/americans-stockpile-cannabis-supplies-cope-coronavirus-lockdown/>
- Mopo (2020): Deutschland hamstert Klopapier, Frankreich lieber Rotwein und Kondome. Hamburger Morgenpost, Artikel vom 19.03.2020. <https://www.mopo.de/news/panorama/coronavirus-deutschland-hamstert-klopapier--frankreich-lieber-rotwein-und-kondome-36436334>
- Schori, D. & De Simone, S. (2020): COVID-19 und Freizeitdrogenkonsum: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf das Konsumverhalten und den illegalen Drogenmarkt – Schlussbericht der Befragung von Freizeitdrogenkonsumierenden. Infodrog/Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht
- Schraer, R. (2020): Coronavirus: Medical cannabis access eased amid lockdown. BBC online, Artikel vom 29.04.2020, <https://www.bbc.com/news/health-52198187>
- Sharp, R. (2020): Relax! San Francisco's cannabis dispensaries are declared 'essential' and will be allowed to stay open during coronavirus lockdown for medicinal and recreational users. Mail Online, Artikel vom 18. März 2020, <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8125881/San-Franciscos-cannabis-dispensaries-stay-open-citys-coronavirus-lockdown.html>
- Werse, B. & Klaus, L. (2020): Corona, ‚harte‘ Szenen und Drogenhilfe – Zwischenergebnisse einer laufenden qualitativen Erhebung. SUCHT (erscheint demnächst)
- Winstock, A.R., Davies, E.L., Gilchrist, G., Zhuparris, A., Ferris, J.A., Maier, L.J., Barratt, M.J. (2020): GDS Special Edition on Covid-19. Global Interim Report, 02/06/2020. https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/themes/globaldrugsurvey/assets/GDS_COVID-19-GLOBAL_Interim_Report-2020.pdf. Stand 10.08.2020

Das Jahr 2020 – ein Meilenstein in der deutschen Alkoholpolitik?

Jakob Manthey, Carolin Kilian & Jürgen Rehm

Zusammenfassung

In Deutschland trinken 4 von 5 Erwachsenen Alkohol und erhöhen damit ihr Risiko für zahlreiche soziale und gesundheitliche Probleme. Veränderungen des Konsums während der COVID-19-Pandemie sind aufgrund von Einschränkungen der Verfügbarkeit sowie Stresserleben zu erwarten. Umfrageergebnisse zeigen, dass der Konsum vor allem bei Personen mit riskanten Trinkmustern und Personen mit finanziellen Einschnitten ansteigt. Im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Ländern und dem Trend des letzten Jahrzehnts wird der Pro-Kopf-Konsums in Deutschland möglicherweise im Jahr 2020 erstmals wieder ansteigen.

Ein Anstieg des Konsums ist jedoch nicht notwendigerweise mit einer Zunahme alkoholbedingter Schäden verbunden. Die Veränderung von Trinkmustern und -gelegenheiten kann sich beispielsweise positiv auf alkoholbedingte Verkehrsunfälle und Herz-Kreislauf-Krankheiten auswirken. Allerdings ist auch eine Zunahme häuslicher Gewalt durch vermehrtes Trinken in den eigenen vier Wänden denkbar. Wie sich alkoholbedingte Schäden während der Pandemie entwickeln, sollte im Sinne eines natürlichen Experiments evaluiert werden. Die daraus gewonnen Erkenntnisse könnten dazu beitragen die Alkoholpolitik in Deutschland nachhaltig zu prägen.

1 Einleitung

Das Jahr 2020 wird wohl aus verschiedenen Gründen in die Geschichtsbücher eingehen. Allen voran wegen der COVID-19-Pandemie, einer Lungenkrankheit ausgelöst durch ein Virus, welches erstmals im Jahr 2019 identifiziert wurde und sich seitdem global ausbreitet. Im Frühjahr 2020 hat das Virus schließlich Europa erreicht und, um die Verbreitung des Virus zu verlangsamen, wurde das öffentliche Leben innerhalb weniger Wochen in den meisten Ländern weitestgehend eingeschränkt.

Während die getroffenen Maßnahmen vorrangig darauf abzielten die körperliche Gesundheit der Menschen zu schützen, die durch eine Überlastung des Gesundheitssystems gefährdet wäre, sind eine Reihe nicht-intendierter Effekte zu beobachten, einschließlich beachtlicher Auswirkungen auf das Trinkverhalten in der Bevölkerung. Im Folgenden sollen mögliche Szenarien für Deutschland skizziert werden. Um diese zu verstehen, ist ein Verständnis des Trinkverhaltens vor der Krise unablässig.

2 Trinkverhalten vor der Krise

Im Jahr 2019 haben in etwa vier von fünf Erwachsenen in Deutschland Alkohol getrunken (Mantley et al., 2019: o.S.). Verteilt man die ca. 13 Liter Reinalkohol auf die trinkende Bevölkerung wird ersichtlich, welche Bedeutung Alkohol im täglichen Leben einnimmt. Jeden Tag trinkt eine durchschnittlich trinkende Person 34g reinen Alkohol, was fast einer Maß Bier (860ml), zwei Gläsern Wein (340ml) oder fünf einfachen Schnäpsen entspricht (110ml). Nimmt man an, dass nur an jedem zweiten Tag getrunken wird, hätte man entsprechend doppelt so hohe Konsummengen pro Trinkgelegenheit.

In Deutschland wird etwa die Hälfte des gesamten Alkohols in Form von Bier zu sich genommen und ca. 30% lässt sich auf den Konsum von Wein zurückführen. Im Gegensatz zu anderen Ländern ist das Verhältnis von „on-premise“ (sogenannter Vor-Ort-Konsum, z.B. in Restaurants, Cafés, Clubs) und „off-premise“ (kein Vor-Ort-Konsum, z.B. Supermärkte, Kioske, Tankstellen) in der Verteilung des gesamten Alkoholkonsums nicht bekannt. Das liegt unter anderem daran, dass die Lizenzierung zum Alkoholausschank in Deutschland kaum reguliert oder überwacht wird und daher auch routinemäßige Daten fehlen. Schätzungen des europäischen Bierbrauverbands zufolge wird Bier in Deutschland zu 82% „off-premise“ konsumiert, also nur 18% vor Ort (in Bars, Restaurants, usw.). Im europäischen Vergleich wird damit verhältnismäßig wenig vor Ort getrunken (zum Vgl. Portugal 69%, Spanien 67% vor-Ort-Konsum (European Beer Trends 2019: 12f.)). Das bedeutet für den Alkoholkonsum in Deutschland, dass ein 22%iger Anstieg des „off-premise“ Konsums (zum Beispiel indiziert durch höhere Absätze im Einzelhandel) ausreichen würde, um den weitestgehend eingebrochenen vor-Ort-Konsum auszugleichen.

3 Trinkverhalten während der Krise – was wir vermuten

In einem kürzlich veröffentlichten Fachbeitrag (Rehm et al., 2020) wurden Studien zusammengetragen, die den Alkoholkonsum in früheren Krisen, ausgelöst durch z.B. das SARS-Virus im Jahr 2003 (Lau et al., 2005: 417ff.; Wu et al., 2008: 706ff.) oder drastische Wirtschaftseinbrüche (Goeij et al., 2015: 131ff.) beobachtet haben. Es werden zwei Hypothesen diskutiert: Der erste Mechanismus vermutet eine Verschlechterung der Trinkmuster und einen Anstieg alkoholbedingte Schäden durch erhöhte psychische Belastung, ausgelöst durch Ausfälle im Einkommen, Mehrarbeit (Lohnarbeit sowie Care-Arbeit), soziale Isolation und Zukunftsunsicherheit der Einzelnen. Der andere Mechanismus würde einen Rückgang im Alkoholkonsum vermuten, zurückzuführen auf eine Einschränkung der physischen und finanziellen Verfügbarkeit von Alkohol.

Finanzielle Ausfälle werden zum einen durch Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit veranlasst, welche für weite Teile der Bevölkerung zu einem Einkommensrückgang führen könnte. Im April 2020 gab es bereits die größten je gemessenen Anstiege in der Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung: Im Vergleich zum Vorjahr haben im April 25% mehr Menschen Arbeitslosengeld I erhalten (Monatsbericht zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt der Arbeitsagentur 2020: 5). Mit gesunkenem Einkommen wird Alkohol für die betroffenen Bevölkerungsteile weniger erschwinglich. Da die

Erschwinglichkeit in Deutschland aber grundlegend sehr hoch ist (hohes Durchschnittseinkommen und niedrige Verkaufspreise) haben selbst drastische Einschnitte im Einkommen möglicherweise nur geringe Auswirkungen auf den Alkoholkonsum.

Zusammengefasst vermuten wir, dass der Alkoholkonsum bei jenen Menschen zurückgehen wird, die die stärksten absoluten finanziellen Einbußen tragen werden. Dies wird vor allem bei denjenigen zu beobachten sein, die bereits vor der Krise über ein geringes Einkommen verfügten. Ein Anstieg des Konsums vermuten wir dagegen bei Personen, die bereits vor der Krise riskant getrunken haben sowie bei Personen, dessen Alltag durch die Pandemie-bedingten Maßnahmen stark belastet wird (z.B. durch Anstieg von Lohn- und Care-Arbeit).

4 Trinkverhalten während der Krise – was wir wissen

Da dieser Beitrag mitten in der COVID-19-Pandemie verfasst wird, können die gegenwärtigen Maßnahmen und ihre Auswirkungen nur mit einem bedeutsamen Maß an Unsicherheit evaluiert werden. Nur wenige verlässliche Daten zur Einschätzung der Auswirkungen der Pandemie auf den Alkoholkonsum in Deutschland sind bislang verfügbar. Aus Scannerdaten einer nicht-repräsentativen Anzahl von Supermärkten geht hervor, dass der Absatz von Bier im Laufe des März eher rückläufig war (-2 bis -17%). Allerdings wurde nicht der Vorjahreszeitraum als Vergleich gewählt, weshalb nicht auszuschließen ist, dass dieser Trend z.T. saisonalen Schwankungen unterliegt (Statistisches Bundesamt 2020: o.S.). Mitte April hat die Gesellschaft für Konsumforschung in einer Befragung von über 30.000 Personen ermittelt, dass im März ca. 30% mehr Wein und Spirituosen als im Vorjahreszeitraum gekauft wurden (Radü 2020: o.S.). Für Bier wurde in dieser Umfrage ein Absatzanstieg um gute 10% erfasst.

Aus einer europaweiten Umfrage, die wir zusammen mit Kolleg_innen aus 20 anderen Ländern zwischen April und Juli 2020 durchgeführt haben, wissen wir dass die Mehrheit der trinkenden Personen seit Beginn der Pandemie ihren Konsum verändert haben. Während in den meisten anderen europäischen Ländern der Konsum mehrheitlich zurückgeht, ist eine Reduktion in Deutschland gering bis kaum ausgeprägt. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Anstieg des Konsums vor allem von Personen, die finanzielle Einschnitte erlebten und Personen mit riskanten Konsummustern berichtet werden (Manthey et al., 2020; Kilian et al., 2020).

Eine Abschätzung des tatsächlichen Effekts auf den Pro-Kopf-Konsum auf Basis der vorliegenden Daten ist also zum aktuellen Zeitpunkt nicht möglich. Da auf Personen mit riskanten Konsummustern der Großteil des gesamten Alkoholkonsum zurückgeht und in dieser Personengruppe eine deutliche Konsumzunahme berichtet wird, kann ein Anstieg des Pro-Kopf Konsums, der eigentlich seit 2011 kontinuierlich sinkt, als realistisches Szenario angenommen werden. Dieser Anstieg würde somit das ohnehin kaum erreichbare international vereinbarte Ziel einer 10%igen Reduktion des Konsums bis 2025 (in Relation zum Jahr 2010) negativ beeinflussen.

5 Mögliche Auswirkungen auf die alkoholbedingte Krankheitslast

Im Jahr 2016 sind ca. 45.000 Personen an alkoholbedingten Krankheiten und Unfällen in Deutschland gestorben (Shield et al., 2020). Während der Pro-Kopf-Konsum hoch mit der Krankheitslast korreliert, müssen weitere Faktoren berücksichtigt werden, um die Entwicklung alkoholbedingter Krankheiten und Unfälle während der Krise abschätzen zu können.

Im Jahr 2014 waren Schätzungen zufolge 1.214 Todesfälle im Straßenverkehr auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen (Kraus et al., 2019: 59), wobei alkoholbedingte Unfälle seit Jahren in Deutschland rückläufig sind (Statistisches Bundesamt 2019: o.S.). Mit der Schließung von Restaurants, Bars und Clubs sowie der Verlagerung des Konsums in private Haushalte ist anzunehmen, dass in diesem Jahr eine geringere Anzahl von Personen unter Alkoholeinfluss Auto fahren werden.

Mit der Verlagerung des Alkoholkonsums auf private Haushalte geht allerdings ein höheres Risiko häuslicher Gewalt und Suizidalität einher, vor dem auch die Weltgesundheitsorganisation in ihren Handlungsempfehlungen zum Umgang mit Alkohol während der COVID-19 Pandemie warnt (WHO 2020: 2) Durch eine Kombination mit der durch die Krise bedingten sozialen Isolation oder Stresserleben sowie ggf. eine erhöhte Belastung durch die ausbleibende Kinderbetreuung bei bestehender Arbeitstätigkeit kann ein erhöhter Konsum in den eigenen vier Wänden die Fallzahlen von zwischenmenschlicher Gewalt (im Jahr 2014: 55 alkoholbedingte Todesfälle (Kraus e. al. 2019: 59)) und Suizide deutlich erhöhen. Schon jetzt ist ein Anstieg an Gewaltdelikten im häuslichen Umfeld bemerkbar (Nimz/Rattenhuber 2020: o.S.).

Mit der Absage von (Groß-)Veranstaltungen ist davon auszugehen, dass sich für viele Menschen die Zahl der Anlässe zum Konsum von Alkohol reduziert. Geht man davon aus, dass das Rauschtrinken, das heißt der Konsum von mindestens 60g Reinalkohol (äquivalent zu 1,5L Bier, 500ml Wein) an einer Gelegenheit, beispielsweise bei Barbesuchen, Fußballevents, Konzerten und Partys unterschiedlicher Art stattfindet, so ist davon auszugehen, dass sich die Prävalenz des Rauschtrinkens während der Krise reduzieren könnte. Bei unverändertem täglichem Konsum kann sich das positiv auf z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen auswirken. Für ischämische Herzkrankheiten ist die tägliche Konsummenge mit einem reduzierten Risiko assoziiert. Ein solches reduziertes Risiko würde jedoch zunichte gemacht bzw. sogar umgekehrt werden, wenn Personen unregelmäßig mind. 60g Reinalkohol zu sich nehmen (Roerecke/Rehm 2014: 182).

Die Absage von Großveranstaltungen hat einen weiteren maßgeblichen Effekt: Das wohl traditionsreichste und größte Volksfest der Nation mit dem weltweit höchsten Verbrauch an Reinalkohol wird dieses Jahr nicht stattfinden. In den letzten Jahren wurden auf dem Oktoberfest 7 bis 7,5 Millionen Maß Bier mit einem durchschnittlichen Alkoholgehalt von 6% getrunken (Das Wiesenzelt o.J.). Laut dem Bundesverband der Spirituosenwirtschaft lag im Jahr 2018 der Pro-Kopf-Konsum bei ca. 102 Liter Bier, was einer Gesamtmenge von 8,466,000,000 Litern entspricht (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. 2019: 9) (unter der Annahme, dass der Pro-Kopf-Konsum auf die gesamte Bevölkerung gerechnet wurde: 83 Millionen im Jahr 2018). Diese einfache Rechnung zeigt, dass auf das Oktoberfest lediglich 0,1% des jährlichen Bierabsatzes zurückgeht. Berücksichtigt man lediglich die Absage des Oktoberfests, wäre ein Rückgang der deutschlandweiten Krankheits-

last wohl kaum messbar. Allerdings kann erwartet werden, dass regional begrenzte Effekte des Oktoberfests in der Unfallstatistik oder in der Notfallaufnahme dieses Jahr ausbleiben werden. Summiert man die Effekte der abgesagten Volksfeste, Fußballspiele und weiterer Veranstaltungen, die mit exzessivem Alkoholkonsum einhergehen, auf, so werden möglicherweise deutliche Auswirkungen auf den Konsum sowie die Krankheitslast messbar sein.

6 Deutschland: Ein Vorbild im Umgang mit Alkohol während der COVID-19-Pandemie?

Unter Berücksichtigung der dargestellten Szenarien könnte man zu dem Schluss kommen, dass sich die Pandemie bzw. die zur Eindämmung der Pandemie erlassenen Maßnahmen positiv auf den Alkoholkonsum sowie die alkoholbedingte Krankheitslast in Deutschland auswirken könnten. Ist Deutschland nun also ein Vorbild für den Umgang mit Alkohol während der COVID-19 Pandemie? Nein.

Während in anderen Ländern bspw. Alkoholverkaufsstätten ganz oder teilweise geschlossen wurden (Movendi International 2020: o.S.), gab es in Deutschland bis auf sehr wenig Ausnahmen (Süddeutsche Zeitung 2020: o.S.) keine gezielten Maßnahmen zur Einschränkung des Konsums. Alkoholische Getränke konnten dementsprechend gemäß den bestehenden Rahmenbedingungen zu jeder Zeit in Supermärkten, Tankstellen, Kiosken/Spätshops sowie in Restaurants und Kneipen zur Mitnahme erworben werden. Ein Rückgang im Pro-Kopf Konsum ließe sich damit nur auf sekundäre Effekte, wie beispielsweise Abstandsregeln, das Verbot von Großveranstaltungen oder ein Rückgang finanzieller Ressourcen, zurückführen. Auch in Bezug auf alkoholbedingte Schäden ist es fraglich, in wie weit sich diese in ihrer Summe verändern werden. Zwar ist es wahrscheinlich, dass die Anzahl an Verkehrsdelikten, Vandalismus oder Gewalttaten im Zusammenhang mit Alkoholkonsum im öffentlichen Raum zurückgehen werden, so steht diesen jedoch eine Verlagerung von Gewaltdelikten auf den privaten Haushalt gegenüber.

Dass in Deutschland während der COVID-19-Pandemie keine Maßnahme ergriffen wurde, die explizit auf eine Eindämmung des Alkoholkonsums oder alkoholbedingter Schäden abzielt, geht mit der ohnehin sehr liberalen Alkoholpolitik in Deutschland einher (WHO Regional Office for Europe 2012: o.S.). Von den sogenannten ‚best buys‘ der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization 2019: o.S.) – besonders kosteneffiziente und leicht umsetzbare Maßnahmen zur Reduzierung des Konsums und bedingter Schäden – werden in Deutschland nur ein Bruchteil politisch umgesetzt (für eine umfassende Analyse, siehe Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018 (Manthey, 2018: 114ff.)). Demnach ist die Verfügbarkeit weiterhin hoch (d.h. kaum Einschränkungen in Verkaufszeitraum oder -stellen), bestehen kaum Einschränkungen oder Verbote für die Bewerbung alkoholischer Getränke, und die Preispolitik fördert eher den Konsum als dass er ihn unterbindet (für einen europäischen Vergleich von Alkoholsteuern, siehe Angus et al., 2019: 1489ff.). In anderen Ländern Europas wurde bereits gezeigt, dass die Umsetzung der ‚best buys‘ zu einer erheblichen Reduktion der alkoholbedingten Schäden führt. So wurde beispielsweise in Litauen gezeigt, dass die Einführung eben dieser alkoholpolitischen Maßnahmen

zu einer bedeutsamen Reduktion von alkoholbedingten Verkehrsunfällen und damit bedingten Verletzungen sowie Todesfällen geführt hat (Rehm et al., 2020: 655f.).

7 Schlussfolgerung

Auch wenn bisher noch keine Prognose über gesamtgesellschaftliche Veränderungen im Alkoholkonsum im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie getroffen werden kann, so ist es äußerst wahrscheinlich, dass sich das Trinkverhalten für viele Menschen während der durch die Pandemie geprägten Zeit verändert.

Die zahlreichen Einschränkungen, die die COVID-19 Pandemie mit sich gebracht hat, ermöglicht es uns die Auswirkungen auf den Alkoholkonsum in Deutschland im Sinne eines natürlichen Experiments zu beobachten. Erkenntnisse, die wir in diesem natürlichen Experiment erlangen, können dazu beitragen die deutsche Alkoholpolitik nachhaltig zu prägen und den alkoholbedingten Schaden langfristig zu reduzieren. Um die gegenwärtige Pandemie zu einem Meilenstein in der deutschen Alkoholpolitik zu machen, ist eine möglichst vollständige Evaluation dieses Experiments notwendig. Dafür sollten Daten, die das individuelle Trinkverhalten beschreiben, sowie der Absatz alkoholischer Getränke in diesem Zeitraum zusammengeführt und mit Routinestatistiken (z.B. Krankenhausaufenthalte, Mortalität) verglichen werden.

Literatur

- Angus, C./Holmes, J./Meier, P.S. (2019): Comparing alcohol taxation throughout the European Union, *Addiction* 114:8, 1489-1494.
- Brewers of Europe (2019): European Beer Trends, Statistics Report 2019 Edition. Online abrufbar unter: <https://brewersofeurope.org/uploads/mycms-files/documents/publications/2019/european-beer-trends-2019-web.pdf>.
- Bundesagentur für Arbeit (2020): Monatsbericht zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt. Online verfügbar unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/202004/arbeitsmarktberichte/monatsbericht-monatsbericht/monatsbericht-d-0-202004-pdf.pdf>.
- Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importe e.V. (2019): Daten aus der Alkoholwirtschaft 2019, online abrufbar unter: https://www.spirituosen-verband.de/fileadmin/introduction/downloads/BSI-Datenbroschuere_2019.pdf.
- Das Wiesnzelt (o.J.): Wie viel Prozent hat das Wiesnbier? Online abrufbar unter: <https://www.daswiesnzelt.de/oktoberfest-info/wie-viel-prozent-hat-das-wiesnbier/>.
- Goeij, M.C. et al. (2015): How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realistic systematic review, in: *Sol Sci Med.* 131, 131-146.
- Kilian, C. et al. (2020): Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale study in 21 countries. [im Erscheinen]
- Kraus, L. (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study, in: *BMC Med.* 17(1): 59.
- Lau J. (2005): SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerg Infect Dis.* 11(3): 417-24.
- Manthey, J. (2018): Reduktion des Alkoholkonsums in Deutschland: Wirkungsvolle Maßnahmen zur Zielerreichung sind nicht in Sicht, in: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe/JES e.V.: Fünfter Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, Berlin, 114-123.

- Manthey, J. et al. (2019): Alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecast until 2030: A global modelling study, in: *The Lancet* 393: 10190, 2493-505.
- Manthey, J. et al. (2020): Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. [im Erscheinen]
- Movendi International (2020): India: Alcohol Harms Economy, Fuels COVID-19, online verfügbar unter: <https://movendi.ngo/news/2020/05/29/india-alcohol-harms-economy-fuels-covid-19/>.
- Ninz, Ulrike/Rattenhuber, Edeltraut (2020): Gefangen auf engstem Raum, in: *Süddeutsche Zeitung*, online verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/corona-haesusliche-gewalt-hilfe-1.4862320>.
- Radü, Jens/Hammer, Thomas (2020): Deutschland im Corona-Rausch, online verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/corona-krise-deutsche-kaufen-mehr-alkohol-a-f87dde10-8e07-4188-9bf0-a3ccdc40c8c4>.
- Rehm, J. et al. (2020): Alcohol use in the times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy, in: *Drug Alcohol Rev.* 39: 301-304.
- Rehm, J. et al. (2020): Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm, in: *Addiction* 115, 655f.
- Roerecke, M./Rehm, J. (2014): Alcohol consumption, drinking patterns and ischemic heart disease: a narrative interview of meta-analyses and a systematic review and meta analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers, in: *BMC Med.* 12:1, 182.
- Shield, K.D. et al. (2020): National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*, 5(1), e51-e61. doi:10.1016/S2468-2667(19)30231-2
- Süddeutsche Zeitung (2020): Bremen Schränkt Alkoholverkauf Am Vatertag Ein, in: *Süddeutsche Zeitung*, online verfügbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/leben/feiertage-bremen-bremen-schraenkt-alkoholverkauf-am-vatertag-ein-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200518-99-102490>.
- Statistisches Bundesamt (2019): Verkehrsunfälle, Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2018, online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404187004.pdf?__blob=publicationFile.
- Statistisches Bundesamt (2020): Pressemitteilung Nr. 130 vom 8.April 2020. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_130_61.html.
- WHO Regional Office for Europe (2012): Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approach, online verfügbar unter: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/alcohol-in-the-european-union.-consumption,-harm-and-policy-approaches-2012>.
- WHO (2019): Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European Countries, online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>.
- WHO Regional Office for Europe (2020): Alcohol and COVID-19: What you need to know, online verfügbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf.

Wu, P. et al. (2008): Alcohol abuse/dependence symptoms among hospitals employees exposed to a SARS outbreak, in: *Alcohol Alcohol* 43:6, 706-12.

#100000Substituierte bis 2022 – Corona als Chance sehen

Dirk Schäffer, Claudia Schieren & Heino Stöver

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird die Idee einer Substitutionskampagne vorgestellt mit dem Ziel, 100.000 Substitutionspatient_innen als Meilenstein zu erreichen. Dies nicht aus Selbstzweck, sondern um vielfältige positive Effekte zu erzielen. Der Beitrag macht deutlich, welchen positiven Einfluss eine Entfristung der aufgrund von COVID-19 veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen (BtmVV) haben kann. Es wird beschrieben, mit welchen Akteur_innen und Unterstützer_innen und welchen Maßnahmen der Meilenstein #100000 Substituierte bis 2022 erreicht werden kann.

Die Substitutionsbehandlung, oft in Kombination mit psychosozialer Betreuung, ist die häufigste Behandlungsform bei Opioidabhängigkeit in Deutschland und in Europa. Die verfügbaren Daten sprechen für dieses Konzept und belegen positive Ergebnisse im Hinblick auf den Verbleib in der Behandlung und die Reduktion des illegalen Opioidkonsums, die drogenbedingten gesundheitlichen Folgen und die Mortalität. Die Prävalenz des hochriskanten Opioidkonsums unter Erwachsenen (zwischen 15 und 64 Jahren) liegt schätzungsweise bei 0,4% der Bevölkerung der EU; die Anzahl der Personen mit problematischem Opioidkonsum wurde im Jahr 2017 auf 1,3 Millionen beziffert.

Europa: Synthetische Opioide sind weit verbreitet

Heroin ist nach wie vor das am häufigsten konsumierte illegale Opioid. Einige Quellen weisen auf einen zunehmenden missbräuchlichen Konsum legaler synthetischer Opioide hin. Konsument_innen berichten von missbräuchlich konsumiertem Methadon, Buprenorphin, Fentanyl, Codein, Morphin, Tramadol und Oxycodon. Diese Stoffe werden mittlerweile von 22% aller Opioidkonsument_innen konsumiert. Im Jahr 2017 wurden in 19 europäischen Ländern mehr als 10% aller Opioidkonsument_innen, die sich in Behandlung begaben, primär wegen Problemen mit anderen Opioiden als Heroin vorstellig.

Im selben Jahr befanden sich in der Europäischen Union schätzungsweise 660.000 Opioidkonsumierende in einer Substitutionsbehandlung. Legt man die Schätzung der Personen mit problematischem Opioidkonsum zugrunde, erhalten etwa 50% eine Substitutionsbehandlung. Zu erwähnen ist allerdings, dass es große Unterschiede in der Reichweite zwischen den Ländern gibt. Einige Länder liegen deutlich unter den empfohlenen Werten der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogen-sucht (EMCDDA), wonach mindestens 50% der Menschen mit problematischem Opioidkonsum durch eine Substitutionsbehandlung erreicht werden sollten.

Substitutionsbehandlung in Deutschland im Vergleich

Deutschland befindet sich mit seinen 79.700 substituierten Opioidkonsument_innen (Juni 2019) bei einer geschätzten Gesamtzahl von 165.000 Opioidkonsument_innen mit etwa 50% Reichweite im oberen Drittel der EU-Länder. Unsere französischen Nachbarn kommen auf eine Reichweite von etwa 85%. Hier ist allerdings zu beachten, dass Buprenorphin als Medikament zur Substitution von jedem Arzt bzw. jeder Ärztin verschrieben werden kann. Aber es gibt mit Malta (70%), Luxemburg (65%), Griechenland (65%) und Slowenien (60%) sowie England (60%) noch einige weitere Länder, die eine teilweise deutlich höhere Reichweite in der Substitutionsbehandlung als Deutschland aufweisen.

Während die meisten dieser Länder in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg der Prävalenz der in der Opioidsubstitution behandelten Menschen zu verzeichnen haben, sehen wir in Deutschland seit Jahren eine Stagnation auf einem Niveau zwischen 77.000 und 80.000 Patient_innen.

Es fehlt uns an mutigen drogenpolitischen Zielen

Während in früheren Zeiten in Publikationen der Bundesregierung sogenannte „Meilensteine“ enthalten waren, also Ziele, die realistisch waren und erreicht werden sollen, sind solche Zieldefinitionen heute nicht mehr zu finden. Leider bleibt zu konstatieren, dass sich auch die Fachverbände mehr und mehr zurückhalten, wenn es um die Nennung von zu erreichenden Zielgrößen geht. Die Substitutionsbehandlung bietet sich an, um Meilensteine zu formulieren. Wie wäre es also mit einer Kampagne „#100000Substituierte“? Dies würde bedeuten, dass wir die Reichweite von 50% auf 60% erhöhen. Das sollte doch möglich sein, oder?

Corona nutzen, um Behandlungsraten zu steigern?

Wir sehen täglich, welches persönliche, gesundheitliche und finanzielle Leid COVID-19 für viele Millionen Menschen mit sich bringt. Europaweit sind bis Ende April 2020 125.499 Menschen an der Lungenkrankheit gestorben. Auch wenn es etwas merkwürdig anmutet, so bietet die COVID-19 Pandemie für uns die Chance, eine große Gruppe von Opioidkonsument_innen für eine wirksame und evidenzbasierte Behandlungsform zu motivieren. In persönlichen Gesprächen wird deutlich, dass sich eine Vielzahl von Opioidkonsument_innen immer wieder mit der Substitutionsbehandlung beschäftigt, aber bisher nicht den Weg in eine Substitutionsambulanz oder zu einem niedergelassenen Arzt fanden. Dies aus nachvollziehbaren Gründen: Die Substitution stellt eine Veränderung dar, da man vom verfluchten, aber auch liebgewonnenen Heroin mit all seinen positiven und negativen Effekten Abstand oder Abschied nehmen muss. Die letzten Monate machten deutlich, dass die mit COVID-19 einhergehenden Ausgangsbeschränkungen sowie der Lockdown fast aller Betriebe Drogenkonsument_innen in existentielle Nöte brachte (siehe auch Pritzens & Köthner sowie Werse in diesem Band). Diesen Ausnahmezustand nutzten viele hundert Opioidkonsument_innen, um sich in eine Substitutionsbehandlung zu begeben. Nach

Einschätzung der Behandler_innen besteht Hoffnung, dass der große Teil dieser „Neuzugänge“ nun mittel- oder langfristig die Potenziale der Substitution nutzen wollen.

Wir wissen, dass wir in den nächsten Monaten weiter mit Abstandsregelungen, Mund- und Nasenschutz und Corona konfrontiert sind. Die hieraus resultierenden Empfehlungen werden auch in den nächsten Monaten Auswirkungen auf das Leben von Drogenkonsument_innen haben. Diese Chance, die COVID-19 hier paradoxerweise bietet, sollte nicht ungenutzt bleiben.

Eine Kampagne, die das Ziel hat, bis Ende 2021 100.000 Opioidkonsument_innen durch eine Substitutionsbehandlung zu erreichen, kann aber nur funktionieren, wenn sich alle Akteur_innen und Institutionen wie die Politik, die Ärzt_innen, Fachverbände und Patient_innenorganisationen hinter einem solchen Projekt versammeln und es in ihrem Bereich unterstützen.

Eine solche Kampagne ist kein Selbstzweck. Eine signifikante Erhöhung der Zahl substituierter Frauen und Männer kann unmittelbare Auswirkungen auf die Erhöhung der Prävalenz von HIV- und Hepatitisbehandlungen haben, auch eine Reduktion opioidbedingter Todesfälle erscheint ebenso möglich wie eine Reduktion von HIV- und Hepatitis-C-Neuinfektionen – von der Möglichkeit der gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung von zumeist langjährigen Opioidkonsument_innen ganz zu schweigen.

Die politisch Verantwortlichen im Bund sind aufgerufen, eine Zusammenkunft z.B. von KV-Verantwortlichen, der Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS), dem Dachverband substituierender Ärzte (DSÄ), der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS), dem Berufsverband für niedergelassene Gastroenterologen (bng), der Deutschen Aids Gesellschaft (DAIG), der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä), der Fachverbände der Drogenhilfe Akzept und Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) sowie von Patient_innenorganisationen wie der Deutschen Aidshilfe und dem JES-Bundesverband zu initiieren, um dort die Weichen für die Sicherstellung der Behandlung für 100.000 Opioidkonsument_innen zu stellen.

Es bedarf einer zielgruppenspezifischen, lebensweltnahen und praxisorientierten Kampagne für Opioidkonsument_innen in Deutschland.

Neben einer Kurzinformation zu den Potenzialen der Substitution und den Neuerungen seit 2017 sollte diese Kampagne durch sehr prägnante Medien wie Sticker und Poster begleitet werden.

Selbstverständlich müssen die Fachverbände ihre Mitgliedsorganisationen und ihre Netzwerke der Aids- und Drogenarbeit darauf vorbereiten, dass es mit Beginn der medialen Kampagne zu vermehrten Anfragen in Bezug auf die Substitutionsbehandlung in den Einrichtungen kommen kann.

Veränderte Regelungen der BtmVV entfristen

COVID-19 hat uns dazu gedrängt, wichtige und längst erwartete Veränderungen in vielen anderen Bereichen des Arbeitens und Lernens zu implementieren. Aufgrund der Tatsache, dass viele Substitutionspatient_innen zur COVID-19-Risikogruppe gehören und in den Praxen Abstandsregelungen während der engen Vergabefenster nicht

einzuhalten sind, hat sich der Gesetzgeber sehr schnell dazu entschlossen, die BtmVV zu verändern. Um das medizinische Hilfesystem auch für den Fall vorzubereiten, dass eine deutliche Erhöhung der Anzahl substituierender Ärzt_innen im Rahmen unserer Kampagne ausbleibt, sollten einige der bisher befristet geltenden Richtlinien in die Regelversorgung überführt werden.

Das Ziel sollte sein, die aktuell tätigen substituierenden Ärzt_innen zu entlasten, ohne die Behandlungsqualität zu vermindern.

Über eine wohnortnahe Versorgung durch Apotheken, Drogenhilfen oder Konsiliarärzt_innen kann die Zahl der täglich in der Praxis erscheinenden Patient_innen deutlich reduziert werden. Gleiches ist durch eine konsequente Anwendung einer Take-Home-Verordnung für verantwortliche, stabile und berufstätige Patient_innen zu erreichen. Auch die vermehrte Umstellung auf Buprenorphin-Depotpräparate kann dieses Unterfangen unterstützen. Es gilt dafür Sorge zu tragen, dass Ärzte ausreichend Zeit haben, sich jenen Personen zuzuwenden, die eine enge Anbindung benötigen. Dies soll keinesfalls bedeuten, dass anderen Patient_innen nicht die volle Aufmerksamkeit der Behandler_innen zuteilwerden soll. Das Ziel muss lauten, die Behandlung weiter zu individualisieren, nicht nur durch die Nutzung der gesamten Bandbreite der zur Verfügung stehenden Medikamente, sondern auch durch individuelle und abgestufte Modelle der Betreuung.

Tatsache ist, dass viele Ärzt_innen die Quote der Take-Home-Verordnungen auch aus finanziellen Gründen sehr überschaubar halten und stattdessen eine Vielzahl der Patient_innen täglich in die Praxis kommen lassen. Mit der aktuell bestehenden Honorarordnung (EBM) werden Ärzt_innen und Patient_innen gemeinsam in Haftung genommen. Daher muss es im Rahmen einer Kampagne #100000Substituierte auch darum gehen, dass die Honorarordnung angepasst wird.

Es gilt, die Take-Home-Verordnung als Erfolg einer vielfach jahrelangen und erfolgreichen Behandlung anzuerkennen und besser zu vergüten.

Eine gemeinsame Kampagne aller beteiligten Behörden, Verbänden und Personen wäre nicht nur ein starkes Signal, sondern auch ein Zeichen, dass es auch in der heutigen Zeit noch möglich ist, sich einem gemeinsamen Ziel zu verschreiben und auf unterschiedlichen Ebenen mit ganz verschiedenen Potentialen zur Zielerreichung beizutragen.

Literatur

- EMCDDA (2019): Europäischer Drogenbericht 2019. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
- BAS (2019): Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, 5. überarbeitete Auflage. München: Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen.
- Konferenz der Vorsitzenden von Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland (2020): Informationen zur Opioid-Substitution und Sars-CoV-2/Covid-19, 16.03.2020, www.kvno.de/downloads/quali/substitution_corona.pdf
- BfArM (2020): Bericht zum Substitutionsregister, Januar 2020. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2020.pdf.

Harm Reduction



2

Drogenkonsumräume – die Notwendigkeit von rechtlichen und strukturellen Anpassungen

Dirk Schäffer & Urs Köthner

Zusammenfassung

Drogenkonsumräume haben sich in den letzten 30 Jahren zu einem wertvollen Segment der Prävention und Schadensminderung entwickelt. Durch ihre geringe Anzahl sind die Effekte auf einige Großstädte begrenzt. Fragt man nach dem Bedarf für ähnliche Angebote mit geringerer Dimension, so wird diese Frage zumeist bejaht. Fortan sollte es also im Sinne Drogen gebrauchender Menschen darum gehen, diese wirksamen Angebote so anzupassen, dass sie auch außerhalb großstädtischer Zentren eine Wirkung entfalten können. Dies wird nicht die Lösung aller Probleme des illegalen Substanzkonsums sein, aber sie können dazu beitragen, die unerträglich hohe Anzahl drogenbedingter Todesfälle zu reduzieren und Drogengebraucher_innen in Kontakt mit dem Hilfesystem zu bringen.

Einleitung

Mit den Regelungen des „3. Gesetzes zur Änderung des Betäubungsmittelgesetzes“, das am 1. April 2000 in Kraft trat, wurde der Betrieb von Drogenkonsumräumen (DKR) nach bundeseinheitlichen Standards legalisiert.

Mit der Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes durch §10a zählt sich die Legalisierung des Betriebs von Drogenkonsumräumen im Jahr 2020 zum zwanzigsten Mal. Drogenkonsumräume, in denen illegalisierte Substanzen unter Aufsicht konsumiert werden können, gibt es in Deutschland allerdings fast seit dreißig Jahren.

Diese Einrichtungen dienen in erster Linie dem Ziel, die akuten Risiken im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch unhygienischen injizierenden Konsum einzudämmen, Todesfällen durch Überdosierung vorzubeugen und Drogenkonsument_innen mit weiteren Angeboten des Hilfesystems in Kontakt zu bringen.

Die wissenschaftliche Evidenz ist eindeutig

Die wissenschaftliche Evidenz der vielfältigen positiven Effekte von Einrichtungen mit Konsumegelegenheiten wird heute kaum noch bestritten. Die Wirksamkeit von DKR im Hinblick auf ihre Eignung, marginalisierte Zielgruppen zu erreichen, sowie positive Effekte auf die öffentliche Gesundheit und Ordnung sind hinreichend dokumentiert. Die Forschung zeigt zudem, dass Verhaltensweisen, die das Risiko von Todesfällen durch Überdosierungen erhöhen, reduziert werden. Internationale Daten

zeigen, dass DKR in den Kommunen zu einer Verringerung der drogenbedingten Todesfälle beitragen können. Dies sind nur einige Beispiele für eine Vielzahl der wissenschaftlich belegbaren Effekte von Drogenkonsumräumen.

Die hohe Hürde der Rechtsverordnungen der Bundesländer

Um die Zustimmung des Bundesrats zu erwirken, beschränkte sich der Bund auf die Definition von 10 Mindeststandards. Diese Mindeststandards bilden die Grundlage für die Erlaubniserteilung der Länder. Jedes Bundesland muss seine eigenen Richtlinien erlassen, damit im jeweiligen Bundesland Einrichtungen mit Konsummöglichkeit eröffnet werden können.

Heute, 20 Jahre später, haben sich erst 7 von 16 Landesregierungen bereit erklärt, eine solche Rechtsverordnung zu erlassen. Mit dem Stadtstaat Bremen soll noch 2020 das achte Bundesland folgen. Dieses Rechtskonstrukt hat zur Folge, dass es völlig unabhängig von Regierungskonstellationen z.B. in keinem der ehemals „neuen Bundesländer“, aber auch nicht in Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein ein solches Angebot gibt.

Die Praxis zeigt, dass es ohne existierende Rechtsverordnung kaum Initiativen von Einrichtungen gibt, entsprechende Betreibergenehmigungen zu erlangen. Der Weg zu Gesetzesänderungen erscheint vielen zu lang oder gar völlig unrealistisch, um ein entsprechendes Konzept samt Finanzierungsplan zu erarbeiten. Die politisch Verantwortlichen hingegen werten fehlende Konzepte zum Betrieb eines Drogenkonsumraums als Indiz des fehlenden Bedarfs und koppeln politische Diskussionen um Gesetzesänderungen an die Existenz solcher Konzepte. Um dieses „Hase-und-Igel-Spiel“ zu durchbrechen, müssen politische Initiativen des Bundes gemeinsam mit Einrichtungen, Fachverbänden und interessierten Städten erfolgen. Dies mit dem Ziel, die vielen positiven Erfahrungen sowie die wissenschaftliche Evidenz aus den letzten 20 Jahren zu nutzen, um alle Länder dazu zu bewegen, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen. Die Praxis zeigt, dass es bei einer Existenz von entsprechenden Rechtsverordnungen in fast allen Bundesländern auch interessierte Organisationen und Einrichtungen als Betreiber geben würde. Allerdings müssen hierfür auch zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit die Einrichtung eines DKR nicht daran scheitert, dass andere Hilfsangebote eingeschränkt oder eingestellt werden müssen.

Vom Drogenkonsumraum zur Einrichtung mit Konsumgelegenheit?

Bis auf wenige Ausnahmen sind Drogenkonsumräume großflächig und in ihren jeweiligen Einrichtungen ein dominierendes Angebot, das hohe personelle Ressourcen erfordert, für niedrigschwellige Einrichtungen relativ hohe finanzielle Aufwendungen erfordert und in das Gesamtangebot integriert ist. Für diese Form der konzeptionellen Implementierung gab es gute Gründe. Allerdings wird auch deutlich, dass diese Dimensionen von Drogenkonsumräumen nur in Großstädten wie Hamburg, Frankfurt, Hannover, Berlin, Köln, Bochum, Düsseldorf, Bielefeld oder Essen realisiert werden

können. Ausnahmen wie Troisdorf, Münster oder Saarbrücken sind aufgrund besonderer Rahmenbedingungen und Initiativen entstanden.

Lässt man die Einrichtung von Räumen zum inhalativen Konsum außen vor, so haben sich Drogenkonsumräume in Deutschland wenig weiterentwickelt. Dies liegt auch in den Rechtsverordnungen begründet.

Alternative Konzepte im Ausland

Ein Blick ins Ausland kann uns einen neuen Weg aufzeigen. So wurden z.B. in Kanada in 2 Jahren fast 50 niedrigschwellige Einrichtungen realisiert, die nur durch 1-2 Personen als Ersthelfer_innen betrieben werden und das Angebot auf Plätze zum begleiteten Konsum reduzieren. Sie tragen den Namen „Overdose prevention sites“ (OPS). Der Name macht bereits deutlich, worauf der Fokus dieses Angebots liegt. Es ist die Vermeidung von Überdosierungen bzw. Drogentodesfällen.

Es mag auf uns befremdlich wirken, dass es keine Vermittlung und Beratung gibt, aber mit diesem Modell konnte eine Vielzahl von Containerlösungen realisiert werden, die geringe Kosten verursachen und dazu beitragen, die hohe Anzahl von opioidbedingten Todesfällen zu reduzieren. Übrigens wurden diese, sehr kargen und ausschließlich auf das Notwendigste reduzierten, Angebote von den Nutzer_innen genauso angenommen wie etablierte Drogenkonsumräume mit einer „rundum Versorgung“. Zum besseren Verständnis der Realisierung einer solch großen Anzahl von „Overdose Prevention Sites“ sei angemerkt, dass es in Kanada im Zeitraum von 2016 – 2018 in 16 Monaten etwa 10.000 opioidbedingte Todesfälle gab.

Sind Drogenkonsumräume mit nur einem Konsumplatz denkbar?

Unter den aktuellen Mindeststandards und Rechtsverordnungen wird es z.B. in Offenbach, Osnabrück, Regensburg und Erfurt kaum eine Chance für Drogenkonsumräume wie in Frankfurt, Hamburg und Essen geben. Die Frage ist aber nicht, ob es nicht auch in diesen Städten Bedarf gibt, um Konsumgelegenheiten in bestehende Einrichtungen zu integrieren. Die Frage ist vielmehr, ob Konsumräume mit einer Kapazität von 1-2 Plätzen zu realisieren sind. Dies würde nicht nur der geringeren Anzahl von Drogenkonsument_innen entsprechen, sondern auch geringere personelle und bauliche Kosten verursachen. Ohne Kenntnis der baulichen Gegebenheiten in den einzelnen Einrichtungen zu haben, sollte es möglich sein, ein bisheriges Büro in einen „1-2 Plätze-Konsumraum“ umzubauen. Auf diese Weise ließe sich die Anzahl von Einrichtungen mit Konsummöglichkeit in Deutschland, am Bedarf orientiert, deutlich erhöhen. Vorstellbar wäre das z.B. in Beratungsstellen, niedrigschwelligen Anlaufstellen, Notunterkünften und Haftanstalten.

Diese Modelle würden, anders als in Kanada, in bestehende Einrichtungen integriert werden; alle wichtigen Funktionen und Aufgaben wie Beratung, Vermittlung, Nahrung und Hygiene blieben erhalten. Da diese Einrichtungen einen Konsumraum als zusätzliches Angebot unter Erhalt aller anderen Angebote betreiben, wäre auch zu diskutieren, ob diese Einrichtungen nicht die Bezeichnung „Einrichtung mit Konsummöglichkeit“ tragen sollten anstatt „Drogenkonsumraum“.

Um diesem Modell eine Chance zu geben, müssten die Mindeststandards in §10a BtmG sowie die Rechtsverordnungen der Länder verändert werden.

Zugang für Substituierte muss bundesweiter Standard werden

Dass Substituierte auch Zutritt zu diesen eventuell neuen Modellen von Einrichtungen mit Konsummöglichkeit erhalten müssen, erscheint vor dem Hintergrund der aktuellen Daten unerlässlich. Dasselbe gilt selbstverständlich für die Anpassung und Vereinheitlichung aller bestehenden Verordnungen. Als eines der letzten Bundesländer hat Nordrhein-Westfalen seine Rechtsverordnung verändert und erlaubt seit dem 1.1. 2016 auch substituierten Personen den Zutritt zu den aktuell 10 stationären und einem mobilen Konsumraum. Insbesondere den nachdrücklichen Forderungen der DKR-Betreiber_innen in Nordrhein-Westfalen ist dies zu verdanken.

Bis zum Jahr 2015 war „erkennbar substituiert“ in NRW der häufigste Abweisungsgrund. Im Jahr 2015 wurde Männern 522-mal und Frauen 60-mal der Zutritt zum Drogenkonsumraum aufgrund einer Substitutionsbehandlung verwehrt.

Im Jahr 2018 entsprach der Anteil der Konsumvorgänge substituierten Personen bereits 39 % der gesamten Konsumvorgänge. Dass sich eine neue Regelung erst einmal etablieren muss, wird auch daran deutlich, dass sich im Jahr 2018 mit insgesamt 105.606 Konsumvorgängen der Anteil substituierten Personen zum Jahr 2017 nahezu verdoppelte.

Das Wirkspektrum von Drogenkonsumräumen kann noch erweitert werden

Dass Drogenkonsumräume auch ein Standort für Drug-Checking-Angebote sein könnten, wird seit geraumer Zeit diskutiert. Aber auch hier steht die aktuelle Gesetzeslage einer Realisierung entgegen. Der Bund und interessierte Länder sind bisher nicht zu einer einheitlichen Rechtsauffassung gelangt. Das Ergebnis ist eine Art Blockade bzw. eine Ablehnung von Anträgen, wie z.B. vom Land Berlin. Die bisher in unseren Nachbarländern erfolgreich betriebenen Drug-Checking-Angebote, werden mehrheitlich von Konsument_innen wahrgenommen, die Stimulanzien bzw. „Partydrogen“ konsumieren und nicht zur Gruppe der Drogengebraucher_innen gehören, die das Angebot eines Drogenkonsumraums nutzen. Angenommen, dass es bald auf Grundlage einheitlicher Rechtsauffassungen zu ersten Modellprojekten mit dem Fokus auf Konsument_innen von Stimulanzien kommt, so könnte man mit der Implementierung eines solchen Drug-Checking-Angebots in Drogenkonsumräumen eine ganz andere und mit multiplen Risiken behaftete Zielgruppe erreichen. Hierfür müsste im §10a BtmG der erste Teil des 4. Satzes gestrichen werden.

Um den Nutzer_innen der Drogenkonsumräume einen sichereren Konsum von Drogen zu ermöglichen und damit das Risiko einer Überdosierung oder/und Schädigung durch Streckssubstanzen zu senken, wären Drug-Checking-Angebote ein sinnvoller erster Schritt.

Aber die Diskussion um die Erweiterung der Angebote muss weitergehen. Warum sollte im Rahmen einer modellhaften Intervention nicht auch bei Opioidkonsument_innen

innen eine Originalstoffvergabe im DKR eingeführt und evaluiert werden? Für uns als überaus regelorientiertes Land und Hilfesystem mag dies abenteuerlich anmuten, aber auf diese Weise könnte die kassenfinanzierte Diamorphinbehandlung ausgebaut werden. Darüber hinaus könnte im Drogenkonsumraum Diamorphin zum direkten Konsum für einen Betrag XX erworben werden.

Denn wenn es eine Schwachstelle des Modells Drogenkonsumraum gibt, dann ist es der Konsum von Schwarzmarktsubstanzen ohne Kenntnis von deren Wirkstärke.

Drogenkonsumräume als Eckpfeiler für die Erreichung der WHO-Ziele bis 2030

Auch im Hinblick auf die Erreichung von Menschen, die aufgrund ihrer Lebensumstände ein hohes Risiko haben, sich mit HIV und vor allem Hepatitis B und C infiziert zu haben, könnten Drogenkonsumräume eine überaus wichtige Rolle spielen. Nun gibt es bereits erfolgreiche Beispiele, dass DKR Beratungs- und Testangebote vorhalten und dazu beitragen, dass positiv getestete Nutzer_innen schnell einen Behandlungsplatz finden, um im Fall einer HCV-Infektion eine Heilungschance von fast 100% zu haben. Die seit dem 01 März 2020 bestehende Möglichkeit, entsprechende Antikörper-Schnelltests ohne eine Ärztin/einen Arzt durchzuführen, könnte dazu beitragen, dass sich alle stationären DKR entscheiden, mit einem Beratungs- und Testangebot das Ziel der Hepatitis-C-Eliminierung bis zum Jahr 2030 zu unterstützen. Das soeben beendete Modellprojekt „HIV? Hepatitis? Das check ich“ hat eindrucksvoll bestätigt, dass auch aktuell Konsumierende eine hohe Testbereitschaft und Compliance aufweisen und entsprechende Therapien erfolgreich durchführen. Deutlich wurde aber auch, dass ein solches Angebot ohne eine personelle Verstärkung nicht durchführbar ist. Die hierfür benötigten Mittel für Berater_innen, sowie das erforderliche Equipment, belasten Kommune und/oder Land nur geringfügig. So liegen die jährlichen Kosten für ein solch wichtiges Angebot im niedrigen fünfstelligen Bereich, also fast auf „Portokassenniveau“.

Literatur

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2018): DROGEN-PERSPEKTIVEN Drogenkonsumräume: Überblick über das Angebot und Evidenzdaten. Lissabon: EMCDDA.
- Alfred Springer (2003): Konsumräume: Ergebnisse einer Expertise im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Stöver, H. & Schäffer, D. (2014): SMOKE IT! Promoting a change of opiate consumption pattern – from injecting to inhaling, Harm Reduction Journal, 11, Article number: 18.

Diamorphingestützte Behandlung in Deutschland – Stand 2020

Christian Plattner

Zusammenfassung

Der Beitrag beschreibt die aktuell bestehenden medizinischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Hürden zur Inanspruchnahme der Diamorphinbehandlung in Deutschland aus Sicht der Praxis und zeigt notwendige Veränderungen für die Zukunft auf.

Die Diamorphingestützte Behandlung für schwer Opiatabhängige ist auf Basis der positiven Ergebnisse der „Heroinstudie“ seit 2010 in der medizinischen Regelversorgung möglich.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen hierzu sind detailliert und im Wesentlichen unverändert im BtMG, der BtMVV, der MVV und dem Sicherungskonzept des Landeskriminalamtes NRW geregelt.

Patient_innen müssen mindestens 23 Jahre alt und mindestens 5 Jahre heroinabhängig sein sowie derzeit überwiegend intravenös konsumieren. Vorausgehend müssen mindestens zwei erfolglose Behandlungsversuche der Opiatabhängigkeit vorliegen, hiervon mindestens eine sechsmonatige klassische Substitutionsbehandlung mit begleitender psychosozialer Betreuung. Gefordert werden zudem ein wiederholter Beigebrauch von Opiaten zur laufenden Substitutionsbehandlung sowie schwere körperliche und seelische Funktionsstörungen.

Mögen die beschriebenen Kriterien unter Berücksichtigung der deutschen soziokulturellen Rahmenbedingungen der 90er Jahre nachvollziehbar sein, so entbehren sie aktuell jedoch jeglicher medizinischen und ethischen Grundlage. Die Anwendung eines zugelassenen, bewährten Medikaments – Diamorphin – welches bei bestimmungsgemäßer Anwendung im kontrollierten Rahmen keinerlei wesentliche Nebenwirkungen aufweist, lediglich aufgrund überkommener Vorurteile und emotionaler Befindlichkeiten auf eine kleine Gruppe potentieller Patient_innen zu beschränken wäre in allen anderen Bereichen der Medizin undenkbar und würde zu einem weltweiten Aufschrei der Fachgesellschaften führen.

Allein der Begriff „Heroin“ löst auch heute noch unmittelbar negative Emotionen, Vorstellungen und Vorurteile aus, welche nach wie vor unreflektiert bleiben und bei Entscheidungsträger_innen und Behörden als Basis weitreichender Entscheidungen dienen.

Derzeit wird die heroingestützte Behandlung deutschlandweit lediglich an 12 Standorten (München, 2x Berlin, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Bonn, Köln, Hamburg, Stuttgart, Düsseldorf und Wuppertal) angeboten. Berlin II (April 2020) und Wuppertal (Juli 2020) kamen 2020 als neue Standorte hinzu.

Insgesamt werden aktuell deutschlandweit ca. 970 Patient_innen mit Diamorphin behandelt. In Anbetracht von fast 80.000 Substitutionspatient_innen ist dies nicht Ausdruck einer geringen Nachfrage, sondern Ausdruck deutlich zu hoher Hürden und einer weit unter dem Bedarf liegenden Anzahl an Diamorphinambulanzen.

Nach wie vor wird die Diamorphinbehandlung auch von Kollegen aus dem Bereich der Substitution völlig zu Unrecht als „Nischentherapie“ und „Mittel der letzten Wahl“ angesehen. Nach wie vor werden dortige Patient_innen trotz der eindeutigen Vorteile der Behandlung für die Patient_innen negativ beeinflusst und beim Wechsel in ein Diamorphinprogramm nur wenig bis gar nicht unterstützt.

Aber auch unter den Substitutionspatient_innen selbst sehen sich die Diamorphinpatient_innen teilweise einer erheblichen Diskriminierung und bewusster Falschinformation seitens der „Szene“ ausgesetzt. Sätze wie „Das ist Dein Ende, da kommst Du nie mehr raus“ oder „Das ist nur künstlicher Stoff“ entbehren zwar jeglicher Grundlage, sind jedoch vielfach zu hören und zeigen entsprechend Wirkung.

Viele Patient_innen finden somit den Weg in eine diamorphingestützte Behandlung erst dann, wenn positive Erfahrungen von einer ausreichenden Anzahl persönlich bekannter Diamorphinpatient_innen übermittelt werden.

Auch viele nichtärztliche Akteur_innen des Drogenhilfesystems vertreten nach wie vor einen stark abstinenzorientierten Ansatz, versuchen eine Aufnahme in diese Form der Behandlung zu verhindern oder ermutigen Diamorphinpatienten fortgesetzt zu einem weiteren Abstinenzversuch, mit teils verheerenden Rückfällen und Auswirkungen. Dieses fortgesetzt zu beobachtende Verhalten belegt, dass auch im professionellen Bereich die Akzeptanz von Heroin/Diamorphin als einem regulären Dauermedikament analog zu Insulin oder Schilddrüsenhormonen noch in weiter Ferne liegt. Und dies obwohl mittlerweile fachlich unstrittig ist, dass der gerne als „Goldstandard“ bezeichnete Einsatz von Methadon und Polamidon weit mehr medizinische Risiken beinhaltet. Beiden genannten Substanzen würde heutzutage aufgrund der bekannten schweren Nebenwirkungen seitens des BfArM keine Zulassung mehr als Medikament erteilt werden.

Die Angst vor Veränderungen sowie die nur zögerliche Abkehr von gefühlten sicheren Glaubenssätzen ist dem Menschen seit jeher inne.

Umso mehr ist es unsere Pflicht, weiterhin unablässig die Vorzüge der diamorphingestützten Behandlung darzustellen. Mag der vergleichsweise hohe Sicherheitsstandard einer diamorphingestützten Behandlung zunächst überzogen erscheinen, so hat er nicht zuletzt unter versicherungsrechtlichen Aspekten durchaus seine volle Berechtigung.

Inakzeptabel dagegen sind die überzogenen Voraussetzungen zur Aufnahme in die diamorphingestützte Behandlung, wodurch nach wie vor Leib und Leben opiatabhängiger Menschen konkret gefährdet werden.

Es gibt keinen nachvollziehbaren Grund, weshalb nicht auch weitaus jüngeren Menschen unter 23 Jahren sowie Menschen ohne vorausgehende klassische Substitutionsbehandlung/Entwöhnung etc. eine Chance zur Abkehr vom hochrisikoreichen Konsum von Straßenheroin gegeben werden sollte. Die Forderung nach vorausgehen-

der Absolvierung überwiegend von Rückfällen und demotivierenden Misserfolgen geprägten Therapieformen sollte umgehend verlassen werden.

Gleichzeitig darf auch die vorwiegende Art des Konsums keine Rolle mehr spielen. Heroin wirkt – egal wie (langsam) es vom Körper aufgenommen wird. Der Umstand, dass die Ergebnisse der Heroinstudie und somit die Behandlungsgrundlage zu Lasten der GKV lediglich auf den Daten von iv Konsumenten beruhen, mag dem guten wissenschaftlichen Standard geschuldet sein.

Dennoch ist nicht erkennbar, dass „Schwerstabhängigkeit vom Heroin“ lediglich an den iv-Konsum von Heroin gebunden sein muss. Ein über Jahrzehnte hinweg fortgesetzter inhalativer Konsum mit entsprechender Organschäden steht dem in nichts nach. Inhalativ konsumierende Patient_innen fühlen sich hier massiv diskriminiert.

Gleiches gilt für die immer wieder geführten, pseudowissenschaftlichen Diskussionen um die konkurrierende Wirkung und Intensität der verschiedenen Substitute am Rezeptor und die Vermeidung von Suchtdruck durch eine nur ausreichend hohe Dosierung dieser.

All diese Modelle und theoretischen Überlegungen führen letztlich immer wieder weg vom eigentlichen Ziel der Behandlung – dem subjektiven Wohlbefinden der Patient_innen.

Selbst wenn Heroin/Diamorphin ausschließlich als Pflaster auf der Seele angesehen werden könnte, so hätte es seine Berechtigung. Chronischen körperlichen Wunden auf Basis inkurabler Vorerkrankungen wie Durchblutungsstörungen und Diabetes mellitus versagt man schließlich auch nicht die nötigen Verbände.

Zusammenfassend muss es unser Ziel sein, der teils wider besseres Wissen aufrechterhaltenen Verdrehung von Ursache und Wirkung einer Heroinabhängigkeit energisch entgegenzuwirken. Menschen werden nicht krank, weil sie Heroin nehmen – Menschen nehmen Heroin, weil sie krank sind.

Diacetylmorphin – auch heute noch auf Basis von pflanzlichem Rohopium pharmazeutisch sicher hergestellt – ist ein hochpotentes, nebenwirkungsarmes Psychopharmakon, welches sich in der Hand der Therapeut_innen hervorragend zur symptomatischen Linderung physischer und vor allem schwerer psychischer Funktionsstörungen eignet und damit den Weg frei macht für weiterführende, möglichst kausal orientierte Behandlungsformen.

Die Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme an einer diamorphingestützten Behandlung müssen deutlich gesenkt und die bestehende Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Patient_innen auf allen Ebenen abgebaut werden.

Eine aufgeklärte und moderne Gesellschaft darf nicht akzeptieren, dass Menschen stigmatisiert und ausgegrenzt werden, nur weil sie im Rahmen einer illegalen Selbstmedikation das geeignetste Medikament für sich entdeckt haben und selbst unter Inkaufnahme widrigster Lebensumstände und Bedingungen nicht mehr darauf verzichten möchten.

Heroin hilft, Leben zu retten.

Die WHO HCV Ziele bis 2030 – Wo steht Deutschland?

Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Dieser Beitrag knüpft an einen Beitrag des ADSB 2019 an und zeigt die Entwicklung der letzten 12 Monate zur Erreichung der WHO Ziele in Bezug auf Hepatitis C und HIV in Deutschland

Die WHO Ziele, denen sich Deutschland angeschlossen hat, sind:

- 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.

Die Voraussetzungen für eine Eliminierung von HCV sind eigentlich gut

Die 2015 eingeführten hochwirksamen und nebenwirkungsarmen Medikamente sind laut Leitlinien für alle verfügbar. Sowohl der Bund als auch die pharmazeutische Industrie fördern die Einrichtung von Beratungs- und Testprojekten für Drogenkonsument_innen, die Gruppe, die besonders von HCV gefährdet und betroffen ist.

Die Schattenseite des föderalen Prinzips

Aber bereits damals war zu erkennen, dass sich das föderale Prinzip als problematisch erweisen könnte, wenn es darum geht, solche Angebote in allen Bundesländern einzurichten. Die Länder entscheiden allein, wie sie die kommunale Suchthilfe ausstatten und welche Maßnahmen sie zur Reduktion von HIV und Hepatitis C einleiten. Praxisberichte zeigten bereits damals, dass die kommunale Drogenhilfe bereit ist vermehrt medizinische Angebote in ihre Angebotsstruktur zu implementieren und ihr Angebot um eine wichtige Facette zu erweitern. Dies funktioniert allerdings nicht, so die Einschätzung der Träger, wenn diese neuen Angebote ohne zusätzliches Personal installiert werden müssen.

Bereits 2019 im 6. Alternativen Drogen- und Suchtbericht zeigten wir mit dem Beitrag „Kann Deutschland die WHO Ziele in Bezug auf Hepatitis C und HIV erreichen? auf, 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. Hier bezahlen die Menschen zumeist für ihren Test oder die Träger bekommen Projektmittel.

Der Fokus von Test und Behandlung muss auf die Zielgruppe der aktiv Konsumierenden gerichtet sein

Vier von fünf HCV-Neuinfektionen sind 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. Die Behandlung aktiver Konsument_innen war damals unterrepräsentiert und dies obwohl gerade diese Gruppe das höchste Risiko hat sich zu infizieren und etwaige Infektionen unbewusst durch den gemeinsamen Konsum weiterzugeben.

Gefangene stärker gesundheitlich belastet und schlechter versorgt

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 auch während ihrer Haftzeit weiterhin Drogen konsumieren.

Bereits im Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2019 wiesen wir darauf hin, dass Inhaftierte eine Risikogruppe sind und Bemühungen der Testung und Behandlung dringend intensiviert werden müssen. 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.

Ein Jahr später – Wie ist die Situation im Juli 2020?

Gesetzesänderung – Der Wegfall des Arztvorbehalts

Der Gesetzgeber im Bund reagierte im März 2020 auf die Rückmeldungen der Praxis, dass die Notwendigkeit der Anwesenheit eines Arztes/einer Ärztin die so notwendigen Beratungs- und Testprojekte jenseits von niedergelassenen Praxen, eine der großen Hürden für eine Ausweitung dieses Angebots darstellt.

Mit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes zum 1. März 2020 ist der sogenannte Arztvorbehalt für Schnelltests (Antikörpernachweis) auf HIV, Hepatitis C und Syphilis entfallen. Das bedeutet, dass ab sofort für die Durchführung eines solchen Schnelltests die Anwesenheit ärztlichen Personals nicht mehr notwendig ist. Die weitergehende Diagnostik in Form eines Bestätigungstests bleibt jedoch weiterhin Ärzt_innen vorbehalten.

Die Gesetzesänderung bringt wesentliche Erleichterungen für niedrigschwellige Aids- und Drogenhilfeeinrichtungen mit sich, die bereits ein Testangebot vorhalten oder eines einführen möchten.

Es ziehen nicht alle am selben Strang!

Die größte Schwachstelle zur Erreichung der WHO Ziele 2030 scheint zu sein, dass nicht alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Während das Bundesministerium für Gesundheit und die Industrie sowie die Aids- und Drogenhilfe durchaus ihre Hausaufgaben machen, halten sich, allem Anschein nach, die meisten Länder vornehm zurück.

Allein die Tatsache, dass sich nur 4 Bundesländer für das vom Bund und der PKV finanzierten Modellprojekt „DAS CHECK ICH“ interessiert ist ein Indiz dafür, dass die Zielgruppe weiterhin wenig populär scheint, aber auch das Thema Hepatitis C nicht über die erforderlichen Unterstützer_innen verfügt. Lediglich das Land Hamburg hat dem Träger Abrigado signalisiert, das Projekt fortan aus Landesmitteln zu finanzieren.

Aktuell liegt unsere Hoffnung in einem Treffen der Landesdrogenbeauftragten im Herbst. Wir hoffen dort die Möglichkeit zu erhalten, die Ergebnisse des Modellprojekts vorzustellen und die zukünftigen Erfordernisse zu diskutieren.

Behandlung für aktiv Konsumierende – das Nadelöhr

Schwierigkeiten bestehen weiter beim Aufbau von Kooperationen mit ärztlichen Praxen, die Bereitschaft signalisieren eine HCV-Therapie auch bei aktuell Drogen gebrauchenden Personen durchzuführen. Bis auf einige Ausnahmen gibt es von ärztlicher Seite Vorbehalte bei der Behandlung der Gruppe, die das größte Risiko haben sich mit HCV zu infizieren und die Infektion weiterzugeben.

Neues im Bereich Justizvollzug?

Der Bund hat auch im Justizvollzug sein Versprechen gehalten und hat sich auf die Suche nach Partner_innen auf Landesebene begeben um ein Modellprojekt „HCV und HIV freies Gefängnis (Arbeitstitel)“ zu initiieren. Das Land Hessen scheint an Bord, aber alles andere ist ungeklärt. Im Wissen, dass aufgrund von Corona alle verfügbaren personellen Ressourcen gebunden waren, hoffen wir, dass auch dieses Projekt im Herbst wieder Fahrt aufnimmt

Resümee

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, wird Deutschland die WHO Ziele 2030 nicht erreichen.

Die Novellierung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung – ein Muster ohne Wert?

Claudia Schieren

Zusammenfassung

Im folgenden Beitrag werden aus Patient_innensicht die Auswirkungen der Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtmVV) beschrieben. Hierbei werden vier Ziele definiert und deren Zielerreichung aus Sicht substituierter Frauen und Männer beschrieben.

Einleitung

Die Substitutionsbehandlung als Maßnahme der HIV- und Hepatitisprävention sowie der Schadensminderung steht seit der Gründung des JES-Netzwerks im Jahr 1989 im Fokus unserer Arbeit als Selbstorganisation und Interessenvertretung.

Als Netzwerk derjenigen, die als Patient_innen mit den Folgen der rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen konfrontiert sind, ist es uns ein Anliegen, unsere Eindrücke von positiven und problematischen Entwicklungen zu beschreiben. Dies soll in diesem Beitrag geschehen. Vertreter_innen des JES Bundesverbands gehörten dem vom Bundesministerium für Gesundheit 2013 einberufenen Expert_innengremium zur Weiterentwicklung der BtmVV an.

Zweifelsohne stellen die im Jahr 2017 verabschiedeten Inhalte der BtmVV aus Patient_innensicht einen Quantensprung im Hinblick auf eine rechtssichere, patientennahe und moderne Behandlungsform von Opioidkonsument_innen dar. Heute, fast 3 Jahre nach Inkrafttreten der BtmVV, gilt es aus Patient_innensicht eine erste Einschätzung zur Anwendung und Wirkung der neuen Regelungen vorzunehmen.

Ziel 1

Um mehr Mediziner_innen für eine Substitutionsbehandlung zu gewinnen und damit zur Verbesserung der Versorgung von Substitutionspatient_innen beizutragen, galt es mehr Rechtssicherheit herzustellen

Hierzu wurden Regelungen, die unmittelbar ärztlich-therapeutische Bewertungen betreffen, in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK) überführt. Dies betrifft Feststellungen zu den Voraussetzungen für den Beginn einer Substitutionstherapie, zum Beikonsum, zum Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverant-

wortlichen Einnahme sowie zur Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Einbeziehung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen.

Nach Aussage vieler Mediziner_innen tragen die Richtlinien tatsächlich zu mehr Rechtssicherheit bei. Allerdings gelang es nicht, die Zahl substituierender Ärztinnen und Ärzte signifikant zu erhöhen. Dies ist kein Makel der Richtlinien, sondern hat mit dem seit über 25 Jahre geprägten Bild von „Heroinabhängigen“ zu tun. Es ist nicht gelungen, die Substitution als wichtige, ethisch wertvolle und erfolgreiche Behandlungsform in der Ärzteschaft darzustellen. Dementsprechend gelang es bisher nicht, die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Ganz im Gegenteil ist heute eine vermehrte Konzentrierung dieser Behandlungsform auf Großstädte festzustellen. Dies hat zur Folge, dass Patient_innen weiterhin weite und teilweise mehrstündige An- und Abreisen in Kauf nehmen müssen, um behandelt zu werden.

Ziel 2

Aufgrund der Tatsache, dass Substitutionspatient_innen häufiger ein höheres Lebensalter erreichen und einen frühzeitigeren Bedarf an stationären oder häuslichen Pflege- oder Rehabilitationsmaßnahmen haben, wurde der Katalog der Einrichtungen, in denen das Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden darf, deutlich erweitert. Hiermit sollte ein Beitrag zur Verbesserung einer wohn- oder aufenthaltsortnahen Versorgung verbunden sein.

Bereits vor COVID 19 wurde deutlich, dass diese Ziele nicht erreicht wurden. Fragt man entsprechende Einrichtungen, so wird deutlich, dass bundesweit kaum eine (neue) Kooperation entstanden ist. Als Gründe werden hierfür fehlende Vertragswerke sowie eine unklare Definition, in welchem Umfang verantwortliche Personen in diesen Einrichtungen fortgebildet werden müssen, genannt.

Aus unserer Sicht werden hier seit langem bestehende Defizite der Kooperation und Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen bzw. Sucht- und Drogenhilfen und niedergelassenen Ärzten deutlich. Das Dreieck, bestehend aus Arzt/Ärztin – Patient_in – und Drogenhilfe/PSB mit dem Ziel der kontinuierlichen Kommunikation zum Vorteil der Patient_innen, existiert nur in sehr wenigen Fällen.

Gerade jetzt, während der COVID19 Pandemie, zeigen sich die Mängel der Kooperationen mit Drogenhilfen, Pflegeeinrichtungen, aber auch mit Apotheken, um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Die in der BtmVV beschriebenen Modelle der Delegation und Kooperation könnten gerade jetzt dazu beitragen, die Arztpraxen zu entlasten und Substitutionspatient_innen zu schützen.

Ziel 3

Mit der Erweiterung des Kreises der Personen, denen Substitutionsmittel zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden dürfen, sowie der Erweiterung der Dauer der eigenverantwortlichen Einnahme für bis zu 30 Tage, sollte das Ziel eines flexibleren Erwerbs- und Gesellschaftsleben gefördert werden.

Die Überlassung des Medikaments für einen größeren Personenkreis sowie die Handhabung der Dauer eines Take-Home Rezeptes wird von Patient_innen sehr unterschiedlich wahrgenommen. In vielen Praxen ist die eigenverantwortliche Einnahme des Medikaments am Wochenende sowie an Feiertagen nun einfacher möglich. Dort, wo es aber berechtigten Bedarf für eine längerfristige eigenverantwortliche Einnahme für die Dauer von 7 Tagen und mehr gibt, mutet die Erlangung eines entsprechenden Rezeptes wie ein ungleicher Kampf an. Insbesondere das von Patient_innen verspürte Misstrauen und die Zweifel, ob ihre Angaben auch der Wahrheit entsprechen, führen zu überaus problematischen Gefühlen.

So ist es nicht unüblich, dass Patient_innen, die bereits viele Jahre und Jahrzehnte in einer Behandlung sind und nach einem Urlaubsrezept anfragen, damit konfrontiert werden, die Unterlagen zur Reise beizubringen. Für beruflich bedingte Anfragen kann die Vorlage des Arbeitsvertrages notwendig werden. Patient_innen berichten, dass das fortwährende Misstrauen, gepaart mit einem autoritären Umgangston, nicht nur ernüchternd ist, sondern auch zu tiefgreifenden Verletzungen führt. Für viele setzt sich, auch nach Jahren der Substitution, das fort, was ihnen zuvor über Jahrzehnte begegnet ist: Misstrauen und fehlende Glaubwürdigkeit. Dass dieses Misstrauen nach vielen Jahren der Behandlung immer noch fortbesteht und der Arzt/die Ärztin der Nichterfordernis der eigenen Ermittlungspflicht dennoch nachkommt, erschüttert das Vertrauen vieler Patient_innen zu ihren Behandler_innen dauerhaft und irreparabel.

Nicht alle Ärztinnen und Ärzte handeln gleich. Es gibt viele positive Berichte, wonach das Ausstellen von Take-Home Rezepten sehr gut funktioniert. Patient_innen, die beruflich integriert sind, können problemlos ihrer Tätigkeit nachgehen, ohne sich regelmäßig Ausreden für den Arbeitgeber auszudenken, weshalb sie heute später da sind oder früher wegmüssen.

Allerdings stehen einer eigenverantwortlichen Einnahme des Medikaments die hierdurch entstehenden geringeren Einnahmen des Arztes entgegen. So berichten insbesondere jene Praxen, die ihre Einkünfte ausschließlich aus der Substitutionsbehandlung beziehen, dass sie nur einem gewissen Prozentsatz ihrer Patient_innen eine Take Home Verschreibung aushändigen können- völlig unabhängig von deren Eignung.

Hiermit werden Behandler_innen und Patient_innen gleichermaßen in Haftung genommen. Eine tägliche Berufstätigkeit wird hierdurch verkompliziert oder gar unmöglich gemacht. Nicht selten findet man in Praxen Aushänge wie diesen:

„Berufstätige Patient_innen haben in der Zeit von 08:00 – 09:00 Uhr Vorrang bei der Abgabe“

Dies führt dazu, dass berufstätige Patient_innen innerhalb der Patient_innenschaft missgünstig betrachtet oder gar beschimpft werden. Wir als Patientenvertretung würden eine Initiative zur Schaffung einer Abrechnungsziffer, die für den Behandler keine Einnahmeeinbuße darstellt, jederzeit unterstützen.

Ziel 4

Mit der Veränderung der Präambel vom Ziel der „Erlangung einer Suchtmittelfreiheit“, hin zur veränderten Zielsetzung „des Anstrebens der Opioidabstinenz“, soll die Substitution als Maßnahme der Schadensminderung gestärkt werden.

Viele Patient_innen verbanden mit der veränderten Präambel eine Abkehr von einer Behandlungsform, die auch durch eine fortwährende Überprüfung des Konsums anderer Substanzen gekennzeichnet ist. Die Tatsache, dass diese Überprüfungen den Patient_innen vielerorts eine Urinabgabe unter Sicht oder unter Einbezug einer Videokamera abverlangen, kennzeichnet die Substitution als „Sonderbehandlung“, die völlig außerhalb aller anderen Behandlungsformen steht. Die Überprüfung des Beigebrauchs sowie die Sanktionierung des Konsums anderer als den verschriebenen Substanzen führen in der Regel weiterhin zu Sanktionen. Diese Sanktionen sind in keinem anderen Indikationsfeld denkbar.

Zusammenfassung

Durch die im Jahr 2017 verabschiedeten veränderten Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung konnte kaum eines der intendierten Ziele realisiert werden. Was bleibt, ist ein Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patient_in, dem es an Vertrauen und Offenheit weiterhin mangelt. Behandlungsziele bleiben unausgesprochen. Hierbei wird deutlich, dass aufgrund der Vielzahl von Patient_innen, die in einer Ambulanz oder Praxis behandelt werden, das Individuum mit seinen Anliegen, Stärken und Schwächen auf der Strecke bleibt. Die Tatsache, dass der Beikonsum anderer Substanzen wie Cannabis, Kokain oder Heroin durchweg weiter sanktioniert wird, führt dazu, dass Patient_innen viel investieren, um saubere Urinproben zu erhalten um ihren Arzt bzw. ihre Ärztin fortwährend betrügen zu können. In kaum einem der uns vorliegenden Fälle war es möglich, „Lust auf Kokainkonsum“, „Wünsche sich breit zu machen“, „Konsum durch Schlaflosigkeit oder aufgrund von Ängsten“ zu thematisieren. Es gilt nicht aufzufallen. Dass hierdurch die große Masse der Patient_innen nur sehr eingeschränkt von dieser Behandlungsform profitieren, bleibt hingegen von beiden Seiten unausgesprochen.

Die Tatsache, dass nach der Veränderung der Rechtsverordnung von Drogenkonsumräumen in NRW im Jahr 2016 und der damit verbundenen Öffnung des Angebots für Substituierte mehr als 1/3 aller Konsumvorgänge von Substituierten durchgeführt werden, zeigt, dass viele Patient_innen weiterhin versuchen, mit illegalen Substanzen ihren Suchtdruck, ihre Ängste sowie körperlichen und psychischen Erkrankungen außerhalb der ärztlichen Praxis zu heilen. Die fehlende Kommunikation sowie fehlende Behandlungsangebote für Erkrankungen des Körpers und der Psyche substituierter Frauen und Männer kennzeichnen diese Behandlungsform auch heute noch.

Abschließend möchte ich deutlich machen, dass eine Vielzahl von Patient_innen von der Substitution profitiert. Diese Patient_innen sind in der Regel unauffällig, suchen die Praxis nur selten auf, sind anspruchlos und widmen sich ihrer Arbeit und ihrer Familie. Sorgen bereitet mir der größere Teil von Patient_innen, die trotz Substitution ein Leben in Einsamkeit und Krankheit fristen und denen Misstrauen und

Sanktionen ebenso wenig helfen wie die novellierte Betäubungsmittelverschreibungsverordnung aus dem Jahr 2017.

Quellen

Bundesgesundheitsministerium: Dritte Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung, 2017

Landesstelle Sucht NRW, Jahresbericht 2018; Drogenkonsumräume in Nordrhein-Westfalen

Safer Nightlife: Eine Aufgabe für Bund, Länder und Kommunen

Rüdiger Schmolke, Tibor Harrach, Wolfgang Sterneck, Pia Eigenstetter, Katharina Tietz & Scharif Bahri

Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten hat sich schrittweise eine vielseitige, aber mit einigenden charakteristischen Stilen und Werten verbundene Clubkultur herausgebildet, die eine hohe gesellschaftliche Relevanz besitzt. Für viele Menschen in den „Feiermetropolen“ ist das Nachtleben ein wichtiger sozialer Bezugspunkt und Teil ihrer Identität, der für einige zudem einen wichtigen Schutzraum vor Diskriminierung darstellt. Dabei begründet die hohe Bedeutung gemeinsamer Rauscherfahrten und der libertäre Umgang mit psychoaktiven Substanzen einen besonderen Bedarf für konsumbezogene Gesundheitsförderung und Prävention. Sogenannte Partyprojekte leisten hier seit Mitte der 1990er Jahre Information und Vergabe von Safer-Use-Materialien, Kompetenzschulungen und aufsuchende Beratungsangebote. Eine systematische Förderung durch Bund und Länder könnte die nachgewiesenen positiven Effekte dieses Feldes der Prävention deutlich erhöhen. Zudem verhindern betäubungsmittelrechtliche Regelungen Rechtssicherheit für Partyprojekte und stehen damit einer effektiven Gesundheitsförderung im Partysetting entgegen.

„Ausgehen und Feiern“ bildet für einen erheblichen Teil der Bevölkerung in den (post-)modernen Industriegesellschaften einen transzendentalen Erfahrungsraum mit rauschhaften Erlebnissen, die subjektiv als erheblicher Gewinn für die eigene Persönlichkeitsentwicklung gedeutet werden (vgl. Legnaro 1982). Seit den 1960er Jahren hat sich schrittweise eine vielseitige Club- und Festivalkultur entwickelt, die für viele Menschen einen gewichtigen Teil ihrer Lebenswelt ausmacht. In den Metropolregionen West- und Mitteleuropas ist diese längst zu einem bedeutenden Wirtschafts- und Standortfaktor geworden (vgl. Krüger et al., 2015) und nicht zuletzt dadurch in den Mittelpunkt der Gesellschaft gerückt. Bereits in den 1990er Jahren wurde die Bedeutung einer neuartigen „juvenilen Spaß-Kultur“ als kollektiver Lebensstil mit spezifischen Kulturen soziologisch gedeutet und insbesondere anhand der Techno-Szene als besondere Ausprägung des „Nachtlebens“ erforscht (z.B. Hitzler/Pfadenhauer 2001).

Gerade in den elektronischen Musikszenen wurde die Expansion des Stimulanzien-Konsums in den 1990er Jahren (Ecstasy, Speed), einhergehend auch mit einer Renaissance der klassischen Psychedelika (LSD, psychoaktive Pilze), inzwischen um eine unübersichtliche Vielzahl so genannter neuer psychoaktiver Substanzen mit einer großen Bandbreite chemischer Strukturen und unterschiedlichsten psychotropen Wir-

kungen ergänzt. Dabei unterstehen verschiedene Gruppen psychoaktiver Substanzen unterschiedlichen gesetzlichen Bestimmungen.¹

Der Konsum im Nightlife unterscheidet sich signifikant vom Alltagskonsum der Partyszene-Angehörigen: Der „Feier-Konsum“ zeichnet sich durch einen hohen Anteil von Stimulanzien aus, oft auch in Verbindung bzw. im Mischen mit Psychedelika und/oder Alkohol und anderen Downern. Dabei gilt für die Partygänger_innen in aller Regel, dass sie danach streben, ihren szenespezifischen Konsum

- zeitlich auf das Event oder das Wochenende als „Auszeit“ vom Alltag zu begrenzen,
- räumlich vom Alltagsgeschehen zu trennen, indem sie das Ausgehen auf Clubs und Festivals oder spezifische private Räume für die Afterhour fokussieren und
- als gemeinsame Erlebnisse innerhalb der Feier-Community auch sozial einzurahmen.

Allerdings hat sich gerade in „Feier-Metropolen“ wie Barcelona oder Berlin eine derart große „Party-Community“ und eine entsprechend vielfältige Clublandschaft gebildet, dass hier auch außerhalb von Festivalsaison und Wochenenden durchgängig eine scheinbar endlose Aneinanderreihung sequenzieller Party-Erfahrungen möglich ist. Ein gewichtiger Teil des Nightlife spielt sich inzwischen zudem am Tag ab. Nicht nur für Kulturschaffende und andere Beschäftigte im Nightlife-Business, die hier auch ihren (Arbeits-)Alltag verleben, verschwimmen dadurch die Grenzen zwischen Alltag und Party. Dieses „24/7-Nightlife“ befördert tendenziell auch einen entgrenzten Konsum. Zudem ist die Alkoholindustrie durch den Verkauf ihrer Produkte, Sponsoring und Promotion in der Partyszene omnipräsent.

Die Konsumgewohnheiten im Nachtleben sind daher letztlich so vielfältig wie in der Gesellschaft insgesamt: Der Umgang mit psychoaktiven Substanzen wird meist eher unproblematisch gestaltet, da er in Erleben und Ausmaß in der Regel von den Personen selbst wie auch vom sozialen Umfeld kontrolliert wird. Gleichzeitig werden – gerade unter den „risk sensation seekers“ (Horvath/Zuckerman 1993) und „Psychonaut_innen“ unter den Partygänger_innen – teilweise extreme Drogenerfahrungen gesucht und gemacht, die in psychische Krisen münden sowie mit erheblichen Schädigungen einhergehen oder (in eher seltenen Fällen) auch tödlich enden können. Durch die (scheinbare) Szenekompatibilität extremer, teilweise auch kompulsiver Konsummuster, verfestigen sich bei einer Untergruppe nicht selten schleichend und vom Umfeld unbemerkt manifeste Abhängigkeitsproblematiken.

Durch die besondere Bedeutung der stark identitätsbildenden Szenezugehörigkeit und des dabei angenommenen Wertegefüges und Lebensstils ergibt sich hierdurch ein spezieller Bedarf für settingbezogene Gesundheitsförderung. Neben den mit an-

¹ Der Umgang Minderjähriger mit Alkohol- und Tabakwaren sowie mit anderen nikotinhaltenigen Erzeugnissen wird durch das Jugendschutzgesetz reguliert. Der unerlaubte Handel, Erwerb und Besitz sogenannter illegaler Drogen (z.B. Amphetamin, Cannabis, Kokain) wird durch das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) strafrechtlich verfolgt. Der Umgang mit sogenannten Neuen psychoaktiven Stoffen (NpS) wird seit 2016 durch das neue psychoaktive Stoffe Gesetz (NpSG) reglementiert. Handel und Einfuhr ist demnach strafbar, Erwerb und Besitz zu Rauschzwecken sind zwar verboten, aber in der Regel nicht strafbewehrt. Eine große Gruppe von psychoaktiven Stoffen (z.B. GBL, Poppers) wird nicht durch spezielle Gesetze reglementiert. Hier sind auch Arzneistoffe wie Ketamin zuzuordnen, die, wenn sie als Rauschdrogen verwendet werden, gemäß dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH 2014) in weiten Teilen nicht den Regelungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) unterworfen sind.

deren geteilten Ausgeh-, Sinnes- und Rauscherfahrungen sowie den Erfahrungen von Solidarität und Unterstützung durch andere Szenemitglieder, erleben Club- und Festivalgänger_innen ihre Szenezugehörigkeit oft auch durch die sich weitab der gesamtgesellschaftlichen Norm bewegenden, libertären Einstellungen gegenüber Substanzkonsum. Vor allem in Bezug auf die illegalisierten psychoaktiven Substanzen wird dies – im Sinne der Sinndimensionen nach Luhmann (1984) – als entschieden „anders“ als gesamtgesellschaftlich dominierende Lebensstile und Konsummuster (der so genannte Mainstream) erlebt. Dabei wird aber eine Identifikation als „Drogenszene“ deutlich abgelehnt. Angebote der klassischen Drogenberatung werden meist als nicht passend für die eigenen Bedürfnisse nach qualitativ hochwertigen Drogeninformationen sowie nach Austausch über Substanzkonsum mit anderen Szene-Angehörigen angesehen.

Die besondere Sensitivität für eine szenegerechte Ansprache wird zudem dadurch verstärkt, dass die elektronische Partyszene auch bewusst einen relativen Schutz- und Freiraum für zahlreiche Menschen bildet, die auf Grund ihrer Abweichungen von bestimmten gesellschaftlich vorgegebenen sozialen Normen (z.B. sexuelle Orientierung und Identität) oft bereits vielfältige Diskriminierungserfahrungen und nicht selten auch Traumatisierungen erlitten haben.

In Deutschland machen sogenannte Partydrogen-(Selbst-)Organisationen oder „Party-Projekte“ (Schmolke 2000a, Schmolke 2000b, Sterneck 2000) seit den 1990er Jahren Angebote einer soziokulturellen Gesundheitsförderung und Harm Reduction in der Partyszene. Sie wurden von Szenegänger_innen gegründet und entwickelt, verstehen sich als Peer-to-Peer-Projekte, arbeiten strikt akzeptierend und nach dem Empowerment-Ansatz. In den meisten Fällen sind die Projekte eng mit Lobbyverbänden lokaler Nightlife-Betriebe, alternativen kulturellen Netzwerken und antisexistisch ausgerichteten Awareness-Initiativen im Party-Setting vernetzt, die sich ebenso wie sie gegen Ausgrenzung und Diskriminierung einsetzen. Partydrogen-Projekte unterstützen Partygänger_innen dabei, ihre Gesundheit und die ihrer Community zu verbessern, indem sie

- adäquate Informationen zu Substanzen und mit dem Konsum verbundene Risiken streuen und damit den Wissensstand und die Reflexionsmöglichkeiten der Partygänger_innen erhöhen,
- Safer-use-Informationen und -Materialien verbreiten und sich für die Schaffung weiterer Harm-Reduction-Angebote einsetzen,²
- Vor-Ort-Beratung und – im Fall des Bedarfs an psychosozialer Unterstützung, der keinesfalls nur, aber oft im Zusammenhang mit Substanzkonsum steht – Krisenbegleitung und „safe spaces“ anbieten,
- im Bedarfsfall in adäquate Angebote des Hilfesystems vermitteln,
- Kompetenz-Trainings und -Workshops für Betreiber_innen, Club- und Festival-Personal sowie für Partygänger_innen anbieten sowie
- sich in der Arbeit im Setting, aber auch weit darüber hinaus politisch für Gesundheitsförderung im Partysetting sowie eine nicht-diskriminierende, emanzipatorisch ausgerichtete Kultur-, Gesundheits- und Drogenpolitik einsetzen.

² Darunter auch das in Deutschland bis heute nicht mit öffentlicher Förderung ermöglichte Drug-Checking; vgl. Harrach/Schmolke 2018, Harrach/Schmolke 2019; nähere Informationen z.B. unter www.drugchecking.de

Durch ihre hohe Selbst-Identifikation mit der Partyszene erreichen die Mitarbeiter_innen der Party-Projekte Menschen, die das etablierte Hilfesystem bislang nicht erreicht. Darunter auch solche mit besonders risikoreichen Konsummustern oder anderen, spezifischen Gesundheitsrisiken. Zudem ermöglichen sie Zugänge für das Erkennen neuartiger Konsumtrends. Obwohl einzelne Maßnahmen bislang in ihrer Wirksamkeit nur wenig erforscht sind, können Safer-Nightlife-Projekte, die auf mehreren Ebenen agieren, als effektiv und effizient angesehen werden.³

In Deutschland arbeiten viele Projekte (z.B. Eve & Rave, DrugScouts, eclipse) bereits seit den 1990er Jahren kontinuierlich in der Partyszene. Im Ende der 1990er Jahre gegründeten Sonics-Netzwerk (www.sonics-netzwerk.net) sind 22 Safer-Nightlife-Projekte aus Deutschland (Stand: Anfang 2020) lose vernetzt, die das Netzwerk als Austausch- und Entwicklungsplattform nutzen. Einige Netzwerkorganisationen haben sich 2016 im Sonics – Safer Nightlife Bundesverband zusammengeschlossen und unter anderem gemeinsame Qualitätsstandards für die Vor-Ort-Arbeit im Nightlife entwickelt (SONICS e.V. 2020; vgl. Tietz/Völkel 2017). Projekte, die im Sonics-Bundesverband zusammengeschlossen sind, verstehen ihre Arbeit als soziokulturelle Gesundheitsförderung. Diese basiert auf stärkenden Informations-, Entfaltungs- und Unterstützungsangeboten, insbesondere im Zusammenhang mit Substanzkonsum und unter besonderer Berücksichtigung kultureller und sozialer Zusammenhänge bzw. der spezifischen Lebenswelten, Szenen und Events (Sterneck 2010).

Etliche Sonics-Projekte sind bis heute rein ehrenamtlich getragene Initiativen. Eine größere Reichweite und Intensität der Maßnahmen erreichen hingegen Organisationen, die – zum Teil auch in Kooperation mit örtlichen niedrigschwelligen Drogen- und Aidshilfen – von den öffentlichen Verwaltungen für ihre Arbeit finanziell unterstützt werden und so Fachkräfte für die Koordination und zur Erstellung eines umfangreichen Informations- und Beratungsangebots entlohnen. Sie können nicht nur die Vor-Ort-Arbeit (Präsenz mit Informationsmaterialien, Beratungsangebot und Unterstützung in Krisenfällen) und Kompetenz-Trainings erheblich ausweiten, sondern entwickeln sich zudem auch zu von Ländern und Kommunen ernst genommenen Akteur_innen zur strukturellen Entwicklung eines Safer Nightlife. Projekte, die sich auch bei Einbindung bezahlter Fachkräfte als Peer-to-Peer-Projekte verstehen, haben in den örtlichen Party-Szenen einen großen Zuspruch und werden oft von vielen ehrenamtlich Engagierten unterstützt, so dass sie auch mit – im Vergleich zu anderen Präventionsprojekten oder Einrichtungen des Hilfesystems – geringen staatlichen Förderungen eine sehr große Reichweite entfalten. In Deutschland werden derzeit 11 Party-Projekte in 8 verschiedenen Bundesländern dauerhaft staatlich unterstützt (Stand: Anfang 2020).⁴ Auch hierzulande hat sich somit unter dem Schlagwort Safer Nightlife in den vergangenen 20 Jahren ein eigenes Fachgebiet der Prävention entwickelt. Obwohl viele Strategien in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern schon früh entwickelt wurden, hinkt die strukturelle Entwicklung in Deutschland jedoch inzwischen weit hinterher:

³ Vgl. www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/nightlife-festival-and-other-recreational-settings_en [15.06.2020]

⁴ Wobei einzelne hiervon keine spezielle Förderung für die Präventionsarbeit im Nightlife erhalten, sondern diese als integralen Bestandteil ihres Angebots ausweisen (z.B. im Rahmen ihrer Arbeit als Suchtpräventions- oder Drogenberatungsstelle).

So wird das insbesondere in der Partyszene seit langem geforderte Drug-Checking bereits in neun europäischen Ländern kontinuierlich angeboten, während es bislang in keinem deutschen Bundesland umgesetzt wird – trotz ausreichender Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen des bestehenden Betäubungsmittelrechts (vgl. Nestler 2019).⁵

Insgesamt lässt sich auch von einer bislang erschreckend geringen Zahl an Ländern und Kommunen sprechen, die den Nightlife-Bereich als für die Gesundheitsförderung relevant genug ansehen, um Projekte in die Regelförderung aufzunehmen. Dies führt in der Folge auch dazu, dass der Bereich in der konzeptionellen Entwicklung der Gesundheitsziele der Länder kaum auftaucht, obwohl durch das Präventionsgesetz hier Fördermöglichkeiten entstanden sind. Dem stehen vielfältige positive Beispiele entgegen, zum Beispiel aus den Niederlanden, Belgien, Luxemburg, Spanien, Österreich und der Schweiz, in denen der Förderung und Stärkung des Bereichs ein viel höherer Stellenwert zugemessen wird. Regierungsbündnisse und Verwaltungen in Deutschland sind gefordert, Safer Nightlife als Ziel in ihren Koalitionsvereinbarungen sowie in die landesweiten und kommunalen Entwicklungsziele aufzunehmen. Auf diese Weise könnten Safer-Nightlife-Angebote systematisch ausgebaut und professionalisiert werden.

Eine wesentliche Stärkung würde der Safer-Nightlife-Bereich auch dadurch erfahren, dass der Bund sich entscheidet, nicht nur punktuell einzelne Maßnahmen zu fördern,⁶ sondern eine bundesweit agierende Fachstelle zur Schadensminimierung und Gesundheitsförderung im Nachtleben einzurichten, die

- die im Nightlife aktiven Projekte ebenso wie das Hilfesystem mit Fachinformationen versorgt,
- sie bei der fachlichen Weiterentwicklung sowie der Dokumentation und Evaluation ihrer Angebote unterstützt,
- Drug-Checking-Ergebnisse und Drogentrends im Nachtleben sammelt, aufarbeitet und der (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung stellt,
- die Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit vorantreibt, z.B. in Form von Workshops und Fachtagungen.

Als Vorbild hierfür bietet sich die in der Schweiz bei Infodrog angesiedelte Stelle an.⁷ Auf diese Weise wäre es möglich, in Verantwortungsteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen schrittweise die dringend erforderliche Gesamtstrategie für die Gesundheitsförderung im Nachtleben zu entwickeln, von dem auch die Gesamtgesellschaft in hohem Maße profitierte.

Neben diesen anvisierten Schritten im Gesundheitsbereich besteht zudem ein erheblicher (De-)Regulierungsbedarf insbesondere in der Ausformung des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), das in seiner jetzigen Form die aktive Gesundheitsförderung im Partysetting unterminiert. Zwar ist der Konsum jeglicher Substanzen nicht verboten, sondern eine durch Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) geschützte Handlung. § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 3 des BtMG kriminalisieren jedoch den Erwerb und Besitz

⁵ Das Land Berlin fördert seit 2018 ein Drug-Checking-Modellprojekt, das jedoch bis Mitte 2020 noch keine Substanzanalysen vorgenommen hat.

⁶ 2014-2016 förderte das Bundesministerium für Gesundheit die letztlich erfolgreiche Entwicklung eines Schulungsmanuals für Veranstalter_innen, siehe www.best-clubbing.fixpunkt.org.

⁷ Siehe www.infodrog.ch/nightlife.html

von Betäubungsmitteln auch zum Eigenverbrauch. Diese Auffangtatbestände müssen als Verletzung des in Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (GG) garantierten Grundrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit bewertet werden⁸. In der Partyszene werden sie zudem durch einen weitgehenden Konsens konterkariert, dass Konsum selbstbestimmt und verantwortungsvoll erfolgen sollte. Die Kriminalisierung der Konsument_innen bremst die Bemühungen um Gesundheitsförderung im Partysetting, etwa indem sie die Glaubwürdigkeit staatlich geförderter Prävention generell erschüttert und auch die konkrete Nutzung von Angeboten dadurch erschwert, dass durch das BtMG kriminalisierte Konsument_innen mit Besitz von Betäubungsmitteln staatlich geförderte Einrichtungen der Drogenhilfe betreten sollen.

Auch die Regelungen des § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 bis 12 („Verschaffung oder Gewährung einer Gelegenheit zum Erwerb oder unbefugten Verbrauch von Betäubungsmitteln“) stehen in scharfem Kontrast zum Prinzip der Schadensminimierung und Gesundheitsförderung. Vor allem im Licht der aufkommenden AIDS-Epidemie in den 1980er Jahren wurde zwar die Notwendigkeit ergänzender niedrigschwelliger Hilfsangebote erkannt und – nach jahrelangen erbitterten Diskussionen – 1992 durch Aufnahme des § 29 BtMG Abs. 1 Satz 2 klargestellt, dass die Abgabe von sterilen Einmalspritzen kein strafbares Verschaffen einer Gelegenheit zum Verbrauch darstellt. Drogenhilfe und Partyprojekte können sich hierauf berufen, wenn sie auch andere Konsumutensilien zur Schadensminimierung verteilen (z.B. Ziehröhrchen, Dosierhilfen für GHB/GBL oder „Slampacks“ für einen hygienischen und sichereren Drogenkonsum). Obwohl in einem zähen Prozess Ende der 1990er Jahre auch die sogenannte vierte Säule („Überlebenshilfe und Schadensminimierung“) in der nationalen Drogenpolitik verankert wurde, herrscht hier aber bis heute keine Rechtssicherheit. Diese Situation erinnert frappierend an den heute anachronistisch anmutenden Straftatbestand der „Kuppelei“ im deutschen Sexualstrafrecht, mit dessen Hilfe, trotz einer schon in den 1960er Jahren anerkannten neuen gesellschaftlichen Realität, bis 1973 der Kampf gegen die „Unzucht“ (also jede sexuelle Beziehung außerhalb der Ehe) mit strafrechtlichen Mitteln geführt wurde (vgl. Woesner 1968; Marszk 2008).

§ 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 BtMG stellt auch die öffentliche Mitteilung von Gelegenheiten zum unbefugten Erwerb oder Abgabe von Betäubungsmitteln und das Verleiten zu deren Konsum unter Strafe. Von einer solchen Gelegenheit ist unter bestimmten Voraussetzungen auszugehen, z.B. bei Mitteilung von günstigen Preisen oder besonders exzellenter Qualität von Betäubungsmitteln (Patzak 2019: 734). Durch diese Regelung erscheint auch das öffentliche Mitteilen von Drug-Checking-Ergebnissen von Strafverfolgung bedroht. Insbesondere die Warnungen vor besonders hochdosierten Betäubungsmitteln (z.B. Ecstasy-Tabletten) auf den Webseiten von Partyprojekten könnte dadurch ggf. als Straftat angesehen werden.

Auch Partyveranstalter_innen und die Strafverfolgungsbehörden selbst geraten durch die Regelungen des § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 u. 11 in Konfliktsituationen. Neh-

⁸ Z.B. Nestler (1998, 738): „Das Ziel, die zur Selbstbestimmung fähigen Personen vor sich selbst zu schützen, ist mit der verfassungsrechtlichen Wertentscheidung in Art. 2 Abs. 1 GG nicht vereinbar. [...] Diese verfassungsrechtliche Auslegung führt für das BtMG zu weitreichenden Konsequenzen. Deren wichtigste ist, dass der Schutz der Konsumenten vor der Gefährdung eigener Rechte durch die selbstbestimmte Entscheidung zum Konsum sowohl durch verwaltungsrechtliche BtM-Umgangsverbote wie auch durch deren Absicherung durch strafrechtliche Vorschriften gleichermaßen verfassungswidrig ist.“ (Vgl. Patzak 2019: 739).

men Veranstalter_innen billigend in Kauf, dass während der Party illegale Drogen verkauft und konsumiert werden, ohne geeignete Gegenmaßnahmen und Kontrollen zu ergreifen und ohne die Polizei zu alarmieren, machen sie sich nach § 29 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 BtMG wegen des Verschaffens einer Gelegenheit zur unbefugten Abgabe und zum Erwerb strafbar. Können Veranstalter_innen die Betreuung und Kontrolle von Musikveranstaltungen nicht beherrschen, so müssen sie trotz wirtschaftlicher Einbußen auf die Durchführung derartiger Veranstaltungen verzichten. Hält die Polizei die Zusammenarbeit mit Veranstalter_innen für sinnvoll, so können diese ihre Mithilfe nicht verweigern. Denn der Polizei obliegt die Entscheidung, inwieweit dies als sachgerecht anzusehen ist oder nicht. Gelingt es z.B. Club-Betreiber_innen trotz intensiver eigener Bemühungen und trotz der Zusammenarbeit mit der Polizei nicht, zu verhindern, dass ihre Lokalität in der Einschätzung der Polizei „kriminelles Milieu“ anzieht und zur Anlaufstelle „organisierten Verbrechens“ wird, so müssen sie den Club zumindest vorübergehend schließen (Patzak 2019: 732-734).

All diese Regelungen sind von der Praxis längst überholt. Dass auf fast allen Partyveranstaltungen für Erwachsene psychoaktive Substanzen konsumiert werden, die dem BtMG unterstellt sind, kann heute als Allgemeinwissen gelten (vgl. Goetzke/Schaarschmidt 2016). Wenn Veranstalter_innen Gegenmaßnahmen einleiten, beschränken sich diese häufig auf Alibi-Aktionen, wie das Aufstellen von Schildern oder die Demontage von abschließbaren Toilettentüren, ohne dass dadurch der Konsum maßgeblich unterbunden wird. Vielerorts sind Strafverfolgungsbehörden stillschweigend vom Legalitätsprinzip auf das Opportunitätsprinzip umgestiegen und greifen in der Regel nicht ein. Wenn doch, dann setzen sie sich dem Verdacht aus, bestimmte Veranstaltungen oder Clubs gegenüber anderen Veranstaltungen bewusst oder willkürlich zu bevorzugen oder ins Visier zu nehmen.

Allerdings führen antiquierte Tatbestände im BtMG wie das „Verschaffen einer Gelegenheit“ bei Veranstalterinnen auch zu Befürchtungen, dass die Anwesenheit von Partyprojekten zu Problemen mit Polizei und Ordnungsbehörden führt, da auf dem als „drogenfrei“ verbrämten Event nun Substanzinfos und Safer-use-Materialien verteilt werden. Bestärkt durch ein gesamtgesellschaftliches Umdenken in der Drogenfrage und mehr Offenheit für schadensminimierende Ansätze, hat hier in den vergangenen Jahren allerdings in vielen Clubs und lokalen Szenen eine Entspannung eingesetzt. Auch die finanzielle Förderung von Projekten durch Kommunen und Bundesländer stärkt ihre Akzeptanz bei Betreiber_innen und Veranstalter_innen und mindert Bedenken um das Ausbrechen von Konflikten mit den Behörden.

Rechtssicherheit für Partygänger_innen und Partyprojekte sowie die effektive, konsequente Umsetzung des Harm-Reduction-Ansatzes sind aber letztlich auch nur dann zu erreichen, wenn sich die Legislative dazu entscheidet, durch Streichung der Nummern 1, 3, 10 und 11 in § 29 Abs. 1 Satz 1 BtMG Erwerb und Besitz von BtM konsequent zu entkriminalisieren und das Relikt des Verschaffens und Gewährens einer Gelegenheit abzuschaffen. Anstelle des BtMG sollten für alle psychoaktiven Substanzen kohärente Regelungen mit der Maßgabe stehen, Gesundheitsförderung zu ermöglichen, Werbung (einschließlich Promotion-Aktionen) zu unterbinden und Jugendschutz zu gewährleisten.

Die Club- und Partyszenen sind von einem weitgehend hedonistischen Selbstverständnis getragen, aber auch von einer weitgehenden Vision von der Gestaltung einer Kultur, die eine freie und solidarische Entfaltung in allen gesellschaftlichen Bereichen

ermöglicht. Partyräume als Räume des gegenseitigen Austauschs, der gegenseitigen Bestärkung und damit auch der sozialen Gesundheit sind vor allem dann möglich, wenn die Partyszenen wegen der hier ausgelebten Rauscherlebnisse nicht als Orte der Kriminalität verdächtigt, sondern als schützenswerte Kulturstätten anerkannt werden. Dass auch hier ein gesellschaftliches Umdenken eingesetzt hat, zeigt die Forderung des 2020 gegründeten, parteiübergreifenden Parlamentarischen Forums Nacht- leben & Clubkultur im Deutschen Bundestag, das unter anderem fordert, Musikclubs und Livemusikspielstätten als „Anlagen für kulturelle Zwecke“ anzuerkennen.⁹ Ein Paradigmenwechsel in diese Richtung bedeutete auch eine weitere Verbesserung der Rahmenbedingungen für eine systematische Gesundheitsförderung im Nachtleben, die darauf zielt, Selbstverantwortung zu stärken und Kompetenzvermittlung vor Ver- bote zu stellen.

Literatur

- Europäischer Gerichtshof (EuGH) (2014): EuGH, 10.07.2014 – C-358/13, C-181/14: Neue psychoaktive Substanzen sind keine Funktionsarzneimittel (m. Anm. Patzak, Volkmer, Ewald). In: Neue Zeitschrift für Strafrecht, Heft 8, 461-468; Urteil: <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=154827&pageIndex=0&doclang=DE&mode=req&dir=&occ=first&part=1> [17.06.2020]
- Goetzke J./Schaarschmidt T. (2016): Drogen in Clubs: Zum Koksen bitte aufs Klo. Zeit On- line, 20. Juni 2016; www.zeit.de/wissen/gesundheit/2016-05/drogen-club-mdma-speed-ecstasy-berlin [18.06.2020]
- Harrach, T./Schmolke, R. (2018): Qualifiziertes Drugchecking. Wiedereinführung eines drin- gend benötigten Instruments der Schadensminimierung und Prävention, in: akzept e.V., Deutsche Aidshilfe, JES Bundesverband (Hg.): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Pabst; www.akzept.org/uploads0517/akzeptADSB2018web.pdf [15.06.2020]
- Harrach, T./Schmolke, R. (2019): „Das Gute daran: Es könnte Leben retten.“ Drugchecking-Po- litik in Deutschland, in: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hg.): Checking Drug- Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring. Frank- furt/M.: Fachhochschulverlag, S. 121-149
- Hitzler, R./Pfadenhauer, M. (Hg.) (2001): Techno-Soziologie. Erkundungen einer Jugendkul- tur. Heidelberg: Springer
- Horvath, P./Zuckerman, M. (1993): Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. Per- sonality and Individual Differences, Vol. 14, 1, pp. 41-52
- Krüger, T./Schmid, J. F./Jauernig, T. (2015): Stadtnachacht. Management der Urbanen Nacht- ökonomie, <https://bit.ly/2Hv1RI5> [15.06.2020]
- Legnaro, A. (1982): Kleine Soziologie des Rauschs, in: Feustel, R., Schmidt-Semisch, H., Brö- ckling, U. (Hg.): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Heidelberg: Springer, S. 27-40
- Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/Main: Suhrkamp

⁹ www.livemusikkommission.de/pressemittteilung-grundsteinlegung-fuer-das-parlamentarische-forum-nachtleben-clubkultur [06.07.2020]

- Marszk, D. (2008): Vor 35 Jahren: „Kuppelei“ und Homosexualität in der Bundesrepublik nicht länger strafbar. Wissenschaft aktuell, 26. Mai 2008. www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Vor_35_Jahren___Kuppelei__und_Homosexualitaet_in_der_Bundesrepublik_nicht_laenger_strafbar_1741015585023.html [18.06.2020]
- Nestler, C. (2019): Zulässigkeit und rechtliche Rahmenbedingungen von Drug-Checking unter dem Betäubungsmittelgesetz, in: Tögel-Lins, K., Werse, B., Stöver, H. (Hg.): Checking Drug-Checking. Potentiale für Prävention, Beratung, Harm Reduction und Monitoring, Frankfurt/M.: Fachhochschulverlag, S. 69-94
- Nestler, C. (1998): Grundlagen und Kritik des Betäubungsmittelstrafrechts. In: Kreuzer (Hrsg.) Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts
- Patzak, J. (2019): Kommentar zu § 29 BtMG, In: Körner, H, Patzak, J, Volkmer, M., Fabricius, J.: Becksche Kurzkommentare Band 37; Betäubungsmittelgesetz: Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung, Arzneimittelgesetz, Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz, Anti-Doping-Gesetz, Grundstoffüberwachungsgesetz, 9. Auflage
- Schmolke (2000a): Bedingungen für eine innovative regionale Drogenpolitik in Deutschland. Eine Policy-Netzwerkanalyse der Partydrogenpolitik in Frankfurt am Main, Hamburg und Berlin www.eve-rave.net/download.sp?file=politics110.pdf [15.06.2020]
- Schmolke, R. (2000b): Bedingungen für eine innovative regionale Drogenpolitik am Beispiel der Partydrogenpolitik in den Städten Frankfurt am Main, Hamburg und Berlin, in: Akzeptanz, 2/2000, 8. Jg., 64-70; www.researchgate.net/publication/329814852_Bedingungen_fur_eine_innovative_regionale_Drogenpolitik_am_Beiispiel_der_Partydrogenpolitik_in_den_Stadten_Frankfurt_am_Main_Hamburg_und_Berlin [15.06.2020]
- SONICS e.V. (2020): Safer-Nightlife Qualitätsstandards zur Krisenintervention im Party-/Festival-Setting. <https://bit.ly/38mC6Yb> [15.06.2020]
- Sterneck, W. (2010): Psychoaktive Rhythmen – Selbstorganisation in der Party-Kultur. Vortrag auf der Club Health Conference, Zürich, 2010. www.sterneck.net/stern/club-health [16.06.2020]
- Sterneck, W. (2000): Zwischen ‚Drauf-Sein‘ und Drogenmündigkeit. www.sterneck.net/stern/drogen-party [16.06.2020]
- Tietz, K./Völkel, D. (2017): PsyCare – Krisenintervention im Partysetting. Ein Plädoyer aus der Praxis für Qualitätsstandards, in: akzept e.V. (Hg.): 4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht, Pabst; <https://www.akzept.org/uploads0517/adsb2017web.pdf> [16.06.2020]
- Woesner, H. (1968): Ohne Ehe Alles Unzucht. Der Spiegel Nr. 16, 1968. www.spiegel.de/spiegel/print/d-46050205.html [17.06.2020]

Substanzkonsum und Sexarbeit

Cora Funk & Anja Liebig

Zusammenfassung

Seit dem letzten Jahr mehren sich in Deutschland die Stimmen für ein sogenanntes Sexkaufverbot. Organisationen, wie Terre des Femmes und Politiker_innen, insbesondere der Kreis um Leni Breymaier, nutzen den aktuellen Lockdown der Sexarbeitsbranche, um ihre Ziele politisch voranzutreiben. Während Berufsverbände und Fachberatungsstellen für Sexarbeitende mit Stellungnahmen und Protesten dagegenhalten, läuft die Arbeit bei den mittellosen und konsumierenden Sexarbeiter_innen weiter. Durch sie wird jetzt besonders sichtbar, welche fatalen Folgen mit einem Sexkaufverbot in Deutschland verbunden sind.

Substanzkonsum ist in der Sexarbeit allgegenwärtig, muss jedoch differenziert betrachtet werden. Auf der einen Seite gehören Drogen je nach Arbeitsort zum Job dazu oder erfüllen bestimmte Funktionen, die für die Arbeit nützlich sind: das gemeinsame Glas Sekt mit dem Kunden ermöglicht die Anbahnung und lockert die Stimmung; Rauchen hilft die Zeit des Wartens zwischen dem nächsten Kunden zu überbrücken und Kokain hält vor allem während der Nachtschicht wach.

Auf der anderen Seite ist Sexarbeit auch für viele Konsument_innen von illegalisierten Drogen eine Möglichkeit, um die benötigten finanziellen Mittel für den Konsum auf legalem Weg zu verdienen. Die Entscheidung zur Sexarbeit ist dann immer auch eine Entscheidung gegen kriminelle Wege der Beschaffung. Mit der Einführung des Prostitutionsgesetzes 2002 (ProstG) und der damit verbundenen Aufhebung der Sittenwidrigkeit, war ein sicherer, legaler Rahmen für Sexarbeit geschaffen worden.

Um das Selbstverständnis legaler Arbeit und der damit verbundenen beruflichen Rechte zu stärken, ist es notwendig, dass Menschen, die sexuelle Dienstleistungen anbieten, auch als Sexarbeiter_innen gesehen und benannt werden. Dazu gehören besonders auch Konsument_innen von illegalisierten Drogen, die nicht nur in ihren Safer-Use-Strategien, sondern in Safer-Work-Strategien gestärkt werden sollen.

Rahmenbedingungen in der Sexarbeit für Konsument_innen illegalisierter Substanzen

Sexarbeitende, die sich mit dem Angebot sexueller Dienstleistungen ihren Konsum finanzieren, wählen häufiger den Straßenstrich als Arbeitsort. Dieser bietet sehr flexible Arbeitsbedingungen, ist frei von Selbstbeteiligungskosten, wie zum Beispiel einer täglichen Zimmermiete, und ist in vielen Städten zentral gelegen. In einigen Großstädten gibt es im Bereich des Straßenstrichs akzeptanzorientierte, sozialarbeiterische Angebote. Die Sexarbeitenden werden vor Ort mit Informationen zum sicheren Arbeiten und den notwendigen Safer-Work-Materialien, wie Kondomen und Gleitgel, versorgt. Darüber hinaus werden oft auch Konsumutensilien, wie sauberes Spritz-

besteck, Alufolien oder Pfeifen weitergegeben, die gesundheitliche Schäden durch den illegalisierten Substanzkonsum minimieren sollen. Diese zugehenden Angebote sind für Konsument_innen oft ein erster Kontakt zum Hilfesystem und ermöglichen es über weiterführende Beratung und Unterstützung zu informieren. Dadurch kann ein grundsätzliches Vertrauen in die Soziale Arbeit hergestellt werden. Diesem Beziehungsaufbau kommt somit eine besondere Bedeutung zu, da die Menschen von einer doppelten Stigmatisierung betroffen sind. In unserer Gesellschaft sind sowohl Sexarbeit als auch illegalisierter Substanzkonsum stark tabuisiert und die Betroffenen leiden sehr unter der Abwertung, mit der sie konfrontiert werden. Damit verbunden ist oft ein großes Misstrauen gegenüber der Mehrheitsgesellschaft sowie Gefühle von Scham und Ausgrenzung. In diesem sensiblen Spannungsfeld bedeutet der Zugang zu Unterstützung einen ersten Schritt zurück in die Gesellschaft.

Mit dem Ziel die rechtliche Situation von Sexarbeiter_innen weiter zu stärken, wurde zu dem Prostitutionsgesetz zusätzlich das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) verabschiedet (BMFSFJ, 2020). Seit Inkrafttreten des ProstSchG am 1. Juli 2017 sind Sexarbeitende verpflichtet sich bei einer offiziellen Behörde anzumelden. Dort wird geprüft, ob sich der/die Sexarbeiter_in in einer Zwangslage befindet und deshalb anschaffen geht. Außerdem wird Hinweisen auf Zwangsprostitution und Menschenhandel nachgegangen. Wenn diese Fälle vorliegen, werden keine Dokumente zum legalen Arbeiten ausgestellt. Sofern kein Verdacht auf Zwang oder ähnlichem besteht, wird ein Ausweis mit Lichtbild ausgestellt, den jede_r Sexarbeiter_in bei der Arbeit mit sich führen muss. Diese Anmeldung muss nach zwei Jahren erneuert werden. Ist die Person unter 21 Jahren hat diese jährlich zu erfolgen. Eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Anmeldung ist eine vorherige gesundheitliche Beratung, die in der Regel in den kommunalen Gesundheitsämtern stattfindet. Eine bundesweit einheitliche Umsetzung wurde mit der Einführung des ProstSchG nicht erreicht. Das bedeutet, dass sowohl die zuständige Behörde für die Anmeldung und gesundheitliche Beratung als auch die Gebührenverordnung in jedem Bundesland, in jeder Stadt und jeder Kommune verschieden sind. Fachleute aus der Drogenhilfe haben bereits vor der Einführung des Gesetzes eindringlich darauf hingewiesen, dass dieses Verfahren an den Lebensrealitäten von Substanzgebraucher_innen völlig vorbei geht. Viele dieser Menschen leben auf der Straße und haben häufig alles verloren. Der Lebensrhythmus ist an den Konsum der jeweiligen Substanz angepasst. Zwei Termine in den frühen Morgenstunden in zwei verschiedenen Behörden zu vereinbaren, diese einzuhalten sowie alle benötigten Papiere dabei zu haben, ist für Betroffene in der Regel zu hochschwellig. Mit der Anmeldung zur Sexarbeit ist es am Ende auch nicht getan, denn auch das Finanzamt erfährt von der beruflichen Selbstständigkeit und fordert damit eine jährliche Steuererklärung ein. Um Kosten geltend machen zu können, wird eine detaillierte Buchführung mit allen Einnahmen und Ausgaben (Quittungen, Rechnungen) vorausgesetzt.

Hört man sich auf der Drogenszene oder am Straßenstrich um, wird deutlich, dass sich auch nach drei Jahren nur die allerwenigsten Substanzkonsument_innen angemeldet haben und somit wieder ein Stück mehr in die Illegalität rutschen. Bisher konnten Streetworker_innen diese Menschen an ihren Arbeitsorten gut erreichen und mit Materialien und Informationen ausstatten. Wenn sich jedoch die Kontrollen auf dem Straßenstrich weiter verschärfen, ist zu befürchten, dass die Sexarbeitenden

wieder versteckter agieren und somit für Unterstützungsangebote kaum noch zu erreichen sind.

Einen kleinen Vorgeschmack darauf hat der totale Lockdown der Sexarbeitsbranche zum Infektionsschutz im Zusammenhang mit COVID-19 gebracht. In fast allen Städten in Deutschland ist der Straßenstrich menschenleer. Dennoch brauchen Substanzgebraucher_innen das Geld, um ihren Konsum zu finanzieren, denn die Sucht lässt sich nicht einfach runterfahren. Die Anbahnung mit den Kunden findet demnach im Verborgenen statt und für Streetworker_innen ist die Zielgruppe schwieriger zu erreichen. Viele der Konsument_innen trauen sich nicht, offen damit umzugehen, dass sie trotz des Verbotes arbeiten. Selbst gegenüber den Streetworker_innen besteht ein Misstrauen. In Berlin wurde von der Polizei der Besitz von Kondomen als Indiz für illegales Arbeiten gewertet (taz, 15.07.2020), und auch wenn die Polizei in einer offiziellen Stellungnahme dieses Vorgehen dementiert, kommt es zu einer grundsätzlichen Verunsicherung bei den Betroffenen. Bereits bekannt ist diese Handhabung auch aus Städten mit rigiden Sperrgebietsverordnungen. Diese Umstände führen zu einer Unterversorgung mit Arbeitsmaterialien und damit zu einem höheren gesundheitlichen Risiko.

Mögliche Auswirkungen eines Sexkaufverbots auf Substanzkonsument_innen

Betrachtet man nun in diesem Zusammenhang das in den letzten Jahren von einigen politischen Akteur_innen und Mitgliedern des Bundestages geforderte Sexkaufverbot nach dem nordischen Modell, sind weitere Verschlechterungen der Lebenssituationen von Substanzkonsument_innen zu erwarten. Das sogenannte nordische Modell variiert in der Umsetzung, steht jedoch in der Regel auf vier Säulen. Kern ist die Kriminalisierung der entgeltlichen Inanspruchnahme von sexuellen Dienstleistungen. Das bedeutet eine Bestrafung von Kunden, aber auch Vermietung von Arbeitsräumen oder Vermittlung von sexuellen Dienstleistungen fallen unter die Strafbarkeit. Zweitens bleibt das Anbieten sexueller Dienstleistungen weiterhin straffrei. Das dritte Element des Modells sieht die Bereitstellung von Ausstiegsangeboten aus der Sexarbeit vor. Als vierte Säule sind Aufklärungs- und Bildungsmaßnahmen in der allgemeinen Bevölkerung vorgesehen. Das Ziel ist immer eine dauerhafte Reduzierung der sexuellen Dienstleistungen, sprich die Abschaffung von Prostitution (Vgl. Dolinsek, 2014). Mit Auswirkungen dieser Intention kennen sich Substanzkonsument_innen und die Drogenhilfe in Deutschland aus. Die Straffreiheit des Konsums verhindert eine Kriminalisierung der Betroffenen nicht, solange Erwerb und Besitz von Substanzen strafbewehrt sind. Ein staatlicher Wille zur Abschaffung der illegalisierten Drogen führt nicht zu einem Verschwinden dieser Lebensrealitäten. Dieselbe Widersprüchlichkeit wirft das nordische Modell in Bezug auf Sexarbeit auf.

Wenn Kunden sexueller Dienstleistungen von Strafe bedroht sind, führt dies weder zu einem Verschwinden der Kundschaft noch zu einem Rückgang von sexuellen Dienstleistungen. Dieses Phänomen ist bereits in Hamburg St. Georg zu beobachten gewesen. Hier wurde zur Umsetzung der örtlichen Sperrgebietsverordnung 2012 eine Kontaktverbotsverordnung erlassen. Werden im Sperrgebiet Kunden bei der Verhandlung mit einer/m Sexarbeitenden angetroffen, wird dies als Ordnungswidrigkeit

geahndet. Dies führt zu einer Veränderung der Kundenstruktur. Diejenigen, die ein Verbot nicht abschreckt, kommen weiter, viele der fairen und respektvollen Kunden sind jedoch seit 2012 weniger geworden (vgl. Diakonie Hamburg, 2019).

Das Anbieten sexueller Dienstleistungen von Sexarbeitenden mit Substanzkonsum findet, wie schon beschrieben, in der Regel im öffentlichen Raum statt. Ein Ausweichen auf das Internet oder in die private Wohnung ist durch die prekären Lebensumstände vieler Konsument_innen nicht möglich. Um in der Öffentlichkeit eine Bestrafung zu vermeiden, muss die Anbahnung schnell von statten gehen. Hierdurch steigt die Gefahr Opfer von Gewalt zu werden, denn ein ausführliches Vorgespräch mit dem Kunden und eine genaue Einschätzung sind unter Zeitdruck nicht möglich. Alle Beteiligten stehen unter Stress, somit ist es schwieriger eine Situation richtig zu beurteilen und Gefahren zu erkennen. Durch die zunehmenden Kontrollen der Polizei an Orten, an denen Straßenprostitution stattfindet, wird diese verstärkt als bedrohlich wahrgenommen. In der helfenden Funktion tritt sie kaum noch in Erscheinung. Es ist zu befürchten, dass das entstandene Misstrauen dazu führt, dass Sexarbeitende, die zu Opfern von Gewalt werden, keine Anzeige erstatten (vgl. Deutsches Institut für Sozialwirtschaft, 2019).

Schaut man nach Schweden, wo das Modell bereits seit 1999 umgesetzt wird, werden diese Befürchtungen untermauert. Auch in anderen Ländern, die das Sexkaufverbot bereits eingeführt haben, bilden sich unerwünschte Effekte heraus. Eine von der schwedischen Regierung veröffentlichte Studie arbeitet heraus, dass die Straßenprostitution deutlich zurückgegangen, während gleichzeitig das Angebot von sexuellen Dienstleistungen im Internet signifikant angestiegen ist. Insgesamt ist es jedoch schwierig, aussagekräftige Zahlen zu erheben, bzw. Kausalitäten herzustellen. Eine Reduzierung der Sexarbeit ist schwierig nachzuweisen, wenn eine Verdrängung in den nicht öffentlichen und sichtbaren Raum stattfindet (vgl. Holmström/Skilbrei, 2017). Für Substanzkonsument_innen, die nicht über die Möglichkeiten des Rückzugs verfügen, kann eine Verschärfung der Arbeitsrisiken durch den bereits beschriebenen Zeitdruck auf dem Straßenstrich erwartet werden. Der Mangel an Kunden wirkt sich negativ auf das Schutzverhalten der Sexarbeiter_innen sowie auf deren Preisverhandlung aus. Sie könnten seltener auf Safer-Sex-Praktiken bestehen, häufiger Risiken in Kauf nehmen z.B. zu zwei Personen in den Wagen zu steigen und öfter niedrigere Preise akzeptieren. Es entsteht ein Machtgefälle, das sich zugunsten der Kunden ausrichtet. In der Beschreibung der schwedischen Gesetzgebung wird von einem Klassengesetz gesprochen, da gerade Drogenabhängige und andere marginalisierte Gruppen kaum eine Alternative zur Straße haben, wenn sie Sex verkaufen. Dort sind sie jedoch mit den beschriebenen Problemen konfrontiert (vgl. Dodillet/Östergren, 2012).

In Ländern, in denen das Sexkaufverbot bereits gilt, berichten Sexarbeitende von vermehrten Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen aufgrund ihrer Tätigkeit. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die Haltung, auf der das Gesetz fußt, Sexarbeitende als schwach und ausgebeutet sieht. Dies führt zu einer stereotypen öffentlichen Sicht auf diesen Personenkreis. Bei Substanzkonsument_innen wird dies durch das Stigma der Sucht weiter verschärft. So sind beispielsweise Fälle des Sorgerechtsentzuges von Müttern auf Grund ihrer Tätigkeit aus Schweden bekannt geworden (vgl. Dolinsek, 2013). Stigmatisierungs- und Ausgrenzungserfahrungen führen dazu, dass sich Betroffene nicht mehr an öffentliche Stellen wie die Polizei oder Beratungsstellen wenden, wenn sie Unterstützung brauchen.

Somit hat ein solches Gesetz auch Konsequenzen für die soziale Arbeit mit substanzgebrauchenden Sexarbeiter_innen. Bisher können wir seit vielen Jahren mit einem niedrigschwelligen, parteilichen, akzeptanzorientierten Ansatz die Betroffenen gut erreichen und unterstützen. Mit der ablehnenden Haltung, die hinter dem Sexkaufverbot steht, ist Akzeptanz für die Menschen in ihrer Lebenssituation nur schwer zu vereinbaren. Es ist zu befürchten, dass die erprobten und nachhaltigen niedrigschwelligen Angebote aus der Hilfelandschaft verschwinden und eine vulnerablere Zielgruppe durch das Raster fällt.

Ausblick

Doch was braucht es stattdessen, um die prekären Lebensbedingungen von Menschen mit Substanzkonsum in der Sexarbeit zu verbessern? Der Einstieg in die Sexarbeit erfolgt bei der beschriebenen Gruppe mit der Motivation den eigenen Substanzkonsum zu finanzieren. Eine Regulierung der Drogenmärkte oder Entkriminalisierung des Substanzkonsums und damit verbunden ein Verbraucherschutz und angemessene Preise werden dazu führen, dass bereits die Notwendigkeit der Arbeitsaufnahme in die Sexarbeit entfällt. Auch in anderen Bereichen, wie Ausländer_innen-, Sozial- und Arbeitsrecht, macht es Sinn Regulierungen jenseits des Prostitutionssonderrechts in den Blick zu nehmen, um weitere Repressionen zu vermeiden (vergl. Künkel/Schrader 2020). Ein Maßnahmenpaket zur beruflichen Umorientierung für Sexarbeitende wäre auch in Deutschland zu begrüßen. Im Gegensatz zur schwedischen Umsetzung sollte eine Hilfe nicht an den Ausstiegswillen geknüpft sein. Zudem müssen Angebote zur beruflichen Umorientierung so niedrigschwellig ansetzen, dass sie die Zielgruppe erreichen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass substanzkonsumierende Personen in der Sexarbeit oftmals große Lücken in ihrem Arbeitslebenslauf aufweisen und nicht über Schulabschlüsse oder andere Qualifikationen verfügen. Wichtig ist die Zieloffenheit, damit Menschen, die danach in der Sexarbeit bleiben möchten, nicht eine weitere Stigmatisierung erfahren. Eine Aufklärungs- und Bildungskampagne in der breiten Öffentlichkeit sollte mit dem Ziel des Abbaus von Stigmatisierung, umgesetzt werden. Spezifische akzeptanzorientierte Beratungsangebote sollten flächendeckend vorgehalten und nicht nur in wenigen Großstädten finanziert werden. Und nicht zuletzt sollte Sexarbeit als Arbeit Anerkennung finden und dementsprechend Konzepte der Arbeitssicherheit und der Professionalisierung Anwendung finden.

Quellen

- BMFSFJ (2020): Fragen und Antworten zum Prostituiertenschutzgesetz, online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/frauen-vor-gewalt-schuetzen/prostituiertenschutzgesetz/fragen-und-antworten-zum-prostituiertenschutzgesetz-/117364>; letzter Zugriff: 22.07.2020.
- Deutsches Institut für Sozialwirtschaft e.V. (2019): Evaluation der Kontaktverbotsverordnung St. Georg, online verfügbar unter: <https://www.hamburg.de/contentblob/13716760/2389222b79ca41e857725ea409db8877/data/evaluation-kontaktverbotsvo.pdf>; letzter Zugriff: 23.07.2020.

- Diakonie Hamburg (2019): Warum ein Sexkaufverbot Sexarbeitende nicht vor Gewalt schützen kann. Stellungnahme der Diakonie Hamburg anlässlich des Internationalen Tags gegen Gewalt an Frauen, online verfügbar: <https://www.diakonie-hamburg.de/de/fachthemen/frauen/Warum-ein-Sexkaufverbot-Sexarbeitende-nicht-vor-Gewalt-schuetzen-kann>; letzter Zugriff: 22.07.2020.
- Holmström, C./Skilbrei, M.-L. (2017): The Swedish Sex Purchase Act: Where Does it Stand?, online verfügbar: https://www.idunn.no/oslo_law_review/2017/02/the_swedish_sex_purchase_act_where_does_it_stand, letzter Zugriff: 23.07.2020.
- Dodillet, S./Östergren, P. (2012): Das schwedische Sexkaufverbot. Beanspruchte Erfolge und dokumentierte Effekte, in: Greif, Elisabeth (Hrsg.): SexWork(s) verbieten- erlauben- schützen? Linzer Schriften zur Frauenforschung (Band 51), S. 67–110.
- Dolinsek, S. (2013): Das Stigma tötet, online verfügbar: <https://www.freitag.de/autoren/sonja-dolinsek/prostitution-das-stigma-toetet>; letzter Zugriff: 22.07.2020.
- Dolinsek, S. (2014): Prostitution und Menschenhandel (1): Die „Wahrheit“ über das „Nordische“ und „Schwedische“ Modell, online verfügbar: <https://menschenhandelheute.net/2014/07/01/prostitution-und-menschenhandel-1-die-wahrheit-uber-das-nordische-und-schwedische-modell/>, letzter Zugriff: 23.07.2020.
- Prösser, C. (2020): Prostitution und Polizei: Ein Schutz, der gefährdet, online verfügbar: <https://taz.de/Prostitution-und-Polizei/!5696036/>; letzter Zugriff: 22.07.2020.
- Künkel, J./Schrader, K. (2020): Prekarität und Vulnerabilität in der Sexarbeit – kritische Anmerkungen zum Diskurs der „Armutsprostitution“ aus intersektionaler Perspektive, in: Dackweiler, R.-M./ Rau, A./ Schäfer, R. (Hrsg.): Frauen und Armut – Feministische Perspektiven Geschlechterforschung für die Praxis (Band . 5), S. 218- 237.

Das neue Tabakwerbeverbot

Ein Teilerfolg für die Harm Reduction. Und ein partielles Desaster

Dietmar Jazbinsek

Zusammenfassung

Rund 250 Millionen Euro – so viel Geld gab die Tabakindustrie 2017 in Deutschland für Werbung aus. Nun hat das Parlament die Werbebeschränkungen verschärft. Ab dem Jahr 2022 soll die Außenwerbung für Zigaretten, Tabakerhitzer und E-Zigaretten zeitlich gestaffelt verboten werden. Wie ist es zu dieser Entscheidung gekommen? Welche Rolle spielte dabei der Alternative Drogenbericht? Stimmt das, was Tabakkonzerne und Gesundheitsorganisationen im Laufe der Debatte an Argumenten vorgebracht haben? Warum ist der Kinderschutz so wichtig und werden die Kinder tatsächlich geschützt? Welche Probleme werden durch die Gesetzesänderung gelöst, welche bleiben bestehen, welche Probleme werden neu geschaffen? Und was für Gesetzesänderungen stehen als Nächstes an? Einige Antworten auf diese Fragen gibt der vorliegende Beitrag. Der Autor ist Stipendiat der Dieter Mennekes Umweltstiftung.

Deutscher Bundestag, 170. Sitzung, Tagesordnungspunkt 17

Kurz vor Mitternacht ging am Donnerstag, dem 2. Juli 2020, eine jahrelange Hängepartie zu Ende: Der Bundestag beschloss in seiner vorletzten Sitzung vor der Sommerpause mit großer Mehrheit, die bestehenden Werbebeschränkungen im Zuge einer Novellierung des Tabakerzeugnisgesetzes zu verschärfen. Kinowerbung ist bei Vorführungen jugendfreier Filme in Zukunft generell verboten, Plakatwerbung wird nur noch auf den Außenflächen des Fachhandels erlaubt sein (wobei nicht ganz klar zu sein scheint, welche Geschäfte zum Fachhandel zählen sollen). Die Bestimmungen für die Außenwerbung – das ist das Brisante an dem Gesetz – enthalten eine Differenzierung nach Produktgruppen: Das Werbeverbot für herkömmliche Tabakprodukte tritt Anfang 2022 in Kraft, das für die neuartigen Tabakerhitzer ein Jahr später. Für E-Zigaretten und Nachfüllbehälter ist die Plakatwerbung ab dem 1. Januar 2024 untersagt – und zwar unabhängig davon, ob sie Nikotin enthalten oder nicht.

Wie die E-Zigaretten-Reklame geregelt werden soll, war bis zuletzt umstritten. Das hat mit zwei konträren Vorstellungen darüber zu tun, welche Wirkung diese Werbung erzielt oder erzielen soll. Aus Sicht vieler Gesundheitsorganisationen verfolgen die Anbieter der Dampfgeräte mit ihrer Werbung die Absicht, Kinder und Jugendliche zum Nikotinkonsum zu verführen. Und wenn die Kinder erst einmal dampfen, so die Quintessenz der Einstiegsdrogen-Theorie, dann ist es nur noch eine Frage der Zeit, bis sie rauchen, kiffen oder härtere Drogen konsumieren. Dagegen betonen die Zigarettenkonzerne, dass ihre Werbung für risikoreduzierte Nikotinprodukte Raucher zum

Umstieg motivieren und dadurch den Schaden des Tabakkonsums reduzieren kann und soll. Beide Hypothesen zu den Zielen und Wirkungen der E-Zigaretten-Werbung sind, was Deutschland betrifft, nachweislich falsch.

Faktencheck Gesundheitsorganisationen

Bei uns sind E-Zigaretten vor gut zehn Jahren in den Handel gekommen. 2012 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) zum ersten Mal untersucht, wie viele Jugendliche mit den neuen Produkten in Kontakt gekommen sind. Damals waren es 2,6% der 12- bis 17-Jährigen, wobei sich diese Angabe auf die 30-Tages-Prävalenz bezieht. Das heißt, es wurden alle Teenager mitgezählt, die im Monat vor der Befragung mindestens einmal an einer E-Zigarette gezogen haben. Nun gab es 2012 kaum Plakatwerbung für E-Zigaretten, weil die Anbieter Start-Up-Unternehmen waren, die ihren Vertrieb hauptsächlich über Dampferläden und den Online-Handel abwickelten. Erst 2016 haben die großen Tabakkonzerne in Deutschland damit begonnen, eigene risikoreduzierte Produkte in großem Stil zu vermarkten. Die Einführung der Marken Vype (British American Tobacco), Logic (Japan Tobacco International), Iqos (Philip Morris International) und MyBlu (Reemtsma / Imperial Brands) war mit aufwändigen Werbekampagnen verbunden. Würde die Verführungshypothese der Gesundheitsorganisationen stimmen, müsste der Anteil der jugendlichen Dampfer und Raucher in der Folgezeit deutlich angestiegen sein. Doch die realen Zahlen sehen anders aus.

Am Tag vor der Abstimmung im Bundestag veröffentlichte die BzgA ihre neuesten Umfrageergebnisse (Orth/ Merkel 2020). Demnach lag der Anteil der jugendlichen E-Zigaretten-Konsumenten im Jahr 2019 bei 3,7%, also kaum höher als vor Beginn der Marketingoffensive. Diese Zahlenangabe schließt wohlgerne den Probierkonsum mit ein. Zudem fällt auf, dass die 30-Tages-Prävalenz von 2018 bis 2019 um 0,5% gesunken ist. Auffällig ist dies deshalb, weil Ende 2018 die weltweit bekannteste E-Zigarettenmarke Juul in Deutschland auf den Markt kam. Von einem Juul-Hype unter Jugendlichen wie in den USA kann hierzulande also keine Rede sein.

Ähnliches gilt für die Elektrogeräte, die keine Liquids verdampfen, sondern echten Tabak erhitzen. Der größte westliche Tabakkonzern Philip Morris wirbt in Deutschland seit geraumer Zeit nicht mehr für seine Kultzigarette Marlboro, sondern ausschließlich für den Tabakerhitzer Iqos. In mehreren Wellen wurden deutsche Großstädte mit Werbung für die Produktneuheit zu plakatiert. Trotzdem bewegt sich der regelmäßige Iqos-Konsum bei den Jugendlichen bis heute auf einem kaum messbaren Level. Laut BzgA lag die 30-Tages-Prävalenz im Fall des Tabakerhitzers 2019 bei 0,1%.

Und was ist mit der Warnung der Gesundheitsorganisationen vor der Einstiegsdroge E-Zigarette? Wenn an dieser Warnung etwas dran wäre, müssten heute wieder mehr Jungen und Mädchen rauchen als noch vor einigen Jahren. In Wahrheit hat sich der Raucheranteil in dieser Altersgruppe halbiert und ist von 12% im Jahr 2012 auf 5,6% in 2019 gesunken. Der Anteil der Nieraucher unter den Jugendlichen ist mit 85% heute so hoch wie nie zuvor seit Bestehen der Bundeszentrale (sie wurde 1967 gegründet). Doch je eindeutiger die Einstiegsdrogen-Theorie von der Empirie widerlegt wird, umso vehementer wird sie von Gesundheitsexperten verteidigt (zur sogenann-

ten Gateway-Hypothese siehe auch den Beitrag von Bernd Werse im vorliegenden Band). Von den Gründen hierfür wird noch die Rede sein.

Faktencheck Tabakkonzerne

Wenn man ihren Verlautbarungen Glauben schenkt, nimmt die Zigarettensindustrie gerade Abschied von der Zigarettensproduktion. „Eine rauchfreie Zukunft gestalten“, heißt das Motto auf der Homepage von Philip Morris Deutschland und das Credo von British American Tobacco (BAT) lautet neuerdings: „Wir transformieren das Tabakgeschäft“. Auch Imperial Brands und sein deutsches Tochterunternehmen Reemtsma empfehlen seit einiger Zeit E-Zigaretten als Alternative für „gesundheitsbewusste Raucher“. Dagegen gibt sich Japan Tobacco International – was den Ausstieg aus dem Tabakkonsum angeht – vergleichsweise wortkarg. Von solchen Nuancen abgesehen beteuern die etablierten Zigarettenshersteller unisono, dass sich ihr Angebot risikoreduzierter Produkte ausschließlich an Raucher richtet. Doch die Werbewirklichkeit sieht anders aus.

Was für eine Kamera die junge Frau auf dem Werbeplakat in Händen hält, ist nicht genau zu erkennen. Auf jeden Fall wirkt sie mit ihrem fröhlichen Kurzhaarschnitt wie höchstens 20. „Du hast hohe Ansprüche“, lautet der dazugehörige Text von British American Tobacco, „daher testen wir Vype über 1000 Stunden.“ Daneben sind knackfrische Johannisbeeren, Brombeeren und Heidelbeeren zu sehen. Auf einem anderen Plakat prangt der Slogan „Create the next“, dazu das Foto ausgelassen feiernder junger Menschen, von denen niemand raucht. Auch in der aktuellen Kampagne für den Tabakerhitzer Glo wirbt BAT mit poppigen Bildern und Fotos von entrückt lächelnden Hipstern, die sich über die neue Möglichkeit zum „Heaten & Boosten & Geniessen“ freuen. Sie alle wirken so clean, als ob sie noch nie in ihrem Leben eine Zigarette angefasst hätten.

BAT-Konkurrent Reemtsma ließ im Sommer 2019 den gesamten Hamburger Hauptbahnhof mit Reklame für die E-Zigaretten-Marke MyBlu ausstaffieren. „An hunderten Touchpoints, wie Poster, Banner, CLPs (City Light Poster), Video-Stelen oder Bodenaufklebern, wird im gesamten August zu jedem der 12 Aromen eine Geschichte erzählt“ – schwärmte die mit der Kampagne beauftragte PR-Agentur in holprigem Denglisch. Zeitgleich liefen Marketingaktionen auf Musikfestivals wie Parookaville oder Rock am Ring, bei denen der Youtuber Simon Desue als Entertainer auftrat und vor dem MyBlu-Pavillon Autogramme verteilte. Reemtsma teilte auf Nachfrage mit, unter den Followern von Desue seien Minderjährige mit 17% in der Minderheit. Wie glaubwürdig diese Auskunft ist, kann erahnen, wer die Buchtitel liest, mit denen der Internet-Promi Kasse macht: „15: Alle macht den Teenies“, „16: Voll durchstarten!“, „17: Ein Jahr voller Partys, Flirts und Spaß“. Neben Desue hat der Tabakkonzern auch noch andere Influencer_innen als Lockvögel eingesetzt. Dabei wurde das Werbeverbot für Nikotinprodukte im Internet mit einem simplen Trick umgangen. Unter den MyBlu-Fotos auf Instagram fand sich kleingedruckt der Hinweis: „Die beschriebenen Produkte sind nikotinfrei. Abgabe nur an Erwachsene.“

In anderen Ländern haben ähnliche Vorfälle zu handfesten Skandalen geführt. In Großbritannien wurde BAT von dem zuständigen Aufsichtsgremium die E-Zigaretten-Werbung mit Facebook-Stars und Instagram-Sternchen untersagt (Cavale 2019).

Auch Philip Morris hat junge Influencer_innen als „Markenbotschafter“ für Iqos eingespannt. Gertenschlanke Models wie die Russin Alina Tapilina (21), die Rumänin Alina Eremia (25) oder die Japanerin Ayame Tachibana (27) präsentieren den Tabakerhitzer auf Instagram als schickes Accessoire in noblem Ambiente (Kirkham 2019). Der Onlinedienst hat wegen dieser Vorfälle Ende 2019 angekündigt, das schon länger bestehende Verbot von „Branded Content, der Güter wie E-Zigaretten, Tabakprodukte und Waffen hervorhebt“, tatsächlich durchzusetzen.

Es ist schwer vorstellbar, dass sich ältere Langzeitraucher, die heute das Gros der Tabakkonsumenten ausmachen, von der quietschbunten Hipster-Werbung für E-Zigaretten angesprochen fühlen. Auch wenn die Tabakkonzerne es offiziell bestreiten: die Hauptzielgruppe ihrer E-Zigaretten-Werbung sind offenkundig die Nichtraucher um die 20. Alles andere wäre auch ökonomischer Selbstmord: Wenn man sich allein darauf beschränkt, Raucher an die neuen Produkte zu gewöhnen, gehen der Branche nach und nach die Kunden aus. Deshalb werden ihre Investoren darauf drängen, dass sich die Konzerne um den Konsumenten-Nachwuchs kümmern. Das sind momentan die Millennials – eine Generation von jungen Erwachsenen, die es für uncool halten, wenn man sein Erwachsensein durch den Griff zur Zigarette demonstriert. Wie empfänglich diese Generation für die neuen Werbebotschaften der Tabakindustrie ist, lässt sich noch nicht absehen. Der Anteil der E-Zigaretten-Konsumenten in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen ist jedenfalls von 3,9% im Jahr 2012 auf 5,9% in 2019 gestiegen.

Ein Vorschlag und was daraus wurde

Es ist schwierig, die Schäden des Tabakkonsums zu verringern, wenn die Bevölkerung die Schädlichkeit vorhandener Alternativen völlig falsch einschätzt. Tatsächlich halten zwei von drei Bundesbürgern das Dampfen für mindestens genauso schädlich wie das Rauchen (BfR 2019). Kann Werbung einen Beitrag dazu leisten, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern und Raucher zum Umstieg motivieren, ohne Nichtraucher zum Nikotinkonsum zu animieren? Wie eine entsprechende Regelung aussehen könnte, war vor zwei Jahren im Alternativen Drogen- und Suchtbericht nachzulesen (Jazbinsek/ Stöver 2018). Der Vorschlag lief darauf hinaus, das Werbeverbot auf das Sponsoring der Tabakkonzerne auszudehnen und im Gegenzug E-Zigaretten aus dem Werbeverbot herauszunehmen. Letzteres war an die Auflage geknüpft, dass die Motive der E-Zigaretten-Werbung vor deren Veröffentlichung einer unabhängigen Prüfstelle vorgelegt werden, um Verstöße gegen den Jugendschutz von vornherein auszuschließen.

Die Dieter Mennekes-Umweltstiftung hat diesen Vorschlag aufgegriffen und weiter ausgearbeitet. Ergänzt wurde u.a. ein Passus zum Thema „dualer Konsum“. Die Mehrheit der Dampfer raucht heute nebenher weiter und verschenkt dadurch zum großen Teil die Chance auf Risikoreduktion. Werbebotschaften wie der BAT-Slogan „Endlich wieder Küchenpartys. Wir Vypen“ sind deshalb problematisch: Die Aussicht, dort dampfen zu können, wo das Rauchen verboten ist (in der Küche, im Büro und anderswo), lädt den Raucher nicht zum Rauchstopp ein, sondern zum Parallelkonsum von Zigaretten und E-Zigaretten. Für einen Anbieter beider Produktgruppen wie BAT mag das ein lukratives Geschäftsmodell sein, für die Harm Reduction sind

solche Botschaften kontraproduktiv. Das sehen die Unternehmen, die ausschließlich E-Zigaretten anbieten, genauso.

Im Mai 2019 haben sich die beiden wichtigsten Verbände der neuen Branche – das Bündnis für tabakfreien Genuss und der Verband des eZigarettenhandels – auf einen Werbekodex geeinigt, der sich weitgehend an einem Entwurf der Umweltstiftung orientiert (BftG / VdeH 2019). Vereinbart wurden u.a. folgende Punkte:

- *„Tabak-Rauchentwöhnung:* Werbung für E-Zigaretten kann und soll einen Beitrag dazu leisten, Raucher zum Rauchstopp zu motivieren. Werbung soll deshalb den Hinweis enthalten, dass E-Zigaretten bei bestimmungsgemäßer Verwendung wesentlich weniger schädlich sind als konventionelle Zigaretten.
- *Dualer Konsum:* Werbebotschaften und -bilder, die zum dualen Konsum von E-Zigaretten und Zigaretten animieren, sind unzulässig. E-Zigaretten sollen nicht als Mittel zur Umgehung von Rauchverboten beworben werden.
- *Gesundheitsrisiken:* Werbebotschaften und -bilder, die den Eindruck erwecken, der Konsum von E-Zigaretten sei gesundheitlich unbedenklich, sind unzulässig.
- *Warnhinweise:* E-Zigaretten-Werbung muss gut lesbare Warnhinweise und deutliche Hinweise enthalten, dass sich die Werbung ausschließlich an erwachsene Raucher bzw. Dampfer richtet.
- *Mindestalter:* In der Werbung für E-Zigaretten kommen keine Personen zum Einsatz, die jünger als 30 Jahre sind.
- *Child Appeal:* E-Zigaretten-Werbung verzichtet auf Zeichentrickfiguren und andere fiktionale Charaktere, die das Interesse von Kindern und Jugendlichen wecken könnten.“

Bemerkenswert ist, dass sich die beiden Branchenverbände in ihrem Werbekodex mit der Einrichtung einer unabhängigen Prüfstelle einverstanden erklärten. Dagegen haben sich die Tabakkonzerne unter den E-Zigaretten-Anbietern in Deutschland – also BAT, JTI und Reemtsma – auf Nachfrage geweigert, die Werberichtlinien mitzutragen.

Wie eine Werbekampagne konkret aussehen kann, wenn sich ihr Auftraggeber an die oben genannten Auflagen hält, hat hierzulande das viel gescholtene Unternehmen Juul Labs vorgeführt: „Raucher? Testen Sie Juul. Kein Teer. Kein Rauch. Keine Asche.“ Daneben das schlichte Foto des Dampfgeräts. Das Unternehmen hat in Deutschland ein Jugendschutzprogramm etabliert, das neben den Werbebeschränkungen auch obligatorische Alterskontrollen bei Online-Käufen und regelmäßige Testkäufe im Handel umfasst.

Parallel zu den Gesprächen mit Branchenvertretern hat sich die Dieter Mennekes-Umweltstiftung in mehreren Schreiben an die Bundestagsabgeordneten der Großen Koalition gewandt, um sie auf den Kompromissvorschlag in Sachen Tabakwerbeverbot aufmerksam zu machen. Daraus ist ein reger Meinungsaustausch entstanden, bei dem sich das langjährige CDU-Mitglied Dieter Mennekes persönlich für eine Politik der Schadensminderung durch E-Zigaretten engagiert hat. Am Wirtschaftsflügel seiner Partei waren bis dato alle Versuche einer strengeren Regelung der Tabakwerbung gescheitert, zuletzt im Frühjahr 2016, als der damalige Fraktionsvorsitzende Volker Kauder verhinderte, dass ein bereits vom Kabinett verabschiedeter Gesetzentwurf im Parlament zur Abstimmung kam. Die Intervention von Dieter Mennekes und seiner Stiftung hat einen wichtigen, vielleicht sogar entscheidenden Anstoß zur

Überwindung dieser Blockade gegeben. Anfang 2019 kursierte in Unionskreisen ein Kompromiss-Papier, das eine Differenzierung nach Produktgruppen vorsah: „Das Kompromiss-Papier sieht vor, dass vom Verbot ‚ausschließlich Tabakprodukte von der Zigarette bis zum Tabakerhitzer erfasst‘ werden. Ausgenommen blieben ‚tabakfreie E-Zigaretten und tabakfreie Nachfüllbehälter‘“ (Stuttgarter Nachrichten, 20.2.2019). Damit kam endlich Bewegung in die festgefahrenen Fronten zwischen den Wirtschafts- und den Gesundheitspolitikern der CDU-Fraktion.

Framingstrategie „Kinderschutz“

Das Aktionsbündnis Nichtrauchen ist ein Zusammenschluss von 15 bundesweit tätigen Gesundheitsorganisationen, die gemeinsam in Berlin ein Lobbybüro unterhalten. Als sich Anfang 2019 ein Kompromiss in Sachen Werbeverbot abzeichnete, protestierte das Bündnis gegen die geplante Unterscheidung von tabakhaltigen und tabakfreien Produkten: „Um den von der Bundesregierung angestrebten hohen Gesundheitsschutz der Bevölkerung zu gewährleisten – insbesondere den Schutz von Kindern und Jugendlichen, auf die Werbung besonders stark wirkt, – muss der Gesetzgeber ein umfassendes Werbeverbot für Tabak- und E-Nikotinprodukte erlassen“ (ABNR 2019).

Begründet wird die Forderung nach einem generellen Verbot demnach mit der Behauptung, Werbung wirke besonders stark auf Kinder und Jugendliche. Tatsächlich hat es Marketingkampagnen der Tabakindustrie gegeben, auf die das zutrifft: Die Joe Camel-Werbung der Firma Reynolds zum Beispiel, oder die Be Marlboro-Kampagne von Philip Morris (Jazbinsek 2014). Aber es gibt auch Gegenbeispiele wie die Philip Morris-Werbung für Iqos oder die Juul-Plakate in Deutschland: Sie haben – siehe oben – keinen erkennbaren Einfluss auf das Konsumverhalten von Minderjährigen gehabt. Soll heißen: Wie stark Werbung auf Kinder und Jugendliche wirkt, hängt von ihrer Machart ab. Pauschalaussagen zur Werbewirkung widersprechen der empirischen Evidenz.

Das sieht eine Protestinitiative namens SumOfUs allem Anschein nach anders. Ende Januar 2019 veröffentlichte die deutsche Sektion der 2011 in den USA gegründeten Organisation einen Youtube-Beitrag mit dem Titel „Diese Werbung kommt an – besonders bei Kindern und Jugendlichen.“ Das Video bildete den Auftakt zu einer Online-Petition, in deren Verlauf mehr als 50.000 Bürger an die CDU appellierten: „Schützen Sie Kinder und Jugendliche vor Tabakwerbung!“ In dem Kurzfilm sind sechs Jungen und Mädchen im Grundschulalter zu sehen, die darüber reden, wie „cool“ sie die Werbemotive finden, die vor ihnen auf dem Tisch liegen. Es sind Bilder aus der Werbung für Zigaretten, E-Zigaretten und Tabakerhitzer. Gibt es irgendein real existierendes Werbemotiv, das sich bei so einer Versuchsanordnung als unattraktiv erweisen würde?

Wir können diese Frage offen lassen, denn bei der Fokussierung auf den Kinderschutz geht es weniger um empirische Erkenntnisse, als um politische Einflussnahme. Der „child frame“ – die „Rahmung“ des Tabakkonsums als ein Kinderproblem – hat sich als effizientes Mittel erwiesen, um Nichtregierungsorganisationen in der Politik Gehör zu verschaffen und „Widerstände zu limitieren“. Das hat ein Vergleich der Tabakkontrollpolitiken in sieben Ländern der Europäischen Union gezeigt (Mlinaric/ Hoffmann 2018). Eine der wichtigsten Empfehlungen der sog. SILNE-R-Studie

lautet denn auch, den Schutz der Kinder herauszustellen, um mehr öffentliche Unterstützung für Tabakkontrollmaßnahmen zu bekommen (Kuijpers et al. 2018). Darum wird auch die Einstiegsdrogen-Theorie immer wieder ausgegraben, obwohl sie schon lange auf dem Friedhof der akademischen Irrtümer ruhen sollte: die Story ist einfach zu gut („Weil immer weniger Kinder Zigaretten mögen, haben die Konzerne die Dampfgeräte erfunden und locken nun mit süßen Aromen...“).

Kinder bieten Stoff für einfache, herzergreifende Geschichten. Kinder sind die Unschuld in Person und auf den Schutz der Erwachsenen angewiesen. Kinderschutz gibt Entscheidungsträgern die Gelegenheit, sich als fürsorgliche Elterninstanz in Szene zu setzen. Ein Politiker, der die Sorge um das Wohl der Kleinen ignoriert oder irgendwie relativiert, läuft Gefahr, vom Wähler abgestraft zu werden. „Kinder stärken – Kinderrechte ins Grundgesetz“ – so lautet ein Vorhaben im Koalitionsvertrag der aktuell regierenden Parteien. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass der „child frame“ auch bei der Debatte über das Tabakwerbeverbot zum Tragen kam und die Ausnahme für E-Zigaretten auf Drängen der Gesundheitsexperten wieder gestrichen wurde. Um die Wirtschafts- und Kommunalpolitiker der Union nicht zu brüskieren, hat man sich auf eine zeitliche Staffelung des Inkrafttretens der Werbeverbote verständigt.

Doch auch gegen diesen Minimal-Kompromiss erhob sich maximaler Protest. Als das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft Ende Februar 2020 den abgeänderten Gesetzentwurf in Form einer „Formulierungshilfe“ publik machte, ging in der federführenden Abteilung eine ganze Serie von Stellungnahmen ein, die ein zeitgleiches Werbeverbot für Zigaretten und E-Zigaretten forderten. Absender waren Ärzteverbände, Nichtraucherinitiativen und andere Gesundheitsorganisationen. In den Schreiben wurden dramatische Gefahren für die Kinder heraufbeschworen. So heißt es in der Stellungnahme des ABNR: „Im Jahr 2018 lebten in der Bundesrepublik Deutschland ca. 13,2 Millionen Kinder bis 18 Jahren. Bei der vorgesehenen gestaffelten Einführung der Werbeverbote wären sie weitere vier Jahre der teilweise auf Jugendliche ausgerichteten Werbung für E-Zigaretten ausgesetzt“ (ABNR 2020). Mitgezählt wurden hierbei alle Säuglinge, die im Kinderwagen an den Plakatwänden vorbeigefahren werden.

Laut Auskunft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung konsumieren ca. 18.000 Jugendliche im Alter von 12 bis 17 Jahren täglich oder beinahe täglich E-Zigaretten. Das ist – sofern sie vorher nicht geraucht haben – ein Problem, aber ein vergleichsweise kleines Problem. Vergleichsmaßstab sind die rund 17 Millionen erwachsenen Raucher, die es bis heute nicht geschafft haben, von der Zigarette loszukommen. Unter ihnen sind zwei Bevölkerungsgruppen besonders stark vertreten: die sozial Benachteiligten und die älteren Generationen über 50. Mit anderen Worten: Durch die Fokussierung der Tabakkontrolle auf den Kinderschutz gerät das Schicksal der übergroßen Mehrheit der Raucher aus dem Blickfeld. Für alle, die es mit der Schlusspunktmethode, mit Pharmaprodukten und anderen Entwöhnungsmethoden nicht geschafft haben, mit dem Rauchen aufzuhören, bietet die E-Zigarette eine neue Chance, ihr Gesundheitsrisiko deutlich zu verringern.

Die plakative Sorge um das Wohl der Kinder und Jugendlichen mag den Gesundheitsorganisationen zu mehr politischer und publizistischer Resonanz verhelfen. Dass dies ihrer Zielgruppe wirklich nutzt, ist nicht unbedingt gesagt. Womöglich ist es für die Kinder von Vorteil, wenn ihren Eltern und Großeltern ein früher Krebstod erspart

bleibt, weil sie dank der E-Zigarette von der Zigarette losgekommen sind; vielleicht reduziert sich die Passivrauchbelastung der Kinder, wenn die Erwachsenen zu Hause dampfen statt zu rauchen; eventuell fangen weniger Kinder mit dem Rauchen an, wenn ihre Mütter und Väter auf die Zigarette verzichten – schließlich ist die Vorbildfunktion der Angehörigen ein sehr viel wichtigerer Faktor für den Einstieg in den Tabakkonsum als die Werberezeption. Es könnte also sein, dass die Infantilisierung der Tabakkontrolle in Deutschland nicht nur zu Lasten der Armen und der Älteren geht, sondern letztlich auch den Kindern und den Jugendlichen schadet.

Fazit und Ausblick

Wenn man die Kontroverse um das Werbeverbot Revue passieren lässt, fällt eine Gemeinsamkeit der Kontrahenten auf: Im Grunde sind weder die Tabakkonzerne, noch die Gesundheitsorganisationen daran interessiert, zwischen der Tabakwerbung und der Werbung für tabakfreie Produkte einen regulatorischen Unterschied zu machen. Der Deutsche Zigarettenverband verlangt, dass beides erlaubt bleibt; das Aktionsbündnis Nichtraucher will beides verbieten. Ginge es nach der Tabaklobby, dann dürfte der Gauloises-Produzent Reemtsma bis in alle Ewigkeit mit seinen Vive le moment-Plakaten auf Kundenfang gehen. Hielte man sich an die Ärzteverbände, müssten Hinweise auf weniger schädliche Nikotinprodukte ab sofort aus dem öffentlichen Leben verbannt werden. So gesehen ist es ein Teilerfolg, dass die Bundesregierung in ihrem Drogen- und Suchtbericht 2019 das Schadenspotential von Zigaretten, Tabakerhitzern und E-Zigaretten differenziert bewertet hat und der Gesetzgeber die Auffassung vertritt, „dass diese differenzierte Bewertung (...) als Konsequenz ihren Niederschlag in einem ebenfalls differenzierten Anwendungsbeginn für die neuen Werberegeln“ finden muss (Deutscher Bundestag: Drucksache 19/19495). Ein Fortschritt ist dies auch deshalb, weil die frühere, 2016 bereits vom Kabinett abgesegnete Verbotsregelung keine Differenzierung nach Produktgruppen vorsah.

Gemessen an dem Kompromissvorschlag aus dem Alternativen Drogenbericht von 2018 ist die nun vom Parlament beschlossene Regelung jedoch ein partielles Desaster – und zwar aus drei Gründen:

Der Gesetzentwurf lässt das Sponsoring der Tabakindustrie außer Acht. Damit bleibt der größte Posten im Werbeetat der Branche unangetastet: 2017 entfielen von den insgesamt rund 250 Millionen Euro Werbegeldern 60% auf die Bereiche Promotion und Sponsorship (Kuntz et al. 2020). Die Konzerne werden also weiterhin als Top-Sponsoren auf Musikfestivals und anderen jugendaffinen Großveranstaltungen auftreten können. Verboten ist in Zukunft nur, bei solchen Gelegenheiten Gratiszigaretten zu verteilen. Doch nicht nur die Partyszene kann sich freuen, sondern auch die Politik. Denn der Deutsche Zigarettenverband und seine Mitgliedsunternehmen sind auf vielen Parteiveranstaltungen als Sponsoren präsent, zuletzt Ende 2019 auf den Bundesparteitag von CDU und SPD.

Die E-Zigaretten-Werbung wird ab 2024 verboten. Damit kommt der Wettlauf um die Entwicklung eines möglichst risikoarmen Nikotinprodukts zum Erliegen. Denn Investitionen in Innovationen rentieren sich nur, wenn für innovative Produkte auch geworben werden darf. Ein undifferenziertes Werbeverbot schwächt die Position un-

abhängiger Start-Up-Unternehmen und festigt die Marktmacht des etablierten Tabakkartells.

Die Prüfstelle für E-Zigaretten-Werbung ist vom Tisch. Die Industrie kann also bis Ende 2023 nach demselben Muster weiterwerben, wie es im dritten Abschnitt skizziert wurde: mit kontemplativen Vollbart-Hipstern und lebenslustigen Afro-Deutschen, die Nichtraucher um die 20 in die Laune versetzen sollen, es doch einfach mal mit MyBlu oder Glo zu versuchen.

Der Deutsche Zigarettenverband hat bei einer Anhörung im Bundestag und bei anderen Gelegenheiten lautstark gegen das angeblich bevorstehende „Totalverbot“ der Tabakwerbung protestiert. Doch der Aufschrei der Tabaklobby klingt mehr nach einer Schwalbe im Strafraum als nach echter Empörung. Mit den absehbaren Folgen der neuen Werbebeschränkungen – siehe Punkte 1 bis 3 – kann der Verband gut leben, zumal sich seine Mitgliedsfirmen schon längst darauf eingestellt haben, ihren Kundenstamm über andere Kanäle der „kommerziellen Kommunikation“ zu pflegen und zu erweitern: durch Eventmarketing-Aktionen auf Festivals und anderen Großveranstaltungen, durch Videoinstallationen am Point of Sale, Customer Engagement-Teams in Szene-Lokalen und Native Advertising-Berichte in Printmedien, durch Direct Mailing-Listen und eine Reihe weiterer Instrumente aus dem Werkzeugkasten der Marketingprofis, die trotz „Totalverbot“ erlaubt bleiben.

Der Deutsche Zigarettenverband, der sich im Herbst 2019 um eine Handvoll PR-Agenturen und E-Zigaretten-Händler vergrößert und zum „Bundesverband der Tabakwirtschaft und neuartiger Erzeugnisse“ umgetauft hat, warnte die Regierungsparteien wenige Tage vor der Bundestagsabstimmung vor einem „offenem Verfassungsbruch“ und drohte indirekt mit einer Klage vor dem Bundesverfassungsgericht. Sollte es zu einer solchen Klage kommen, dürfte sie kaum Aussicht auf Erfolg haben. Denn die Behauptung, dass sich die Mitgliedsfirmen des Verbandes mit ihrer Werbung für E-Zigaretten und Tabakerhitzer ausschließlich an Raucher richten, ist leicht widerlegbar.

Die nächste Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die auf die Produzenten und Konsumenten von E-Zigaretten zukommt, wird wohl die Überarbeitung der Tabaksteuerrichtlinie der Europäischen Union sein. Schon seit Längerem fordern mehrere Mitgliedsstaaten, die Steuern für die neuen Nikotinprodukte europaweit zu harmonisieren. Im Mai dieses Jahres hat die Bundestagsfraktion der Grünen die Bundesregierung dazu aufgefordert, diese Bestrebungen in Brüssel zu forcieren. Aus Sicht der Grünen sollen höhere Steuern auf E-Zigaretten und Tabakerhitzer einen Beitrag leisten zur „Vorsorge vor einer Verstetigung des ansteigenden Dampfens zu einem regelmäßigen Konsum von Jugendlichen“ (Deutscher Bundestag: Drucksache 19/18978). Steuererhöhungen hätten sich bei den „preissensiblen Jugendlichen“ als eines der wirksamsten Instrumente der Tabakprävention erwiesen, heißt es weiter. Doch nicht nur die Jugendlichen gehören zu den preissensiblen Bevölkerungsgruppen, sondern auch die einkommensschwachen Schichten, aus denen sich die große Mehrzahl der erwachsenen Raucher rekrutiert. Wenn der Preisvorteil der E-Zigaretten gegenüber Tabakprodukten durch Steuererhöhungen verringert wird oder ganz wegfällt, kann man davon ausgehen, dass etliche Dampfer wieder zu Billigzigaretten zurückkehren und viele Raucher gar nicht erst umsteigen. Zwar erwähnen auch die Grünen am Rande, „dass der Umstieg auf E-Zigaretten bei bestimmungsgemäßem Gebrauch eine Möglichkeit der Schadensminderung für abhängige Zigaretten-

rauchInnen“ eröffnet. Weil sie ihre Forderung aber im Wesentlichen auf den child frame stützen und den Jugendkonsum zum Hauptproblem deklarieren, verlieren die Abgeordneten der Ökopartei mögliche negative Folgen einer Steuererhöhung für die ärmere Bevölkerung aus dem Blickfeld.

Zusammen mit dem Gesetzentwurf für das neue Tabakwerbeverbot hat der Bundestag über einen Entschließungsantrag der Regierungsparteien abgestimmt, in dem u.a. eine strengere Kontrolle von Liquidaromen angemahnt wird. Aus Sicht der Konsumenten ist eine hersteller-unabhängige toxikologische Überwachung der Aromastoffe durchaus sinnvoll. Auffällig ist allerdings, dass in der Beschlussempfehlung nicht der Verbraucherschutz, sondern der Jugendschutz in den Vordergrund gerückt wird. Dort ist von Aromastoffen die Rede, „die zum Beispiel mit Kirsch-, Erdbeer- oder Vanillenoten das Dampfen schon für Jugendliche attraktiv machen sollen“ (Deutscher Bundestag: Drucksache 19/20667). Daniela Ludwig, die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, wird in der Tageszeitung ‚Die Welt‘ noch deutlicher: „Geschmacksrichtungen von Früchten in den Flüssigkeiten sprechen junge Menschen an, für Raucher sind sie gar nicht gemacht. Da sehe ich Handlungsbedarf“ (Nicolai 2020).

In Wirklichkeit sind solche Aromen für Raucher, die auf die E-Zigarette umsteigen, von großer Bedeutung. So ergab eine Befragung von rund 70.000 Dampfern im Alter über 18, dass Früchte-Aromen zu Beginn des E-Zigarettenkonsums die mit Abstand beliebtesten Geschmacksrichtungen waren. Ein Viertel der Befragten hat mit den Sorten „Nachtisch/ Kuchen“ begonnen und nur 7% bevorzugten anfangs Tabak-Aromen (Farsalinos et al. 2018). Neuere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Landry et al. 2018, Du et al. 2020). Man muss kein Suchtexperte sein, um die Vorlieben der Dampfer nachvollziehen zu können. Auch dem Laien dürfte einsichtig sein, dass die dauerhafte Tabakentwöhnung am besten mit Aromen gelingt, die nicht an Tabak erinnern, sondern an Kirschen oder Käsekuchen. Die Frage, die sich für die nächste Zukunft stellt, lautet: Wird es möglich sein, die Politik über Sachverhalte aufzuklären, die sich nicht in den ‚child frame‘ einfügen? Oder sind wir endgültig im postfaktischen Zeitalter angekommen, in dem es nur noch darum geht, eine möglichst eingängige Geschichte zu erzählen?

Literatur

- Aktionsbündnis Nichtraucher (2019) Keine Werbung für Tabak- und E-Nikotinprodukte. Berlin, <https://www.abnr.de/publikationen/stellungnahmen/>
- Aktionsbündnis Nichtraucher (2020): Stellungnahme ‚Formulierungshilfe zu weiteren Werbebeschränkungen und zur Einbeziehung nikotinfreier E-Zigaretten in das Tabakrecht‘, Berlin, <https://www.bmel.de/SharedDocs/Gesetzestexte/DE/2-gesetz-aenderung-tabakerzeugnisgesetz.html>
- Bundesinstitut für Risikobewertung (2019): BfR-Verbrauchermonitor. Spezial E-Zigaretten. Berlin
- Bündnis für tabakfreien Genuss/Verband des eZigarettenhandels (2019): Leitlinien für eine verantwortungsvolle E-Zigaretten-Werbung. Berlin
- Cavale, S. (2019): UK ad watchdog bans BAT from Instagram e-cigarette promotion. Reuters, 18.12.201

- Du et al. (2020): Changes in flavor preference in a cohort of long-term electronic cigarette users. In: *Annals of the American Thoracic Society*. 17(5):573-581
- 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
- Jazbinsek, D. (2014): Die Be Marlboro-Kampagne von Philip Morris und ihre Wirkung auf Jugendliche. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): *Jahrbuch Sucht 2014*, Pabst-Verlag; Lengerich. S. 269-279
- Jazbinsek, D./Stöver, H. (2018): E-Zigaretten und Tabakwerbeverbot. Eckpunkte eines Kompromissvorschlags. 5.Alternativer Drogen- und Suchtbericht. Pabst-Verlag; Lengerich. S. 88-95
- Kirkham, C. (2019): Philip Morris suspends social media campaign after Reuters exposes young ,influencers. Reuters, 11.5.2019
- Kuijpers, T.G. et al. (2018): Public support for tobacco control policies: The role of the protection of children against tobacco. In: *Health Policy*. 122(8):929-935
- Kuntz, B. et al. (2020): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.): *Jahrbuch Sucht 2020*. Pabst-Verlag; Lengerich. S.49-83
- Landry, R. et al. (2019): The role of flavors in vaping initiation and satisfaction among U.S. adults. In: *Addictive Behaviors*. 99 (12) 106077
- Mlinaric, M./Hoffman, L. (2019): Tabakkontrollpolitiken in 7 EU-Ländern. Vergleichende Ergebnisse aus der SILNE-R-Studie. Vortrag DKFZ Heidelberg. https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/16._Deutsche_Konferenz_fuer_Tabakkontrolle.html
- Nicolai, B. (2020): Werbeverbot für Zigaretten – Drogenbeauftragte kritisiert „brutale Lobbyarbeit“. In: *Die Welt*, 25.5.2020
- Orth, B./Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Stuttgarter Nachrichten (2019): Kampf gegen das Rauchen. CDU öffnet sich für Verbot der Tabakwerbung. 20.2.2019

Weitere Literaturhinweise auf Nachfrage beim Verfasser: jazbinsek@online.de

Opioidbedingte Todesfälle in Deutschland – warum bleibt Naloxon weitgehend ungenutzt?

Dirk Schäffer

Zusammenfassung

Dieser Beitrag beschreibt die aktuelle Situation in Bezug auf Drogentodesfälle durch Opioid-Überdosierungen und liefert Daten, die die aktuelle Verfügbarkeit des Antidots Naloxon zeigen. Der Autor zeigt ferner die aktuellen Gründe der fehlenden Verfügbarkeit in den Szenen Drogen gebrauchender Menschen auf und macht Vorschläge zur Problemlösung.

Vor einigen Monaten stellte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Daniela Ludwig, die Drogentodesfälle des Jahres 2019 vor. Die Zahlen weisen einen Anstieg von 9,6% auf 1.398 Todesfälle aus. Hauptursachen sind, wie in den vergangenen fünf Jahren, Überdosierungen von Opioiden wie Heroin oder Morphin, sowie die Kombination von Opioiden mit anderen Substanzen.

Opioidbedingte Todesfälle in Europa und Deutschland

Insgesamt ist in Europa die Mortalität unter Opioidkonsumierenden fünf- bis zehnmals höher als in der Allgemeinbevölkerung derselben Alters- und Geschlechtsgruppe. In Europa starben in den letzten Jahren durchschnittlich ca. 8500 Menschen an den Folgen des Drogenkonsums. Mit ca. 75% liegt der Anteil von opioidbedingten Todesfällen deutlich höher als in Deutschland (45%). Im Jahr 2019 verstarben in Deutschland 650 Menschen unter Einfluss von Opioiden. Opioide sind also in Deutschland und Europa für die Hälfte bis drei Viertel der Drogentodesfälle verantwortlich.

Naloxon, eine Maßnahme zur Prävention von Drogentodesfällen

Aufgrund des hohen Anteils von opioidbedingten Todesfällen haben viele unserer Nachbarländer in den letzten Jahren mit dem Ausbau von sogenannten Take-Home-Naloxon-Programmen (THN) begonnen. Take-Home-Naloxon-Programme (THN) sind in der Regel staatlich geförderte Programme, bei denen das Notfallmedikament nach einer Schulung an potenzielle Ersthelfende, meist medizinische Laien wie Opiatkonsumenten und Substituierte abgegeben wird.

Laut der EMCDDA-Datenerhebung 2018 wurden die meisten Personen im Rahmen des nationalen schottischen Naloxon-Programms ausgebildet (23628). In Wales nahmen 7674 Personen an THN-Schulungen teil, 3442 in Dänemark, 2500 in Nor-

wegen, 2085 in Estland, 1623 in Frankreich und etwa 700 in Nordirland. Was die Gesamtzahl der bis Dezember 2017 verteilten Kits betrifft, so hatte Schottland mit 37609 die höchste Anzahl verteilt, gefolgt von Wales (19157), Norwegen (6368), Dänemark (2 548), Estland (2089), Nordirland (1786) und Frankreich (1107). Seither hat sich die Verbreitung in den meisten Programmen beschleunigt.

Und was passiert in Deutschland?

In Deutschland werden in zwei staatlich geförderte Modellprojekten in Bayern mit 500 Teilnehmer_innen und im Saarland mit 50 Teilnehmer_innen wissenschaftliche Daten generiert, um eine Ausweitung dieser Programme zu prüfen. Das Projekt Bay-THN läuft in 5 Standorten. Bis April 2020 konnten bereits 470 Teilnehmer_innen in ca. 100 Schulungen trainiert werden. Naloxon wurde in 47 Fällen erfolgreich eingesetzt.

Das Naloxon-Nasenspray – der Hoffnungsträger

Mit der Markteinführung des ersten Naloxon Nasensprays mit dem Namen „Nyxoid“ im September 2018 verbanden viele Experten eine deutlich höhere Verfügbarkeit im Markt. Gab es doch nun ein Nasenspray, das schnell, hygienisch und einfach einsetzbar ist und die bisher verwendeten Naloxon-Ampullen zur i.v.-, i.m.-, s.c.-Gabe ablösen. Es gab also ein zugelassenes, verschreibungs- u. apothekenpflichtiges Fertigarzneimittel.

Anders als in anderen Ländern kann das Medikament in Deutschland nur an Opiatkonsument_innen und Substituierte als erstattungsfähige Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Alle anderen Gruppen wie Eltern und Angehörige, Partner_innen und Mitarbeiter_innen im Hilfesystem können das Medikament lediglich über ein Privatrezept zum Preis von ca. 45€ (2 Nasensprays) in der Apotheke erwerben.

Die Zurückhaltung von Ärzt_innen und Patient_innen

Nach der Markteinführung wurden viele Möglichkeiten genutzt, um die Potenziale des Medikaments bei Ärzt_innen, Patient_innen und im Hilfesystem zu erläutern. Dennoch blieb die große Zahl der substituierenden Ärzt_innen skeptisch, ihren Patient_innen Nyxoid zu verschreiben. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Wird mit einer Verordnung von Nyxoid eingeräumt, dass Patient_innen temporär oder regelmäßig Heroin konsumieren? Ist die Verordnung Indiz für das Scheitern der Behandlung? Passt die Verordnung von Naloxon zu den Zielen der Substitution?

Patient_innen hingegen sorgen sich, ob ihre Nachfrage nach Naloxon mit Beikonsument_innen in Verbindung gebracht wird. Zudem haben viele Patient_innen keinerlei Kenntnis zur Existenz eines Naloxon Nasensprays.

Großes Interesse im Hilfesystem

Positiv zu bewerten sind hingegen Bemühungen der Deutschen Aidshilfe, Akzept, JES sowie einzelner Aids- und Drogenhilfen, Mitarbeiter_innen und Konsument_innen fortzubilden. Condroids München, Fixpunkt Berlin, VISION Köln und ein Dutzend anderer Einrichtungen führen in unregelmäßigen Abständen Schulungen durch. In Fällen, in denen diese Einrichtungen Kontakte mit Ärzten haben, findet nach der Schulung auch eine Verordnung von Nyxoid oder die Ausgabe von sogenannten Naloxon Kits statt.

Die Probleme mit der Verschreibung

Trotz dieses großen Interesses hatten alle, die sich mit dem Thema Prävention von opioidbedingten Todesfällen beschäftigen, das Gefühl, dass Nyxoid bzw. die Naloxon-Kits kaum im Markt bzw. in den Szenen angekommen sind. Bestätigt wurde dieses Gefühl durch eine Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion im März 2020. Sie wollte unter anderem wissen, wie viele Naloxon-Rezepte seit September 2018 nach Kenntnis der Bundesregierung ausgestellt wurden.

Das Bundesministerium für Gesundheit antwortete, dass ausschließlich die Anzahl der in Apotheken abgegebenen Packungen zu Lasten der GKV vorliegt. Im Jahr 2018 wurden rund 90 Packungen des Arzneimittels Nyxoid® abgerechnet, im Jahr 2019 waren es rund 260 Packungen. Dies sind 350 Nyxoid-Verordnungen zu Lasten der GKV in einem Zeitraum von 16 Monaten!

Darüber hinaus wurden seit 2017 nach Angaben der Bundesregierung 413 sogenannte Naloxon-Kits in 4 Bundesländern in Einrichtungen der Aids- und Drogenhilfe ausgegeben.

Welcher Umfang ist erforderlich, um Effekte zu erzielen?

Gemäß einer Modellierungsstudie von Langham et al. 2018 kann die Verteilung von Naloxon an 30 % der Heroinkonsumenten zu einem Rückgang der Todesfälle durch Überdosierung um etwa 6,6 % führen. Ausgehend von 160.000 Heroinkonsument_innen/Substituierten müssten in Deutschland pro Jahr 48.000 Personen mit Nyxoid ausgerüstet werden.

Internationale Studien bestätigen, dass der Schlüssel für den Erfolg von THN-Programmen im Umfang liegt.

Untersuchungen von Bird und McAuley 2019 deuten darauf hin, dass die Anzahl der verteilten Kits etwa das 20-fache der opioidbedingten Todesfälle eines Landes betragen sollte. Dies wiederum würde bei 650 opioidbedingten Todesfällen in Deutschland bedeuten, dass mindestens 13.000 Personen mit Nyxoid versorgt werden müssen.

Was ist nun erforderlich?

Die Erfahrungen seit der Einführung von Nyxoid-Nasenspray zeigen, dass ohne eine zentrale Steuerung und Evaluation von Fortbildungen und Kooperationen zwischen Aids- und Drogenhilfen sowie Ärzt_innen mit Kassenzulassung der jeweiligen Kommunen das lebensrettende Medikament nicht in den Besitz von Drogengebraucher_innen und Substituierten kommt.

Zudem bedarf es der Rückmeldung der Zahl ausgebildeter Drogengebraucher_innen und von substituierten Frauen und Männern sowie der Anzahl verschriebener und angewendeter Nyxoid-Kits. Dies alles könnte über eine „Referenzstelle Naloxon“ geschehen. Hierzu erscheint eine Förderung des Bundes unter Beteiligung der Bundesländer erforderlich. Alle müssten Interesse haben, die unerträglich hohe Zahl von Drogentodesfällen unter Beteiligung von Opioiden zu reduzieren.

Die Modellprojekte aus dem Saarland und aus Bayern können wichtige Hinweise für die flächendeckende Umsetzung der Fortbildung von Mitarbeiter_innen in Aids- und Drogenhilfe geben.

Das Thema Opioid-Überdosierungen und der Einsatz von Naloxon ist, wie auch internationale Projekte zeigen, überaus geeignet, um es nun nach mehreren Jahren Forschung als Praxisprojekt in die Fläche zu bringen. Fachverbände wie Akzept und die Deutsche Aidshilfe haben seit mehreren Jahren Erfahrung in der Fortbildung von Multiplikator_innen und der Schulung von User_innen durch Kurzinterventionen gesammelt.

Drogenpolitik



3

Für eine moderne Tabakkontrollstrategie in Deutschland – ein Anfang!

Heino Stöver

Zusammenfassung

Dieser Artikel zeigt auf, dass eine umfassende Tabakkontrollstrategie, in der die politisch-strategischen Ziele genau festgelegt und mit konkreten Maßnahmen unterlegt werden, ein effektives Tool sein kann, um die gesamtgesellschaftlichen Folgen des Tabakkonsums in einem angemessenen Zeitrahmen zu senken. Neuseeland und Kanada als Vorbilder haben in den letzten Jahren vorgemacht, wie solch eine Strategie aussehen kann und welche Maßnahmen umgesetzt werden könnten. In der bundesdeutschen Diskussion gibt es bisher keinerlei solche Bestrebungen, eine umfassende und strategisch ausgerichtete Strategie zu implementieren. Vielmehr wird auf symbolische und alleinstehende Regulierungen gesetzt, anstatt einen kohärenten Ansatz zu verabschieden und diesen anschließend konsequent zu verfolgen.

Es werden einige Vorschläge unterbreitet, wie die strategische Zielsetzung einer umfassenden deutschen Tabakkontrollstrategie sein könnte und welche regulatorischen Maßnahmen ergriffen werden müssen. Die hier vorgenommene Aufzählung kann nur ein Anfang sein, eine vollständige Tabakkontrollstrategie für Deutschland zu entwickeln. Es soll allerdings aufgezeigt werden, dass mit einigen wenigen sinnvollen Maßnahmen schon einiges bei der Tabakprävention erreicht werden kann und diese im Rahmen einer größer angelegten Strategie langfristig die Rauchprävalenz signifikant senken könnten. Ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl ist es daher an den politischen Parteien, sich Gedanken zu ihrer Tabakkontrollpolitik für die nächste Legislaturperiode zu machen und anstelle eines regulatorischen Flickenteppichs eine kohärente Strategie zu verabschieden.

Einführung

Der Deutsche Bundestag hat am 02. Juli 2020 eine vermeintlich historische Entscheidung getroffen und ein Außenwerbeverbot für Tabakzigaretten, Tabakerhitzer und E-Zigaretten verabschiedet. Im 5. Alternativen Drogen- und Suchtbericht haben wir das Tabakwerbeverbot gefordert und einen Verfahrensvorschlag zur Umsetzung gemacht (Jazbinsek/Stöver 2018: 88ff.). Die parlamentarischen Beratungen zu diesem Gesetzentwurf waren vor allem auf die Vergangenheit ausgerichtet und die Abgeordneten bezogen sich in ihrer Begründung fast einmütig darauf, dass man mit dem Verbot der Außenwerbung nun endlich Jugendliche vor dem Einstieg in den Nikotinkonsum schützen wolle (Deutscher Bundestag 2020a: o.S.).

Kein Wort jedoch über eine zukünftige umfassende Tabakkontrollstrategie und ihre strategische Ausrichtung. Es wirkte mehr, als ob nach 15 Jahren dieses Kapitel

schnell und geräuschlos zugemacht werden sollte, anstatt den Gesetzesentwurf als Anlass zu nehmen, um eine grundlegende, evidenz-basierte Debatte über die zukünftige Ausrichtung der deutschen Tabakkontrollpolitik zu führen.

Es ist erstaunlich wenig über eine umfassende Tabakkontrollstrategie für Deutschland zu finden. Im Drogen- und Suchtbericht 2019 (Die Drogenbeauftragte des Bundesregierung 2019: o.S.) verweisen die wenigen Referenzen zur Tabakkontrolle auf den Internetauftritt des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ). Auch auf der Seite des Bundesgesundheitsministeriums (Bundesministerium für Gesundheit 2020a) findet sich bis auf einen einzelnen Hinweis auf die Veröffentlichung der International Tobacco Control Policy Evaluation Project (Bundesministerium für Gesundheit 2012: o.S.) kein Statement zur Tabakkontrollpolitik. Wohlgemerkt: Der Bericht stammt aus Februar 2013 und die Begriffe „Dampfen“ oder „E-Zigarette“ kommen nicht ein einziges Mal vor.

Diese Bestandsaufnahme zeigt, dass in der Bundespolitik noch immer ein umfassend strategischer Ansatz in der Tabakkontrollpolitik fehlt, der langfristig strategische Ziele, Zwischenziele, Maßnahmen, Milestones definiert, Mittel allokiert, Evaluationen organisiert und einen kohärenten Ansatz in diesem Themenfeld formuliert. Vielmehr ist es aktuell ein Flickenteppich aus einzelnen Maßnahmen ohne erkennbares Leitmotiv.

Im Folgenden soll an den Beispielen Kanadas und Neuseelands aufgezeigt werden, inwiefern es eine umfassende Tabakkontrollstrategie langfristig erleichtert, eine effektive und erfolgreiche Tabakkontrollpolitik zu betreiben. Darauf aufbauend sollen die Umriss einer möglichen deutschen Tabakkontrollpolitik entworfen und dabei betrachtet werden, welche Produkte in die Strategie eingebunden werden müssen und welcher grobe Regulierungsrahmen für die Kategorie abgesteckt werden sollte. Abschließend werden noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse und Argumente zusammengefasst.

Internationale Beispiele funktionierender Tabakkontrollstrategien

Staaten wie Neuseeland oder Kanada sind bei der Definition ihrer strategischen Ziele und einer darauf basierenden Tabakkontrollpolitik schon deutlich weiter als Deutschland. Beide haben vor Jahren eine Tabakkontrollstrategie verabschiedet und setzen diese nun konsequent um.

In Neuseeland hat sich die Regierung 2011 als Reaktion auf eine parlamentarische Untersuchung verpflichtet, bis 2025 die Raucherquote in dem Land auf unter 5 % der Gesamtbevölkerung zu senken. Um das langfristige Ziel zu erreichen, wurden Zwischenziele ausgegeben: Bis 2015 sollte die Raucherquote halbiert werden (New Zealand Parliament 2011: o.S.) und bis 2018 auf 10 % der Bevölkerung reduziert werden (New Zealand Parliament 2010: o.S.). Seitdem ist die Raucherquote in Neuseeland auch signifikant gesunken, befindet sich aber etwas über der anvisierten Zielmarke von 2018 (Ministry of Health New Zealand 2019: o.S.).

Auf Basis dieser definierten Ziele wurden mehrere Gesetze in Bezug auf die Produktgestaltung, Werbung und den Vertrieb von Tabakprodukten geändert (Campaign for Tobacco-Free Kids 2020: o.S.). So wurden unter anderem standardisierte Verpackungen vorgeschrieben, die Abgabe von einzelnen Zigaretten verboten und das Auf-

führen von gesundheitlichen Warnhinweisen auf Zigarettverpackungen verpflichtend eingeführt. Flankiert wurden diese gesetzgeberischen Maßnahmen seitdem von einer breiten öffentlichen Aufklärungskampagne über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens. Als Produkte, die beim Rauchausstieg effektiv helfen können, werden seit 2017 auch E-Zigaretten vom zuständigen neuseeländischen Gesundheitsministerium empfohlen (Ministry of Health New Zealand 2020: o.S.) und zur Aufklärung über das Produkt eine eigene Homepage zur unabhängigen und wissenschaftlich fundierten Wissensaneignung veröffentlicht (Ministry of Health New Zealand 2020: o.S.).

Kanada hat bereits deutlich früher mit einer Regulierung von Tabakprodukten begonnen und verfolgt spätestens seit 2001 eine umfassende Tabakkontrollstrategie, die zuerst auf zehn Jahre angelegt war (Here To Help 2019: o.S.). Innerhalb dieses Zeitraums sollte die landesweite Raucherquote auf 20 % gesenkt werden. Das Ziel konnte allerdings schon 2004 erreicht werden. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass in dem Zeitraum 30 % weniger Tabakzigaretten verkauft werden sollten als 2000 und die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen seitens des Handels signifikant erhöht werden sollte. Diese Bestrebungen wurden von weiterer Gesetzgebung unterstützt, wie zum Beispiel 2011 durch die „Tobacco Products Labelling Regulation“, die Bild- und Textwarnhinweise auf Zigarettverpackungen als verbindlich vorschrieb (Government of Canada 2012: o.S.). In einer Evaluation der bisherigen Tabakkontrollstrategie wurde 2012 festgehalten, dass Kanada seine Tabakprävalenz seit der Implementierung der Tabakkontrollstrategie signifikant senken konnte und eine der niedrigsten Raucherquoten weltweit aufweisen würde.

Bei der kanadischen Strategie ist zudem interessant zu erwähnen, dass diese auf unterschiedlichen Säulen aufgebaut ist: Neben Regulierung und weiteren Aufklärungskampagnen war auch die Akzeptanz des Harm Reduction-Ansatzes eine tragende Säule. Denn generell zeigt sich, dass trotz aller Aufklärung, Appelle und finanzieller Anreize Menschen es nicht schaffen oder es nicht wollen, komplett vom Nikotin abstinenter zu werden. Das anzuerkennen und pragmatische Lösungen zu finden, um das gesundheitliche Risiko zu senken, ist essentieller Bestandteil einer jeden Strategie.

Notwendigkeit für eine deutsche Tabakkontrollpolitik

Im vorherigen Abschnitt haben wir gesehen, dass eine kohärente und umfassende Tabakkontrollstrategie ein wirksames Instrument sein kann, um die Raucherprävalenz in einem Staat effektiv zu senken. Deutschland ist aktuell Schlusslicht in der Tabakkontrollskala, die 36 – zumeist europäische – Staaten und ihren regulatorischen Rahmen der Tabakregulierung miteinander vergleicht (Joossens/Feliu/Fernandez 2019: o.S.). Übersetzt bedeutet das, dass jährlich in Deutschland knapp 121.000 Menschen an den gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums sterben. Auch ist in der deutschen Gesamtbevölkerung die Raucherprävalenz im Jahre 2020 mit 26,5% (Kotz 2020) noch vergleichsweise hoch. Es bedarf also dringend einer umfassenden und kohärenten Tabakkontrollstrategie, um diese Zahlen zu senken und die gesamtgesellschaftlichen Folgen des Rauchens zu minimieren. Als Zielmarke könnte eine Senkung der Rauchprävalenz bis 2030 um ein Viertel und bis 2040 dann die Halbierung der Ausgangszahl angestrebt werden. Auch wenn der Anteil der rauchenden Minderjährigen seit Jahrzehnten kontinuierlich zurückgeht (Orth/Merkel 2020: o.S.), so darf auch

hier nicht in der Regulierung nachgelassen werden, um den Präventionserfolg nicht zu gefährden. Auch diese Erfolge lassen sich mit einer klugen Strategie absichern.

Darüber hinaus ist mit dem Ausscheiden Großbritanniens ein Befürworter einer pragmatischen und modernen Tabakkontrollpolitik der Europäischen Union verloren gegangen. Insbesondere im Hinblick auf die anstehende Überarbeitung der Tabakprodukttrichtlinie in dieser Legislaturperiode wäre es ein wichtiges und richtiges Zeichen, wenn Deutschland eine umfassende und an wissenschaftlichen Fakten ausgerichtete Tabakkontrollstrategie vorlegen würde. So könnte man glaubwürdig in die Verhandlungen eintreten und sich für eine differenzierte Regulierung stark machen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass überzogene europaweite Regeln verabschiedet werden, die die Erfolge der Tabakprävention konterkarieren würden.

Ausrichtung einer deutschen Tabakkontrollstrategie – Anerkennung von Harm Reduction

Bei den beiden beschriebenen Fallstudien zeigt sich, dass bei einer Tabakkontrollstrategie, die den Anspruch hat, die Raucherquote substanziell und nachhaltig zu senken, die Tabakregulierung eine wichtige Rolle spielen muss. Es zeigt sich aber auch, dass neuartige Produkte, wie E-Zigaretten oder Tabakerhitzer berücksichtigt werden müssen und ihnen auch eine Aufgabe bei den Bemühungen rund um Harm Reduction und einer gesünderen Gesellschaft zufällt. Daher darf von Seiten der Politik nicht grundsätzlich mit Scheuklappen auf diese Produkte geschaut werden. Vielmehr müssen die Stärken und Schwächen der Geräte genau analysiert und verstanden, die Bürger_innen unabhängig aufgeklärt werden, um ihnen eine bestmögliche Rolle in der Strategie zuweisen zu können. Eine Tabakkontrollstrategie sollte daher immer einen Zweiklang aufweisen: Auf der einen Seite muss eine weitergehende Tabakregulierung stehen, welche aber andererseits um eine progressive Regulierung von alternativen Nikotinprodukten als Strategie der Schadensminimierung ergänzt werden muss.

Das grundsätzliche Ziel einer Tabakkontrollstrategie muss daher sein, den gesundheitlichen und volkswirtschaftlichen Schaden durch das Rauchen möglichst dauerhaft zu minimieren. Zum einen muss deshalb innerhalb der Strategie darauf hingewirkt werden, dass möglichst viele aktuelle Tabakraucher_innen entweder komplett mit dem Konsum von Tabakprodukten und Nikotin aufhören oder zumindest auf eine deutlich weniger gesundheitsschädliche Alternative umsteigen. Darüber hinaus muss auf der anderen Seite sichergestellt werden, dass es so wenige Neueinsteiger in den Tabak- und Nikotinkonsum wie möglich gibt. Wenn an beiden Stellschrauben gleichermaßen gedreht werden sollte, dann kann das strategische Ziel, die Schäden durch den Tabakkonsum zu minimieren, in einem angemessenen Zeitrahmen erreicht werden.

Tabakkontrolle meint aber nicht zwangsläufig Nikotinabstinenz. Zwar hat Nikotin insgesamt ein hohes Suchtpotenzial (Benowitz 2010: 2295ff.), doch sind die anderen gesundheitlichen Nebenwirkungen überschaubar (Gottlieb/Zeller 2017; Stöver 2019). Anders verhält es sich jedoch mit den Verbrennungsprodukten des Tabaks bei einer Tabakzigarette (Lee 2018: 5ff.). Hier zeigt die wissenschaftliche Evidenz klar auf, dass insbesondere diese Stoffe für die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums verantwortlich sind. Im Sinne einer pragmatischen Priorisierung muss da-

her anerkannt werden, dass in erster Linie der Zigarettenkonsum vermieden werden muss. Sollten dabei nikotinhaltige Rauchausstiegsprodukte, wie die E-Zigarette oder Tabakerhitzer, die effektivste Möglichkeit sein, den Konsument_innen vom deutlich schädlicheren Verbrennen einer Tabakzigarette abzuhalten, dann muss dies im Sinne der Zielsetzung der Tabakkontrollstrategie anerkannt und gefördert werden (Gottlieb/Zeller 2017: 1111ff.).

Regulierung von Tabakprodukten

Die weitere Regulierung von Tabakprodukten setzt an beiden strategischen Zielen einer möglichen Tabakkontrollpolitik an. Die Vorhaben sollen zum einen bisherige Raucher_innen von ihrem Verhalten abbringen und gleichzeitig potenzielle neue Raucher_innen vom Tabakkonsum abhalten. Dies kann zum einen über Produktgestaltung und Werbemöglichkeiten funktionieren, kann aber auch über steuerliche Anreize und Regelungen erfolgen.

Um die Tabakprodukte möglichst aus der öffentlichen Wahrnehmung zu verbannen, ist die Beschränkung der Außenwerbung ein erster wichtiger Schritt gewesen. Allerdings geht die vorgelegte Regulierung für einen effektiven Verbraucherschutz noch nicht weit genug. So zeigen die Beispiele Neuseeland und Kanada wie wichtig eine ganzheitlich restriktive Regulierung ist, um den Konsum von Zigaretten noch unattraktiver zu machen. Weitergehende regulatorische Schritte sollten im Sinne einer umfassenden Tabakkontrollstrategie daher mitgedacht werden. Ziel muss es bleiben, mithilfe der Regulierung die Tabakprodukte weiter aus der Wahrnehmung der Gesellschaft zu verdrängen. Hierzu haben wir schon im Alternativen Drogen- und Suchtbericht 2018 einen umfassenden Vorschlag vorgelegt, der leider bisher in der öffentlichen Debatte noch nicht umfänglich diskutiert worden ist, aus unserer Sicht aber eine gute Grundlage für die weitere Diskussion bieten würde (Jazbinsek/Stöver 2018: 88ff.).

Die Autor_innen der Tabakkontrollskala schlagen in ihren Handlungsempfehlungen zudem vor (Joossens/Feliu/Fernandez 2019: o.S.), dass jeder Staat 2 Dollar pro Einwohner_in pro Jahr in die Tabakkontrolle investieren solle, um einen substanziellen Fortschritt in der Eindämmung des Tabakkonsums zu erzielen. In Deutschland wären das allein 166 Millionen Euro, was die bisher eingestellten Mittel im Bundeshaushalt 2020 für Aufklärungsmaßnahmen zur Suchtprävention um den Faktor 15 übersteigen würde (Bundesministerium für Gesundheit 2020b: o.S.). Wenn diese Summe allein aus der Tabaksteuer finanziert werden würde, dann wären das ca. 1,16% des jährlichen Steueraufkommens (Bundeshaushalt 2020: o.S.). Durch eine marginale Anpassung des Tabaksteuergesetzes könnte ein gewisser Prozentsatz der erhobenen Tabaksteuer zweckgebunden und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Tabakprävention überlassen werden. Dass solch ein Modell funktionieren kann, zeigt die Steuer auf sogenannte „Alkopops“ seit 2004. Hier wird geregelt, dass das Netto-Mehraufkommen der Steuer in die Suchtprävention der BZgA fließt (Bundesministerium f. Justiz und Verbraucherschutz 2004: o.S.). Selbst wenn diese finanziellen Mittel zwischen der Prävention von Alkohol- und Tabakkonsum aufgeteilt würden, hätten wir einen präventiven Quantensprung erreicht. Diese Maßnahme ließe sich mit einer allgemeinen Steuererhöhung für Tabakprodukte kombinieren, um

die bisher einkalkulierten Einnahmen aus der Tabaksteuer nicht zu verringern und preissensible Konsumenten vom Rauchen abzubringen.

Regulierung von neuartigen Erzeugnissen

Während die Regulierung von herkömmlichen Tabakprodukten zum Ziel hat, bisherige Raucher_innen vom Zigarettenkonsum abzubringen und gleichzeitig potenzielle neue Raucher_innen abschreckt, sollte die Regulierung der neuartigen Erzeugnisse vor allem zum Ziel haben, dass bestehende Raucher_innen, die sich nicht vom Nikotin lösen können oder wollen, ermuntert werden, auf weniger schädliche Alternativen umzusteigen. Es existiert also die Herausforderung, die Regulierung so auszugestalten, dass auf der einen Seite umstiegsinteressierte Raucher_innen einen möglichst barrierearmen Zugang zu alternativen Produkten haben, während (minderjährigen) Nichtraucher_innen der Zugang schwer gemacht wird.

Die deutsche Politik hat die Entscheidung getroffen, dass die E-Zigarette und andere neuartige Produkte bei der Werberegulierung wie die Tabakzigarette reguliert werden muss (Deutscher Bundestag 2020b: o.S.). Die politischen Entscheider und unsere Gesundheitsagenturen müssen nun über die adäquate, d.h. zielgruppenspezifische und lebensweltnahe Aufklärung und Information von potenziellen Konsumierenden nachdenken¹. Die Beantwortung dieser strategischen Frage bleibt die Bundespolitik den Verbraucher_innen und den Fachkreisen bisher schuldig. Zum Beispiel könnte die BZgA, die Aufgabe der Information über gesundheitspolitische Möglichkeiten der E-Zigarette wahrnehmen. Hierfür könnte die im vorherigen Abschnitt beschriebene zweckgebundene Verwendung der Tabaksteuer ideal genutzt werden. Dies würde die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass man den Spagat schafft, auf der einen Seite minderjährige Nichtraucher_innen nicht zum Konsum der E-Zigarette zu animieren und gleichzeitig ausstiegswillige erwachsene Raucher_innen über die Vorteile des E-Zigarettenkonsums aufklären zu können.

Aktuell zeigt sich immer noch, dass nahezu Zwei-Drittel der Bevölkerung davon ausgeht, dass die E-Zigarette mindestens genauso schädlich ist wie die Tabakzigarette (Bundesinstitut für Risikobewertung 2019: o.S.). Die gleiche Umfrage zeigt allerdings auch, dass E-Zigarettennutzer_innen, die sich also mit dem Produkt und seinen Charakteristika vor dem Konsum auseinandergesetzt haben, die Schädlichkeit des Gerätes deutlich realistischer und damit niedriger einschätzen. Schon seit Jahren besteht hier der wissenschaftliche Konsens, dass die E-Zigarette um bis zu 95 % weniger Schadstoffe ausstößt als herkömmliche Tabakzigaretten (McNeill et al., 2018: 6). Auch deswegen ist eine, wie auch immer geartete, Informationspolitik über das Gerät und seine Charakteristika dringend notwendig.

Auch wenn die Frage, wie man Informationen über die E-Zigarette dem relevanten Adressat_innenkreis zur Verfügung stellt, elementar notwendig ist, so sind die Produktausgestaltung sowie die Bereitstellung der Produkte für Interessenten ebenso relevant zu diskutieren.

¹ Aufklärung, wie z.B. in: Stöver, H./Jamin, D./Eisenbeil, S. (2020): Ratgeber E-Zigarette – Einsteigen, Umsteigen, Aussteigen, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, 3. überarbeitete Auflage.

Die E-Zigarette ist europaweit auf einem hohen Niveau reguliert. Daher ist es auch, im Unterschied zu den USA, nicht zu einem Auftreten der sogenannten EVALI-Fälle gekommen (Deutsches Ärzteblatt 2019: o.S.). In der politischen Diskussion wird aktuell häufig der Blick auf die Aromen von E-Zigarettenliquids gerichtet und diese werden problematisiert (Deutscher Bundestag 2020b: o.S.). Sicherlich sind die Aufmachung, Nennung und Bewerbung einiger Liquids vor dem Hintergrund des Jugendschutzes kritisch zu sehen. Hier würden dann die verschärfte Werberegulierung und die ohnehin schon vorhandenen Jugendschutzgesetze greifen. Auch zeigen empirische Forschungsergebnisse, dass Aromen ein wichtiger Grund sind, weshalb Tabakraucher_innen auf die E-Zigarette umsteigen (Kotz/Böckmann/Kastaun 2018: 235ff.). Würden alle Aromen oder zumindest ein Teil dieser Aromen verboten werden, dann würde ein gewichtiger Anreiz für den Umstieg vieler Konsumierender wegfallen. Aromen sollten also – im Rahmen der notwendigen und hinreichenden Jugendschutzbestimmungen – weiterhin erlaubt bleiben, da sie beim Umstieg helfen und die Rückfallwahrscheinlichkeit auf Tabakzigaretten verringern.

Da bei der E-Zigarette der Einstiegspreis deutlich höher ist als bei Tabakzigaretten, muss der Gesetzgeber auf weitere Besteuerungen des Produktes verzichten. Schon aktuell zeigt es sich, dass viele Raucher_innen aus sozial ärmeren Schichten nicht auf die E-Zigarette umsteigen, da sie die hohen Beschaffungskosten schlicht nicht stemmen können. Eine Tabakkontrollstrategie muss deswegen auch kreative und praktikable Wege aufzeigen, wie E-Zigaretten der gesamten Bevölkerung zugänglich gemacht werden können.

In den deutschen Markt drängen aktuell immer wieder neuartige Produkte wie Tabakerhitzer. Auch diese Geräte müssen bei einer umfassenden Tabakkontrollstrategie berücksichtigt und entsprechend ihrer möglichen Potenziale reguliert werden. Bei dieser Kategorie ist bisher – im Gegensatz zur E-Zigarette – nur wenig wissenschaftlich unabhängige Forschung verfügbar. Es ist zwar wahrscheinlich, dass sowohl Konsumierende als auch Passant_innen weniger Schadstoffen ausgesetzt werden (McNeill et. al. 2019: o.S.). Dennoch braucht es hier noch weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen, um das Produkt und seine Auswirkungen besser zu verstehen und es entsprechend in die Tabakkontrollstrategie einbinden zu können. Wegen der noch nicht ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz schlägt Public Health England vor, Tabakerhitzer regulativ relativ besser zu stellen als Tabakzigaretten. Gleichzeitig soll die Regulierung aber auch ermuntern, dass auf das vermutlich am wenigsten schädliche Produkt, nämlich die E-Zigarette, umgestiegen werden soll. Das wäre auch im Sinne des Harm Reduction-Ansatzes und der strategischen Zielsetzung der Tabakkontrollpolitik.

Literatur

- Benowitz, N. L. (2010): Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295-2303.
- Bundeshaushalt (2020): Bundeshaushaltsplan 2020; Einzelplan 60, online verfügbar unter: https://www.bundeshaushalt.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2020/soll/epl60.pdf; letzter Zugriff: 03.08.2020.

- Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2019): BfR-Verbrauchermonitor 2019 | Spezial E-Zigaretten, Frankfurt am Main: Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2004): Gesetz über die Erhebung einer Sondersteuer auf alkoholhaltige Süßgetränke (Alkopops) zum Schutz junger Menschen (Alkopopsteuergesetz – AlkopopStG), online verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/alkopopstg/BJNR185710004.html>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Kohortenstudie zur Evaluation der deutschen Tabakkontrollpolitik, online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Kurzbericht_International_Tobacco_Control_Policy_Evaluation_Project_Kohortenstudie_zur_Evaluation_der_deutschen_Tabakkontrollpolitik.pdf; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020a): Epidemiologie des Suchtmittelkonsums, online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/drogen-und-sucht/epidemiologie-des-suchtmittelkonsums.html>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020b): Bundeshaushaltsplan 2020; Einzelplan 15, online verfügbar: https://www.bundeshaushalt.de/fileadmin/de.bundeshaushalt/content_de/dokumente/2020/soll/n1_epl15.pdf; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Campaign for tobacco-free Kids (2020): Tobacco Control Laws, Legislation by Country New Zealand, online verfügbar unter: <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation/country/new-zealand/laws>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Deutscher Bundestag (2020a): Plenarprotokoll 19/170, online verfügbar unter: <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19170.pdf>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Deutscher Bundestag (2020b): Beschlussempfehlung und Bericht, Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Tabakerzeugnisgesetzes, Drucksache 19/20667, online verfügbar unter: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/206/1920667.pdf>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Deutsches Ärzteblatt (2019): E-Zigaretten: Studie bestätigt Vitamin E als Verursacher von EVALI, online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108412/E-Zigaretten-Studie-bestaetigt-Vitamin-E-als-Verursacher-von-EVALI>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2019): Drogen- und Suchtbericht 2019, online verfügbar unter: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Gottlieb, S./Zeller, M. (2017): A nicotine-focused framework for public health. *New England Journal of Medicine*, 377(12), 1111-1114.
- Government of Canada (2012): Federal Tobacco Control Strategy 2001-2011 – Horizontal Evaluation, online verfügbar unter: <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/about-health-canada/accountability-performance-financial-reporting/evaluation-reports/federal-tobacco-control-strategy-2001-2011-horizontal-evaluation.html>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Here to Help (2019): The federal tobacco control Strategy, online verfügbar unter: <https://www.heretohelp.bc.ca/federal-tobacco-control-strategy>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Jazbinsek, D./Stöver, H. (2018): E-Zigaretten und Tabakwerbeverbot – Eckpunkte eines Kompromissvorschlags, in: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe/JES e.V. (Hrsg.): 5. Alternativer

- Drogen- und Suchtbericht 2018, Lengerich-Westf.: Papst Science Publishers, 88-95, online verfügbar unter: <http://alternativer-drogenbericht.de/>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Joossens, Luk/Feliu, Ariadna/Fernandez, Esteve (2019): The Tobacco Control Scale 2019 in Europe, Brüssel: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology, online verfügbar unter: <https://www.tobaccocontrolscales.org/TCS2019.pdf>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Kotz, Daniel (2020): DEBRA-Studie 2020, online verfügbar unter: <http://debra-study.info/wordpress/>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Kotz, D./Böckmann, M./Kastaun, S. (2018): Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. Dtsch. Arztebl. Int, 115, 235-242.
- Lee, P. N. (2018): Tar level of cigarettes smoked and risk of smoking-related diseases, Inhalation toxicology, 30(1), 5-18.
- McNeill, A. et. al. (2018): Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England, London: Public Health England, 6.
- McNeill, A. et. al. (2019): Vaping in England: an evidence update February 2019. A report commissioned by Public Health England London, UK: Public Health England.
- Ministry of Health New Zealand (2019): Annual Update of Key Results 2018/19: Update from New Zealand Health Survey, online verfügbar unter: <https://www.health.govt.nz/publication/annual-update-key-results-2018-19-new-zealand-health-survey>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Ministry of Health New Zealand (2020): Vaping and smokeless Tobacco, online verfügbar unter: <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/vaping-and-smokeless-tobacco>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Ministry of Health New Zealand (2019): Vaping facts, online verfügbar unter: <https://vaping-facts.health.nz/>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- New Zealand Parliament (2011): Government Final Response to Report of the Maori Affairs Committee on Inquiry into the tobacco industry in Aotearoa and the consequences of tobacco use for Maori, presented to the House of Representatives in accordance with Standing Order 248 (J.1), online verfügbar unter: https://www.parliament.nz/en/pb/papers-presented/current-papers/document/49DBHOH_PAP21175_1/government-final-response-to-report-of-the-m%C4%81ori-affairs; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- New Zealand Parliament (2010): Inquiry into the tobacco industry in Aotearoa and the consequences of tobacco use for Maori, online verfügbar unter: https://www.parliament.nz/en/pb/sc/reports/document/49DBSCH_SCR4900_1/inquiry-into-the-tobacco-industry-in-aotearoa-and-the-consequences; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Orth, B./Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, online verfügbar unter: https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/Drogenaffinitaet_Jugendlicher_2019_Basisbericht.pdf; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- Stöver, H. (Hrsg.) (2019): Potentiale der E-Zigarette für Rauchentwöhnung und Public Health, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H./Jamin, D./Eisenbeil, S. (2020): Ratgeber E-Zigarette – Einsteigen, Umsteigen, Aussteigen, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, 3. überarbeitete Auflage.

Langsam und beständig: Kanadas Weg aus der Cannabis-Prohibition

Aaren Ivers

Übersetzung: Bernd Werse und Gerrit Kamphausen

Zusammenfassung

Das kanadische Cannabisgesetz wurde mit der Absicht eingeführt, den Zugang für Jugendliche einzuschränken, die öffentliche Gesundheit zu verbessern und Kanadas fest etablierten illegalen Cannabismarkt abzubauen. In diesem Artikel werden Indikatoren untersucht, die mit diesen Zielen eineinhalb Jahre nach der Legalisierung im Zusammenhang stehen. Aktuelle Daten zeigen, dass der legale Cannabisverkauf in den meisten Provinzen bzw. Territorien sukzessive erleichtert wurde; die Legalisierung kann als Prozess, nicht als Ereignis zu einem bestimmten Zeitpunkt beschrieben werden. Die mit diesem Ansatz verbundenen Probleme bzw. Herausforderungen werden ebenso diskutiert wie die jüngsten Strategien, die eingeführt wurden, um gegen den weiterhin existierenden illegalen Cannabismarkt vorzugehen.

Einführung

Am 17. Oktober 2018 trat der Cannabis Act (Cannabisgesetz) in Kraft, durch den Kanada das weltweit zweite Land wurde, das Cannabis zum Freizeitkonsum auf Bundesebene legalisiert hat. Zu den drei Hauptzielen, die in der Gesetzgebung beschrieben werden, gehören die Einschränkung des Cannabiszugangs für Jugendliche, der Schutz der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit und der Abbau des etablierten illegalen Cannabismarktes. Dieser Artikel untersucht Indikatoren im Zusammenhang mit der Erreichung dieser Ziele und bietet einen Überblick über die kanadische Cannabislandschaft eineinhalb Jahre nach der Legalisierung. Der gesetzliche Rahmen des Cannabisgesetzes wurde für die Bundesebene gesetzt, aber die Verantwortung für die Schaffung und Umsetzung spezifischer Vorschriften wie Alters- und Konsumbeschränkungen liegt in der Verantwortung der zehn kanadischen Provinzen und drei Territorien. Nach dieser Regelung variiert das Alter, ab dem Cannabis erworben werden darf, je nach Zuständigkeit der Provinzen. Die Lizenzierung von Fachgeschäften liegt in der Verantwortung der Gemeinden innerhalb der Provinzen, da diese über Landnutzung entscheiden. Auch die Verteilung variiert je nach Provinz und kann durch eines von drei Modellen ermöglicht werden: private Unternehmen, staatliche Fachgeschäfte oder eine Kombination aus beiden (ein Hybridmodell). In allen Provinzen wird Cannabis online verkauft und ist in physischen Geschäften erhältlich; jede Provinz in Kanada hat ihren eigenen Ansatz für die Verteilung gewählt. Dies hat zu einer Cannabispolitik geführt, die sowohl als Flickenteppich als auch als Sammelsurium von Sub-Experimenten beschrieben wurde (Boyd 2019; Fischer et al. 2020).

Eineinhalb Jahre nach der Legalisierung sind die Ziele des Cannabisgesetzes noch immer nicht erreicht, aber es wurden Fortschritte erzielt, und der Legalisierung von Cannabis wurden nur wenige messbare negative Auswirkungen zugeschrieben. Der weiterhin bestehende illegale Markt kann der einzigartigen Cannabisgeschichte Kanadas, den Grenzen der Distribution und den Einstellungen und Vorlieben der Cannabiskonsument_innen zugeschrieben werden. Vor der Legalisierung hatte Kanada hohe Cannabis-Prävalenzraten, eine tolerante Haltung gegenüber Cannabiskonsum und einen illegalen Cannabismarkt, der auf 6 Milliarden Dollar pro Jahr geschätzt wurde (Dyer 2018). Cannabis für medizinische Zwecke wurde 2001 legalisiert und ist nach wie vor im Rahmen der Verordnung über den Zugang zu Cannabis für medizinische Zwecke (Access to Cannabis for Medical Purposes Regulations, ACMPR) erhältlich. Im Rahmen der ACMPR wurden in ganz Kanada (vor allem an der Ost- und Westküste) über 200 (illegale) „Graumarkt“-Cannabisabgabestellen unter dem Vorwand des Vertriebs von medizinischem Cannabis eingerichtet (Baker 2018; Fumano 2018). Viele dieser Geschäfte hielten sich nicht an die medizinischen Vorschriften, was nicht in nennenswertem Maße sanktioniert wurde: Der Verkauf von medizinischem Cannabis in Graumarkt-Abgabestellen war eine mehr oder weniger akzeptierte Aktivität, die meistens nicht die Aufmerksamkeit der Strafverfolgungsbehörden erregte. Die Legalisierung führte dazu, dass die Strafverfolgung viele dieser Geschäfte ins Visier nahm und mittels Razzien die Mehrheit der Graumarktgeschäfte geschlossen hat (Mauracher 2019). Einige dieser Betriebe wurden lizenziert, andere verlegten ihre Geschäfte einfach ins Internet, erhöhten die Sicherheit für Online-Transaktionen unter Verwendung von Kryptowährungen (z.B. Bitcoin) und schufen nur für Mitglieder zugängliche Websites (Ivers & Boyd 2019). Einige dieser physischen Geschäfte werden jedoch auch nach der Legalisierung weiter betrieben. Bis Juni 2020 wurden laut einer Mitteilung der Strafverfolgungsbehörden in Vancouver 90 Graumarkthändler geschlossen, während die verbleibenden 36 physischen Geschäfte an der Westküste weiterhin mit Produktbeschlagnahmungen und sich anhäufenden Geldstrafen (einige von ihnen nähern sich einem Gesamtbetrag von einer Million Dollar) konfrontiert sind (Bolan 2020). Insofern hat der etablierte, leicht zugängliche und zuvor oft tolerierte illegale Cannabismarkt zweifellos Kanadas Weg aus der Prohibition geprägt.

Verkäufe

Die meisten der in diesem Artikel enthaltenen Daten stammen von der kanadischen Bundesstatistikbehörde. Statistics Canada (2018) hat die Nationale Cannabis-Erhebung (National Cannabis Survey, NCS) entwickelt, um Veränderungen des Cannabiskonsums anhand von selbst berichteten Daten von Personen ab 15 Jahren zu verfolgen. In jedem Quartal wurde eine Stichprobe mit durchschnittlich 5.651 Personen befragt. Zusätzliche Daten wurden über die Cannabis-Statistik-Zentralstelle von Statistics Canada gesammelt. Die jüngsten Statistiken zeigen, dass der legale Cannabisverkauf im März 2020 181 Millionen kanadische Dollar (CAD) erreichte, was einem Anstieg von 19,2% gegenüber dem Vormonat entspricht (Statistics Canada 2019). Ein Teil dieses Anstiegs ist wahrscheinlich auf Bedenken hinsichtlich des Angebots im Zusammenhang mit COVID-19 zurückzuführen, da in den USA ähnliche Muster beobachtet wurden (George-Cosh 2020). Die Besorgnis war jedoch ungerechtfertigt, da

der Cannabisverkauf in allen Provinzen und Territorien zu den wesentlichen Dienstleistungen gezählt wurde. Im Jahr nach der Legalisierung berichtete Statistics Canada (2019) über Cannabisverkäufe von Online-Plattformen und physischen Vertreibern in Höhe von insgesamt 908 Millionen US-Dollar. Die höchsten Verkäufe wurden in Ontario (217 Millionen Dollar) verzeichnet, während in British Columbia (BC) – der Provinz, in der sich vor der Legalisierung ein fest etablierter Graumarkt mit 126 Verkaufsstellen befand – Verkäufe von nur 50 Millionen Dollar verzeichnet wurden. BC verzeichnete auch den niedrigsten Pro-Kopf-Umsatz (10 USD), obwohl es zu den vier bevölkerungsreichsten Provinzen gehört. Das bevölkerungsärmste Territorium Kanadas, der Yukon, verzeichnete den höchsten Pro-Kopf-Umsatz (103 USD). Diese Unterschiede wurden der Zugänglichkeit zugeschrieben und sind abhängig von der Anzahl der Händler, die bereits lizenziert, mit Ware bestückt und geöffnet sind, sowie der Verfügbarkeit illegaler Beschaffungsoptionen, und sind kein Hinweis auf die von Provinz zu Provinz unterschiedlichen Cannabis-Prävalenzraten (Lundy 2019).

Prävalenz und Strafverfolgungsdaten

Vor der Legalisierung vermeldete der NCS, dass der Anteil für Erwachsene mit Cannabiskonsum in den letzten drei Monaten bei 14,9 % lag; im Jahr nach der Legalisierung stieg die nationale Prävalenz auf 16,8 % (Rotermann 2020). Sowohl vor als auch nach der Legalisierung war der Cannabiskonsum unter Männern und den 18- bis 24-Jährigen am höchsten. Der stärkste Anstieg des Konsums war bei Männern und bei den über 25-Jährigen zu verzeichnen. Die Prävalenz ist zwar wichtig für die Dokumentation, aber gelegentlich Cannabis konsumierende Erwachsene haben ein geringes Risiko für gesundheitliche Auswirkungen und sind keine bedeutenden Akteure auf den Cannabismärkten. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass etwa 50 % der Cannabisprodukte von einer kleinen Zahl täglicher Konsument_innen gebraucht wird (Caulkins & Kilmer 2016). Es sind diese täglich Konsumierenden, die das größte Risiko für cannabisbedingte Gesundheitsprobleme aufweisen; daher sind ihre Konsumgewohnheiten bei der Beurteilung der Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit am wichtigsten (Hall & Lynskey 2009). Die einzige Zunahme täglichen oder fast täglichen Konsums, die im NCS nach der Legalisierung beobachtet wurde, war bei den über 65-Jährigen (Rotermann 2020). Der Anteil täglich Konsumierender erreichte 2019 in dieser Gruppe mit 2,6% einen Höchststand; dennoch haben die über 65-Jährigen nach wie vor die geringste Wahrscheinlichkeit, täglich zu konsumieren. Bei allen anderen Gruppen sowie im nationalen Durchschnitt gab es keine signifikanten Veränderungen des täglichen Konsums. Im Einklang mit dem Ziel des Cannabisgesetzes, den Cannabiskonsum unter Jugendlichen zu reduzieren, sank die Rate des Cannabiskonsums bei den 15-17-Jährigen von 19,8% auf 10,4%. Es sei darauf hingewiesen, dass mit dem Cannabisgesetz harte Strafen für Cannabisdelikte unter Jugendlichen eingeführt wurden: Das Verschenken oder der Verkauf von Cannabis an Jugendliche sowie Cannabisdelikte, bei denen Jugendliche involviert werden, werden mit einer Höchststrafe von jeweils 14 Jahren Gefängnis geahndet.

Im Jahr 2018 waren die von der Polizei gemeldeten Cannabisdelikte im siebten Jahr in Folge zurückgegangen (minus 29% gegenüber 2017), aber laut Statistics Canada (2020) stiegen die Vorfälle bei der Ein- und Ausfuhr von Cannabis in den zehn

Monaten vor der Legalisierung um 22%. Weitere Informationen im Zusammenhang mit Änderungen bei Straftaten im Zusammenhang mit Cannabis liegen noch nicht vor, da die Ergebnisse des kanadischen „Uniform Crime Report Survey“ (UCR) für 2019 noch nicht veröffentlicht wurden. Die für zweieinhalb Monate nach der Legalisierung verfügbaren Daten aus dem UCR von 2018 zeigen 1.454 Verstöße gegen das Cannabisgesetz (Statistics Canada 2020). Die häufigsten Verstöße gegen das Cannabisgesetz waren die Einfuhr und Ausfuhr von Cannabis (21%), der Besitz von illegalen oder über 30 Gramm getrockneten Cannabisblüten (oder Äquivalent) durch einen Erwachsenen (18%), der Besitz von über 5 Gramm Cannabisblüten (oder Äquivalent) durch Jugendliche (12%) und der Besitz von Cannabis zum Zwecke des illegalen Verkaufs (10%). Die kanadische Legalisierung hat indes wenig dazu beigetragen, den Export von Cannabis in die USA einzuschränken. Im Juni 2020 beschlagnahmte der US-Zoll- und Grenzschutz in Buffalo, New York, zwei für den US-Markt bestimmte Lkw-Ladungen Cannabis im Wert von 2 Mio. bzw. 5 Mio. US-Dollar (Flanagan 2020).

Zum Schutz der öffentlichen Sicherheit enthält das kanadische Strafgesetzbuch jetzt Änderungen, in denen verbotene Mengen an Cannabis und der kombinierte Konsum von Cannabis und Alkohol beim Betrieb eines Fahrzeugs aufgeführt sind. Es wurden Bundesmittel für die Entwicklung einer Reihe von standardisierten nationalen Indikatoren für drogenbedingtes Fahren bereitgestellt; der erste Bericht wird im Laufe des Jahres 2020 vorliegen (Government of Canada 2020). Kanadas Bundespolizeibehörde, die Royal Canadian Mounted Police (RCMP), berichtete, dass in den sechs Monaten nach der Legalisierung in ganz Kanada keine Zunahme der Anzeigen wegen Fahrens unter Einfluss von Cannabis zu verzeichnen war (Smart 2019). Dies wurde durch die bislang verfügbaren Daten aus dem UCR bestätigt: demnach ist die Anzahl der Strafen für das Fahren unter Cannabiseinfluss für 2018 unverändert geblieben (Moreau 2018). Laut den Daten aus dem NCS ist der Anteil der Personen, die angaben, in einem Fahrzeug gesessen zu haben, das von einer Person bis gefahren wurde, die maximal zwei Stunden zuvor Cannabis konsumiert hatte, von 5,3% auf 4,2% gesunken ist (Rotermann 2020). Dieser Rückgang könnte auf die bereits vor der Legalisierung verstärkte öffentliche Plakatierung von Botschaften zurückzuführen sein, die sich auf die Gefahr des Fahrens unter Cannabiseinfluss beziehen. Im Übrigen ging die Legalisierung von Cannabis mit einem deutlichen Rückgang des Bierkonsums einher: Die in Kanada konsumierte Biermenge sank 2018 um 3% – ein Rückgang, der zehnmal deutlicher ausfiel als in den vier Jahren zuvor. Dies könnte darauf hindeuten, dass einige Kanadier_innen nach der Legalisierung Cannabis gegen Alkohol eingetauscht haben (Owram 2020). Wenn man die mit Cannabis und Alkohol verbundenen Gesundheitsrisiken vergleicht, könnte dies als Schritt zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit interpretiert werden.

Illegaler vs. legaler Markt

Ein Großteil der Diskussion im Zusammenhang mit der Legalisierung von Cannabis ist auf den anhaltenden illegalen Cannabismarkt Kanadas bezogen, der allerdings seit der Legalisierung in jedem Quartal sukzessive geschrumpft ist. Laut NCS gaben im Jahr nach der Legalisierung 40,1% der Konsumenten an, Cannabis über illegale

Märkte zu beziehen (gegenüber 51,7% im Jahr zuvor) und 37,8% gaben an, Cannabis über Freunde und Familie zu beziehen (gegenüber 40,1%) (Rotermann 2020). Während viele Kanadier weiterhin Cannabis aus verschiedenen Quellen bezogen, hat sich die Zahl der Personen, die sich ausschließlich über den legalen Markt versorgten, nahezu verdreifacht (von 10,7% auf 29,4%). Befragte, die als starke Konsument_innen klassifiziert wurden (mit Ausgaben von mehr als 250 Dollar für Cannabis in drei Monaten) verringerten ihre Abhängigkeit von illegalen Märkten von 70,8% im Jahr 2018 auf 62% im Jahr 2019; in derselben Gruppe hat sich die alleinige Versorgung über legale Märkte von 16,6% auf 24,3% erhöht. Versorgung über den legalen Markt war (nicht überraschend) an die Zugänglichkeit gebunden: Diese war höher in Regionen mit mehr legalen Geschäften und entsprechend niedriger in Regionen mit weniger Geschäften.

Dass Konsument_innen nur langsam vom illegalen zum legalen Markt übergehen, kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden, von denen keiner unüberwindbar ist. So bemängeln Konsumierende den eingeschränkten Zugang zu legalen physischen Geschäften, das Fehlen beliebter Produkte, schlechte Qualität, die der Massenproduktion zugeschrieben wird und falsch berechnete Preise (Ivers & Boyd 2019). Vor dem Inkrafttreten der Gesetzgebung beschrieb Premierminister Justin Trudeau die Legalisierung von Cannabis als einen Prozess, nicht als ein Ereignis; dies wurde nach der Legalisierung überdeutlich (Forrest 2018). In den folgenden anderthalb Jahren öffneten legale Geschäfte nur sehr zögerlich, wenn sie die Lizenzierungs- und Betriebsanforderungen erfüllten. In BC – einer Provinz mit über fünf Millionen Einwohnern und 136 Graumarkt-Geschäften vor der Legalisierung – eröffnete am Tag des Inkrafttretens der Legalisierung nur ein einziges legales Geschäft. Jede Region und jedes Territorium folgte einem eigenen Zeitplan für die Umsetzung der Statuten und die Lizenzierung der Vertreiber, und nur wenige hatten ausreichende Kapazitäten geschaffen, um die Nachfrage nach Cannabis befriedigen zu können. Dies führte zu langen Schlangen und Produktknappheit, was in einigen Regionen zu vorübergehenden Ladenschließungen führte (Bilefsky 2018; Dyer 2018). Die kanadische Regierung hat möglicherweise das Interesse der Verbraucher überschätzt, sich in den meisten Provinzen auf den legalen Versandhandel zu verlassen. Die Verkaufsmuster der Provinzen deuten darauf hin, dass die Kanadier legales Cannabis lieber in physischen Geschäften kaufen: je mehr physische Geschäfte in einer Provinz, desto höher die Verkäufe. Zu den Erklärungen für das mangelnde Interesse am Versandhandel gehören der Wunsch der Konsumenten, die Produkte vor dem Kauf zu sehen, Datenschutzbedenken im Zusammenhang mit dem Online-Kauf von Cannabis und der Wunsch, Fragen zu stellen und Empfehlungen vom Verkaufspersonal zu erhalten (Cain 2019). Die Einschränkungen des kanadischen legalen Cannabismarktes wurden für die spektakulären Verluste der Cannabiskonzerne verantwortlich gemacht, in deren Kurse zuvor die Hoffnung eingepreist war, aus dem Ende der Prohibition viel Kapital schlagen zu können. So wiesen die Aktien der zehn führenden kanadischen Cannabiskonzerne nach der Legalisierung eine durchschnittliche negative Rendite von 57% auf, und einige waren gezwungen, Produktionsstätten zu schließen (Ferreira 2020).

Der anfängliche Mangel an Auswahl legaler Cannabisprodukte unmittelbar nach der Legalisierung wurde als Erklärung für das anhaltende Engagement auf dem illegalen Markt angeführt (Subramaniam 2019). Forschungen, die legale Märkte untersuchen, haben eine zunehmende Nachfrage für Cannabisprodukte jenseits der Can-

nabisblüte, einschließlich Konzentraten und essbaren Produkten (edibles), festgestellt (Caulkins et al. 2018). Dies stimmt mit dem kanadischen Konsumverhalten überein: Die jüngsten Daten des NCS stellen fest, dass Cannabisblüten nur 60,7% der kanadischen Ausgaben für Cannabisprodukte ausmachen (Statistics Canada 2019a). Konzentrate und essbare Produkte waren vor der Legalisierung auf den kanadischen Graumärkten weithin erhältlich, waren jedoch nach dem Cannabisgesetz nicht sofort legal verfügbar, sondern wurden erst ein Jahr später, am 17. Oktober 2019, legalisiert (Department of Justice 2019). Die verzögerte Einführung dieser Produkte hatte wahrscheinlich Auswirkungen auf die Nachfrage auf dem legalen Markt und verdeutlicht zusätzlich das schrittweise Vorgehen bei der Legalisierung von Cannabis in Kanada.

Ein weiterer Faktor im Hinblick auf das Fortbestehen eines illegalen Cannabismarktes sind die Kosten. Trotz Beschwerden über übersteuertes legales Cannabis unter erfahrenen Cannabisgebraucher_innen haben legale Einzelhändler durchweg Preise festgelegt, die deutlich über denen des illegalen Marktes liegen. Seit der Legalisierung konnten Preisunterschiede von bis zu 80% zwischen legalem und illegalem Cannabis beobachtet werden, mit deutlichen Schwankungen in den letzten anderthalb Jahren (Statistics Canada 2019a). Den jüngsten vierteljährlichen Statistiken des NCS zufolge ist der Preis für legales Cannabis leicht auf 7,50 Dollar pro Gramm gestiegen, während der Preis für illegales Cannabis auf 5,73 Dollar gesunken ist (Statistics Canada 2019a)¹. Zu den Unterschieden in der Preisgestaltung kommen Mengenrabatte hinzu, die auf illegalen Märkten üblich, auf den meisten legalen Märkten jedoch vernachlässigbar sind. Manche Konsument_innen haben auch eine Abneigung gegenüber „Firmen-Cannabis“ (corporate cannabis) geäußert; zusätzlich zu den Kosten wird also auch die Qualität von Ware aus der Massenproduktion bemängelt (Ivers & Boyd 2019).

Maßnahmen zur Eindämmung des illegalen Marktes

Es wurden verschiedene Methoden eingeführt, um illegale Marktaktivitäten einzudämmen. Das Ministerium für öffentliche Sicherheit und der oberste Staatsanwalt (solicitor general) in BC haben vor kurzem eine „Community Safety Unit“ eingeführt, deren Aufgabe es ist, das Gesetz zur Kontrolle und Lizenzierung von Cannabis (CCLA) durchzusetzen, indem nicht-lizenzierte Händler sanktioniert werden (Eagland 2019). Nach dem CCLA können Geldstrafen von bis zu 100.000 US-Dollar, 12 Monate Haft oder beides verhängt werden (Province of British Columbia 2020). Vor der Legalisierung gab es nur selten Versuche, illegale Cannabis-Websites zu schließen: Eine kürzlich durchgeführte Analyse deutet darauf hin, dass ein Unternehmen seit mindestens 16 Jahren von derselben Domain aus operiert (Ivers & Boyd 2019). Ernsthafte Bemühungen, illegale Versandhandels-Websites zu schließen, wurden erst

¹ Anmerkung der Übersetzer: Die angegebenen Preise entsprechen nach aktuellem Kurs (29.07.2020) 4,79 € (legale Ware) bzw. 3,66 € (illegale Ware). Verglichen mit den 10,20 €, die für den durchschnittlichen Preis für (illegale) Cannabisblüten in Deutschland angegeben werden (Schneider et al. 2019), sind diese Preise sehr niedrig, auch im internationalen Vergleich. Nach persönlicher Kommunikation mit der Autorin wurde deutlich, dass sich insbesondere in BC bereits seit Längerem, offenbar im Zusammenhang mit viel verfügbarem Platz und eher laxer Verfolgungspraxis, eine ausgedehnte illegale Cannabis-Industrie entwickeln konnte, in der zahlreiche Großproduzenten miteinander konkurrieren, auch im Hinblick auf Preise.

kürzlich aufgenommen, als der „Public Service Canada“ eine Partnerschaft zwischen Bund und Provinzen ankündigte, um den Online-Verkauf zu unterbinden (Government of Canada, 2020). Der Polizeidienst von Edmonton (Edmonton Police Services 2020) begann am 16. März 2020 mit der Beschlagnahme illegaler Cannabis-Webbsites und startete gleichzeitig eine Online-Aufklärungskampagne, um der öffentlichen Verwirrung im Zusammenhang mit legalen und illegalen Cannabisanbietern entgegenzuwirken. Zusätzlich zu diesem „Law-and-Order“-Ansatz wurde auch ein Gesetz entworfen, das Graumarktproduzenten dazu bewegen soll, sich dem legalen Markt anzuschließen. In einer Pressemitteilung des Ministeriums für soziale Entwicklung und Armutsbekämpfung von British Columbia wurde berichtet, dass Mittel in Höhe von 675.000 US-Dollar für die „Cannabis Business Transition Initiative“ bereitgestellt wurden, welche die lokalen Cannabisproduzenten in der Kootenay-Region [im Südosten von BC] – wo die Cannabisproduktion einen beträchtlichen Teil der lokalen Wirtschaft ausmacht – bei diesem Übergang unterstützen soll („Kootenay initiative“, 2019). Dies ist ein einzigartiger Ansatz zur Schaffung von Möglichkeiten auf dem legalen Cannabismarkt für diejenigen, die Erfahrung mit der Cannabisproduktion haben und andernfalls kriminalisiert werden könnten; zudem schließt sie Produkte ein, die nicht von großen Unternehmen in Massenproduktion hergestellt werden, was offenbar stärker der Nachfrage entspricht.

Fazit

Kanadas Weg aus der Cannabisprohibition war und ist langsam und stetig. Nichtsdestotrotz muss dieser Prozess vorangetrieben werden, insbesondere im Hinblick auf die Preisunterschiede zwischen legalem und illegalem Cannabis; zudem wird ein verbesserter Zugang zu physischen Läden erforderlich sein, um den etablierten illegalen Markt abzubauen. Die nur schrittweise Öffnung des legalen Marktes hat zweifellos für viele Konsument_innen den Übergang zur legalen Versorgung behindert, aber sie hat den politischen Entscheidungsträger_innen auch die Möglichkeit gegeben, ihre Strategien anzupassen und gleichzeitig wachsam gegenüber unerwünschten Folgen der Legalisierung von Cannabis zu bleiben. Gegenwärtig laufen mehrere Initiativen von Politiker_innen und Strafverfolgungsbehörden, um den illegalen Cannabisverkauf zu unterbinden, und einige Regionen haben die Verfahren für die Lizenzvergabe an physische Einzelhändler umgestellt, um einen besseren Zugang zu einer sicheren und zuverlässigen Cannabisversorgung zu gewährleisten. BC gab an, dass sich die Zahl der legalen Cannabisläden im Jahr 2020 verdoppeln werde (Government of British Columbia 2020), und Ontario kündigte an, die vorübergehende Obergrenze für private Läden abzuschaffen und diverse Auflagen für potenzielle Unternehmen aufzuheben (Ministry of the Attorney General 2019). Weitere Regionen werden wahrscheinlich ihre Optionen neu bewerten, um Fragen der Zugänglichkeit anzugehen. Trotz des langsamen Starts wurden weiterhin neue legale Cannabis-Einzelhandelsgeschäfte eröffnet: Zwischen März 2019 und Juli 2019 stieg die Zahl der Läden um 88%, von 217 auf 407 (Statistics Canada 2019b). In der Tat ist die Legalisierung von Cannabis als Prozess zu betrachten, und nur wenige Regionen in Kanada neigten bisher dazu, diesen Prozess aktiv und schnell anzugehen.

Literatur

- Baker, R. (2018, August 16). 1st court date set for illegal Vancouver pot dispensaries. CBC News. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/vancouver-marijuana-dispensaries-injunctions-court-date-1.4250468>
- Bilefsky, D. (2018, November 7). Dry spell: Canada runs low on legal marijuana just weeks after it goes on sale. The New York Times. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2018/11/07/world/canada/canada-marijuana-shortage.html>
- Bolan, K. (2020, June 20). Cannabis black market thriving 18 months after legalization. Vancouver Sun. Retrieved from <https://vancouversun.com/news/cannabis-black-market-still-thriving-18-months-after-legalization>
- Boyd, N. (2019). Bench and Bar. Canada's Cannabis Act: A Patchwork Quilt in Progress?, 1–23. Whitehorse.
- Cain, P. (2019, March 27). Why do Canadians hate to buy marijuana online? Global News. Retrieved from <https://globalnews.ca/news/5079962/marijuana-online-sales/>
- Caulkins, J. P., Bao, Y., Davenport, S., Fahli, I., Guo, Y., Kinnard, K., ... Kilmer, B. (2018). Big data on a big new market: Insights from Washington State's legal cannabis market. *International Journal of Drug Policy*, 57(March), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.031>
- Caulkins, J. P., & Kilmer, B. (2016). Considering marijuana legalization carefully: Insights for other jurisdictions from analysis for Vermont. *Addiction*, 111(12), 2082–2089. <https://doi.org/10.1111/add.13289>
- Department of Justice (2019). Cannabis Legalization and Regulation. Retrieved June 8, 2020, from Criminal Justice website: <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/cannabis/>
- Dyer, O. (2018). Cannabis: Canada sees queues and shortages as it legalises recreational use. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 363(October), k4421. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4421>
- Eagland, N. (2019, August 1). B.C. cracks down on unlicensed pot shops with raids in Victoria and Kamloops. Vancouver Sun. Retrieved from <https://vancouversun.com/cannabis/cannabis-business/b-c-cracks-down-on-unlicensed-pot-shops-with-raids-in-victoria-and-kamloops>
- Edmonton Police Services. (2020). EPS begins seizing websites illegally selling cannabis. Retrieved May 11, 2020, from Media Release website: <https://www.edmontonpolice.ca/news/mediareleases/cannabisonlinesalesmar19>
- Ferreira, V. (2020, June 10). Feeling burned: The first year of legal cannabis has been a complete disaster for investors. Financial Post. Retrieved from <https://business.financialpost.com/cannabis/cannabis-business/cannabis-investing/feeling-burned-the-first-year-of-legal-cannabis-has-been-a-complete-disaster-for-investors>
- Fischer, B., Lee, A., O'Keefe-Markman, C., & Hall, W. (2020). Initial indicators of the public health impacts of non-medical cannabis legalization in Canada. *EClinicalMedicine*, 20, 100294. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100294>
- Flanagan, R. (2020, June 17). US\$5M worth of marijuana seized at Canada-U.S. border. CTV News. Retrieved from <https://www.ctvnews.ca/world/us-5m-worth-of-marijuana-seized-at-canada-u-s-border-1.4987850>
- Forrest, M. (2018, June 5). Trudeau won't say if Liberals will delay cannabis legalization as Senators consider long list of proposed changes. The National Post. Retrieved from <https://nationalpost.com/cannabis/trudeau-wont-say-if-liberals-will-delay-cannabis-legalization-as-senators-consider-long-list-of-proposed-changes>

- Fumano, D. (2018, June 27). Vancouver's rogue cannabis dispensaries face enforcement. The Vancouver Sun. Retrieved from <https://vancouversun.com/news/local-news/vancouver-ap-proves-new-cannabis-shop-designation-in-advance-of-federal-legalization>
- George-Cosh, D. (2020, May 22). Canadian pot sales soar 19% in March amid supply concerns. BNN. Retrieved from <https://www.bnnbloomberg.ca/canadian-pot-sales-soar-19-in-march-amid-supply-concerns-1.1439943>
- Government of British Columbia. (2020). Map of cannabis retail stores in B.C. Retrieved June 16, 2020, from Liquor and Cannabis Licensing website: <https://justice.gov.bc.ca/cannabis-licensing/map>
- Government of Canada (2020, March 18). Law enforcement related to cannabis. Public Safety Canada. Retrieved from <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/trnsprnc/brfng-mtrls/trn-stn-bndrs/20191120/018/index-en.aspx>
- Hall, W., & Lynskey, M. (2009). The challenges in developing a rational cannabis policy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(3), 258–262. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283298f36>
- Ivers, A., & Boyd, N. (2019). Canada's illicit online cannabis sales: Mail Order Marijuana (MOM) and the implications of legalization. International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP) 13th Annual Conference, 1–25. Paris.
- Kootenay initiative to create jobs, support cannabis businesses. (2019, November 14). BC Gov News. Retrieved from <https://news.gov.bc.ca/releases/2019SDPR0127-002177>
- Lundy, M. (2019, June 6). Mapping Canada's cannabis stores: From dense supply to zero footprint. The Globe and Mail. Retrieved from <https://www.theglobeandmail.com/cannabis/article-mapping-canadas-cannabis-stores-from-dense-supply-to-zero-footprint/>
- Mauracher, J. (2019, April). City of Toronto cracks down on 28 illegal pot shops as legal retail stores mark first week in operation. Global News. Retrieved from <https://globalnews.ca/news/5146946/city-of-toronto-illegal-pot-shops/>
- Ministry of the Attorney General. (2019, December 12). Ontario Opening Cannabis Retail Market. Ontario Newsroom. Retrieved from <https://news.ontario.ca/mag/en/2019/12/ontario-opening-cannabis-retail-market.html>
- Moreau, G. (2018). Police-reported crime statistics in Canada, 2018. Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics, 1–68.
- Owram, K. (2020, January 7). Legal pot takes a bite out of beer consumption in Canada. BNN Bloomberg. Retrieved from <https://www.bnnbloomberg.ca/legal-pot-takes-a-bite-out-of-beer-consumption-in-canada-1.1370298>
- Province of British Columbia. (2020). Community Safety Unit. Retrieved June 8, 2020, from Public Safety website: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/safety/public-safety/cannabis/csu>
- Rotermann, M. (2020). What has changed since cannabis was legalized? *Health Reports*, 31(2), 11–20. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202000200002-eng>
- Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K., Tönsmeise, C., Friedrich, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2019): Bericht 2019 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2018 / 2019) – Workbook Drogenmärkte und Kriminalität. München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Smart, A. (2019, April 25). No spike in cannabis-impaired driving charges 6 months after legalization: RCMP. Global News. Retrieved from <https://globalnews.ca/news/5201426/cannabis-impaired-driving-charges-rcmp/>
- Statistics Canada. (2019). The retail cannabis market in Canada: A portrait of the first year. <https://doi.org/Catalogue.no.11-621-M>

- Statistics Canada. (2018). Surveys and statistical programs – National Cannabis Survey (NCS). Retrieved May 19, 2020, from <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=get-Survey&Id=433735>
- Statistics Canada. (2019a). StatsCannabis data availability: Crowdsourced cannabis prices, third quarter 2019. Retrieved November 8, 2019, from The Daily website: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/191009/dq191009a-eng.htm>
- Statistics Canada. (2019b). Table 20-10-0008-01 Retail trade sales by province and territory (x 1,000). <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/2010000801-eng>
- Statistics Canada. (2020). Table: 35-10-0177-01 Incident-based crime statistics, by detailed violations, Canada, provinces, territories and Census Metropolitan Areas. <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/3510017701-eng>
- Subramaniam, V. (2019, October 15). A year in the weeds: Why the cannabis industry didn't take off the way everyone planned. Financial Post. Retrieved from <https://business.financialpost.com/cannabis/cannabis-news/cannabis-legalization/a-year-in-the-weeds-why-the-cannabis-industry-didnt-take-off-the-way-everyone-planned>

Cannabis: Entkriminalisierung mit Ordnungswidrigkeit und Bußgeld?

Helmut Pollähne, Hubert Wimber & Georg Wurth

Zusammenfassung

Seit die SPD-Fraktion im Februar 2020 ihr Positionspapier zu Cannabis verabschiedet hat, gibt es im Bundestag eine theoretische Mehrheit für die Entkriminalisierung von Cannabis. Am häufigsten wird die Herabstufung des Besitzes geringer Mengen zur Ordnungswidrigkeit diskutiert. Doch wäre das wirklich ein Fortschritt? Dieser Artikel diskutiert verschiedene Szenarien einer Liberalisierung der Rechtslage.

Gesellschaftliche und politische Mehrheit will Strafverfolgung von Cannabiskonsumentenden beenden

Meinungsumfragen zeigen, dass die derzeitige repressive Cannabispolitik in Deutschland keinen Rückhalt in der Bevölkerung mehr hat. 59 Prozent der Befragten waren 2018 laut Infratest Dimap der Meinung, dass „der Besitz geringer Cannabis-Mengen zum Eigenverbrauch nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden sollte“. (Infratest Dimap 2018)

Im Bundestag sind nur noch CDU/CSU und AfD dafür, weiterhin Strafverfahren für jeden noch so kleinen Krümel Cannabis einzuleiten. Alle anderen Fraktionen, die Mehrheit also, würde Cannabis grundsätzlich legalisieren, also den Markt für Erwachsene regulieren und staatlich kontrollierte Fachgeschäfte oder Anbauclubs einführen. Grüne, Linke und FDP haben teilweise seit vielen Jahren entsprechende Positionen verabschiedet.

Die SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag ist der jüngste Spross im Legalize-Boot. Am 11.02.2020 verabschiedeten die Sozialdemokraten ein Positionspapier mit dem Titel „Cannabis: Neue Wege gehen!“ (SPD-Bundestagsfraktion 2020). Darin bekennt sich die Fraktion zumindest perspektivisch zur Legalisierung von Cannabis: „Wir sehen in der regulierten Cannabis-Abgabe an Erwachsene in Deutschland eine gute Chance für eine erfolgreiche Cannabis-Politik“. Allerdings schlagen die Sozialdemokraten als Zwischenschritt kommunale Modellprojekte vor, um Erkenntnisse für optimale Regulierungen zu sammeln. Bei der Entkriminalisierung der Konsument_innen möchte aber auch die SPD-Fraktion sofort handeln:

„Um kurzfristig bereits Verbesserungen zu erreichen, setzt sich die SPD-Bundestagsfraktion dafür ein, den Besitz von kleinen Mengen von Cannabis nicht weiter strafrechtlich zu verfolgen, sondern zukünftig ordnungsrechtlich zu ahnden.“

Gäbe es eine freie Abstimmung im Bundestag, könnte die Mehrheit also mit sofortiger Wirkung das Ende der Strafverfolgung von Cannabiskonsumenten beschließen. Über den Koalitionszwang kann die Unionsfraktion die SPD allerdings noch daran

hindern, mit der Opposition abzustimmen, und so ihre repressive Cannabispolitik weiter durchsetzen. Doch auch in der Union mehren sich die Stimmen für eine Reform der Cannabispolitik. Einzelne CDU-Bundestagsabgeordnete sprechen sich für Legalisierung oder kommunale Modellprojekte aus und auch die Entkriminalisierung der Konsumenten ist Thema.

Auch die Bundesdrogenbeauftragte Daniela Ludwig befürwortete nach einem Besuch bei der DPolG Bayern die Umstufung des Besitzes geringer Mengen Cannabis zur Ordnungswidrigkeit (DPolG-TV 2020). Allerdings ging es hier weniger um die Intention, die Konsumierenden zu entkriminalisieren, sondern im Gegenteil pflichtete Ludwig der Forderung der Polizeigewerkschaft bei, dass diese über Bußgelder endlich wieder eine staatliche Sanktion erfahren sollten. Die DPolG Bayern hatte bemängelt, dass Strafverfahren, die eingestellt werden, keine Belastung für die Täter seien. Schnell verhängte Bußgelder wegen einer Ordnungswidrigkeit könnten das ändern.

In seiner Sitzung vom 20.09.2019 hat sich der Bundesvorstand des Bundes Deutscher Kriminalbeamter (BDK) mit der Drogenpolitik befasst. Im BDK sind ca. 15.000 Angehörige der Polizei (vorwiegend Kriminalbeamtinnen und Kriminalbeamte) organisiert. Der in dieser Sitzung verabschiedete Vorstandsbeschluss befürwortet eine Überführung der konsumnahen Delikte vom Strafrecht in das Ordnungswidrigkeitenrecht, begleitet von Interventions- und Hilfsmaßnahmen. Er regt außerdem eine Überprüfung an, ob das portugiesische Modell mit einer Vorladung von Konsumierenden vor eine Kommission, die im Wesentlichen eine beratende Funktion hat, auf Deutschland übertragen werden kann.

Sind Cannabiskonsumierende bereits entkriminalisiert?

Viele Menschen in Deutschland glauben, der Besitz geringer Mengen Cannabis sei in Deutschland legal. Politiker behaupten immer wieder, Strafverfahren wegen solcher Delikte würden regelmäßig eingestellt, so dass es gar keine Strafverfolgung von Cannabiskonsument_innen gebe.

Tatsächlich ist 1992 der § 31a in das Betäubungsmittelgesetz eingefügt worden. Danach kann die Staatsanwaltschaft von der Strafverfolgung absehen, wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre, kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht und lediglich eine geringe Menge zum Eigenbedarf „im Spiel“ ist. Vor diesem rechtlichen Hintergrund hat das Bundesverfassungsgericht 1994 im sogenannten Cannabis-Beschluss zwar festgestellt, dass die Strafbarkeitsbestimmungen des BtMG auch bezogen auf Cannabis verfassungskonform sind, aber eben auch, dass der Besitz geringer Mengen Cannabis zum gelegentlichen Eigenverbrauch aus Gründen des Übermaßverbots im Regelfall nicht bestraft werden soll.

Auf diesen Beschluss geht die derzeit praktizierte „Entkriminalisierung“ von Cannabiskonsument_innen nach §31a BtMG immer noch zurück. Bei der Umsetzung wurde den Bundesländern viel Spielraum gelassen, was zu einem Flickenteppich an unterschiedlichen Regelungen führte. Die Definition der geringen Menge schwankt zwischen 6 und 15 Gramm, teilweise werden die Verfahren immer eingestellt, teilweise nur bei „Ersttätern“, teilweise nicht bei Jugendlichen, grundsätzlich nicht bei Gefangenen, nicht bei Bewährungsaufgaben etc. Ein Vergleich der polizeilichen Ermittlungsverfahren mit den Verurteiltenzahlen nach der Strafverfolgungsstatistik zeigt,

dass die überwiegende Mehrzahl der polizeilichen Ermittlungsverfahren nicht mit einer justiziellen Verurteilung endet. Trotzdem werden bei Weitem nicht alle Strafverfahren eingestellt und die Einstellungsquote ist von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich.

Es kommt in allen Bundesländern immer wieder zu Gerichtsverfahren und erheblichen Strafen wegen sehr geringer Cannabismengen. Hier einige Beispiele aus Bayern, wo das besonders häufig vorkommt:

Im November 2019 wurde ein 21jähriger in Wolfratshausen wegen 0,3 Gramm Marijuana zu 32 Sozialstunden verurteilt. (Merkur 2019)

Im April 2019 wurde in Lindau ein 60jähriger zu 90 Prozent schwerbehinderter Epilepsiepatient zu 450 Euro Geldstrafe auf Bewährung verurteilt. Er war am Bahnhof mit 0,63 Gramm Haschisch aufgegriffen worden, woraufhin eine Hausdurchsuchung ohne weitere Ergebnisse durchgeführt wurde. Die Staatsanwaltschaft hatte das Verfahren wegen zweier banaler Verkehrsvergehen in den Akten des Angeklagten nicht eingestellt. (Schwäbische 2020)

In Amberg in der Oberpfalz wurde im November 2017 wegen 0,9 Gramm Marijuana gegen einen 20jährigen vor Gericht verhandelt, weil er früher als Drogenhändler aufgefallen war. Seine noch offene Bewährungsstrafe von einem Jahr und zehn Monaten wurde wegen der 0,9 Gramm auf zwei Jahre erhöht. (onetz.de 2017)

Und auch eingestellte Strafverfahren können erhebliche Konsequenzen und Eingriffe in Bürgerrechte mit sich bringen. Es kommt zu Überwachungsmaßnahmen und Hausdurchsuchungen. Die Personen werden unter Umständen trotz Einstellung des Verfahrens über Jahre als BTM-Straftäter in polizeilichen Datensammlungen gespeichert und müssen mit Problemen bei der nächsten Verkehrskontrolle rechnen. Ganz grundsätzlich fühlt sich ein ansonsten unbescholtener Bürger nicht entkriminalisiert, wenn gegen ihn ein Strafverfahren geführt wird wegen einer Tat, die er nicht moralisch verwerflich findet, auch wenn das Verfahren am Ende eingestellt wird.

Strafverfahren werden wegen jedes noch so kleinen Krümelns immer eröffnet. Die Zahl dieser Verfahren erreicht jedes Jahr neue Rekorde. 2019 gab es in Deutschland über 186.000 Strafverfahren wegen „Allgemeiner BtMG-Verstöße mit Cannabis“ ohne Handel, Einfuhr großer Mengen etc, also konsumbezogene Cannabisdelikte. Das waren fast 83 Prozent aller Strafverfahren wegen Cannabis. Kein Wunder, dass immer mehr Menschen und Politiker diese Praxis beenden wollen, auch um die Polizei von diesen Aufgaben zu entlasten.

Welche juristischen Möglichkeiten gibt es, Cannabiskonsument_innen zu entkriminalisieren?

Wenn eine vollständige Regulierung des Cannabis-Marktes mit Fachgeschäften für Erwachsene politisch noch nicht durchsetzbar ist, die Konsumenten aber entkriminalisiert werden sollen, dann gibt es dafür drei verschiedene Ansätze:

1. Der Besitz geringer Mengen bleibt strafbar, wird aber faktisch nicht bestraft.

Bei diesem Ansatz bleibt der Besitz von Cannabis auch in kleinsten Mengen eine Straftat, das Verfahren kann aber bei Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen des § 31 a BtMG eingestellt werden. Allerdings sind hier die Details entscheidend.

„Kann“ ein Strafverfahren im Ermessen der Staatsanwälte eingestellt werden, „soll“ es regelmäßig eingestellt werden oder „muss“ es in jedem Fall eingestellt werden? Zu dieser Frage gibt es eine unterschiedliche Verwaltungspraxis in den jeweiligen Bundesländern, so dass die Einstellungspraxis bei Wiederholungstätern, Jugendlichen, Menschen auf Bewährung und solchen, die andere Vergehen in den Akten haben, erheblich voneinander abweicht. Teilweise kommt es am Ende doch zu erheblichen Strafen für geringe Mengen. In jedem Fall bleibt es dabei, dass weit über 100.000 Menschen pro Jahr in Deutschland den Stempel „Straftäter“ aufgedrückt bekommen und Polizei und Staatsanwaltschaft diese Verfahren abarbeiten müssen.

Wer in diesem Rahmen eine weitergehende Entkriminalisierung durchführen will, kann also im BtMG festlegen, dass solche Strafverfahren wegen konsumbezogener Delikte immer eingestellt werden „müssen“. Da das BVerfG 1994 auch eingefordert hat, dass die Einstellungspraxis bundesweit einheitlich erfolgen sollte, könnte dann auch die geringe Menge direkt im BtMG definiert werden.

Im Rahmen dieser Systematik ist damit nur ein kleiner Schritt nach vorn möglich. Es gäbe weniger tatsächliche Strafen, aber die Stigmatisierung als Straftäter inklusive Eintrag im Polizeicomputer und der Aufwand bei den Strafverfolgungsbehörden blieben bestehen.

2. Der Besitz geringer Mengen ist keine Straftat mehr, sondern wird als Ordnungswidrigkeit mit Bußgeld geahndet.

Das wäre tatsächlich ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung. Cannabis-konsument_innen würden nicht mehr als Straftäter stigmatisiert. Ähnlich wie beim Falschparken müssten sie ein Bußgeld bezahlen und hätten mit keinerlei weiteren Konsequenzen zu rechnen.

Hierzu einige grundsätzliche Bemerkungen zum Ordnungswidrigkeitenrecht. Eine Ordnungswidrigkeit ist in unserem Rechtssystem eine rechtswidrige und vorwerfbare Handlung, für die das Gesetz eine Ahndung durch eine Geldbuße vorsieht (§ 1 Abs.1 OWiG). Der Unrechtsgehalt einer Ordnungswidrigkeit ist zwar geringer als bei einer Straftat, aber es bleibt ein Fehlverhalten, das der Gesetzgeber sanktioniert. Es gilt anders als im Strafrecht das Opportunitätsprinzip, das den Bußgeldbehörden auch die Möglichkeit einräumt, von der Verfolgung abzusehen, wenn die Zuwiderhandlung unbedeutend ist und kein öffentliches Interesse an der Ahndung besteht. Bußgeldbehörden sind die nach Landesrecht festgelegten Verwaltungsbehörden, im Regelfall die kommunalen Ordnungsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte. In deren Haushalt fließen dann auch die Bußgelder. Die Polizei ist nur ausnahmsweise (z.B. bei Verkehrsordnungswidrigkeiten) mit im Spiel. Die Ermessensspielräume der Bußgeldbehörden sind in vielen Fällen durch Verwaltungsvorschriften stark eingeschränkt. Eine Regelung wie in Portugal sieht das deutsche Ordnungswidrigkeitenrecht bisher nicht vor.

Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, und so scheint es ja auch die Intention der Bundesdrogenbeauftragten zu sein, dass auf der Grundlage einer Ordnungswidrigkeit annähernd 100 Prozent der Betroffenen tatsächlich ein Bußgeld bezahlen müssten, während aktuell die Mehrzahl der entsprechenden Strafverfahren ohne staatliche Sanktion eingestellt wird. Deshalb profitieren nicht alle Konsumenten gleichermaßen von dieser Änderung.

Eine große Erleichterung wäre das für Konsumierende, die derzeit wegen eines Cannabis-Strafverfahrens um ihren Arbeitsplatz oder ihr soziales Renommee fürch-

ten müssen und sich die Zahlung des Bußgeldes ohne Weiteres leisten können. Diejenigen, die durch ein Cannabis-Strafverfahren keinen Job zu verlieren und wenig Geld haben, werden durch die OWi-Lösung stärker sanktioniert als vorher. Ihnen droht sogar Erziehungshaft, wenn sie das Bußgeld nicht zahlen können. Die Wirkung dieser Herabstufung zur Ordnungswidrigkeit bringt also ein soziales Ungleichgewicht mit sich.

Außerdem dürfte die Herabstufung kleiner Cannabisdelikte zur OWi regionale Unterschiede weiter verstärken, anstatt sie wie vom BVerfG gefordert anzugleichen. Denn ein wichtiger Aspekt dieser Umstufung wäre, dass das Legalitätsprinzip nicht mehr greifen würde. Die dann zuständige Bußgeldbehörde muss nicht mehr wie die Polizei bei Straftaten in jedem Fall einschreiten, sondern kann bei Ordnungswidrigkeiten auch mal wegschauen. Das könnte in liberalen Bundesländern dazu führen, dass gegen Cannabiskonsumierende fast gar nicht mehr vorgegangen wird. In repräsentativen Bundesländern könnte ein regelmäßig anfallendes Bußgeld die Motivation der Behörden sogar noch steigern, weil endlich weniger für den Papierkorb gearbeitet wird und in jedem Fall eine staatliche Sanktion erfolgt. Nur deshalb spricht sich zum Beispiel die Bayerische Polizeigewerkschaft für die OWi-Lösung bei „Ersttätern“ aus.

Wie bei den Details der Einstellungsregeln für Strafverfahren käme es auch bei der OWi-Lösung auf das Kleingedruckte an. Wie hoch wäre die geringe Menge? Wie hoch wäre das Bußgeld? Ob sich ein Konsument durch diese Maßnahme entkriminalisiert fühlt, kommt sicher auch darauf an, ob er 50 oder 500 Euro zahlen muss.

Viele Städte und Bundesstaaten in den USA gehen diesen Weg zur Zeit recht konsequent. Ein aktuelles Beispiel: Im April 2020 hat der US-Staat Virginia beschlossen, den Besitz von bis zu einer Unze Cannabis (28,35 g) nur noch ausschließlich mit einem Bußgeld von 25 Dollar zu ahnden (NORML 2020). Zuvor drohten auf dieses Vergehen bis zu 30 Tage Gefängnis und der Entzug des Führerscheins.

Eine offene Frage, die sich bei diesem Modell noch stellt: Wer ist eigentlich dafür zuständig, Verdächtige zu durchsuchen, Ordnungswidrigkeiten festzustellen und die Bußgelder einzutreiben? Weiterhin die Polizei? Städtische Beschäftigte wie bei der Parkraumüberwachung? Und in welche Kasse fließen die Einnahmen aus den Bußgeldern?

Auf all diese Fragen haben die Befürworter_innen einer Bußgeldregelung bisher keine Antworten gegeben.

3. Der Besitz geringer Mengen wird in keiner Weise sanktioniert.

Das BtMG könnte so geändert werden, dass der Besitz einer geringen Menge Cannabis zum Eigenverbrauch ersatzlos aus der Strafbarkeit entlassen wird. Es wäre dann schlicht legal, ein paar Gramm Hanfblüten zu besitzen. Das wäre die konsequenteste Variante der Entkriminalisierung. In diesem Fall würde das Cannabis auch nicht mehr beschlagnahmt. Polizei und Justiz wären auf einen Schlag von über 100.000 Strafverfahren pro Jahr entlastet.

Nach dem im November 2016 in Kraft getretenen “Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz” (NpSG) ist der Erwerb und Besitz der dort geregelten Substanzen (u.a. synthetische Cannabinoide) zwar verboten. Diese Handlungen werden aber im § 5 NpSG weder unter Strafe gestellt noch als Ordnungswidrigkeiten verfolgt. Es gibt überhaupt

keinen vernünftigen Grund, bei Erwerb und Besitz von Cannabis hinter die dort getroffene Regelung zurück zu gehen.

Spätestens hier stellt sich die Frage nach der Motivation der Entscheider. Wollen sie eine Lockerung, weil der öffentliche Druck zu groß wird? Oder haben sie verstanden, dass der Konsum von Cannabis ebenso wie der von Alkohol nicht per se moralisch verwerflich oder eine Gefahr für andere ist? Im letzteren Fall ergibt „ein bisschen Strafe“ im Grunde keinen Sinn. Es käme ja auch niemand auf die Idee, Menschen, die mit einer Bierflasche erwischt werden, mit einem Bußgeld zu belegen. Aus Sicht des Staates gibt es keinen Grund, diese beiden im Wesentlichen gleichen Tatbestände ungleich zu behandeln.

Was ist eine „geringe Menge zum Eigenverbrauch“?

In allen drei Varianten der Entkriminalisierung stellt sich die Frage, bei welchem Wert die Menge festgelegt wird, bis zu der von Eigenkonsum ausgegangen werden kann. Hier offenbart sich, dass im Grunde bei jeder Variante, die eine Obergrenze festsetzt, immer noch Konsumenten staatlicher Verfolgung ausgesetzt sein werden. Es gibt viele einfache Konsumenten, die erheblich größere Mengen Cannabis besitzen als die aktuell diskutierten Werte von 6 bis 30 Gramm. Einige bauen selbst Cannabis an, um Kontakte mit dem Schwarzmarkt zu vermeiden. Sie haben nach der Ernte natürlich einen größeren Vorrat. Andere haben nur unregelmäßig die Möglichkeit zum Einkauf oder wollen zu häufige Kontakte zum Schwarzmarkt vermeiden. Oder sie fahren über die Grenze in die Niederlande und decken sich dort mit einem größeren Vorrat für mehrere Monate ein. Es gibt Menschen, die 100 Gramm und welche, die 1.000 Gramm besitzen, ohne Cannabis zu verkaufen.

Die einzige Möglichkeit, alle Konsumenten zu entkriminalisieren, wäre der Verzicht auf eine konkrete Obergrenze, solange kein Handel nachgewiesen werden kann, oder eine recht hohe Grenze. Die Vorstellung hinter den aktuellen Regelungen, dass jeder Besitz oberhalb von 6 oder 15 Gramm auf potentiellen Handel hindeutet, ist jedenfalls realitätsfremd. Das sollte den Entscheidern bewusst sein, auch wenn sich die Festlegung einer Obergrenze zur Zeit vermutlich nicht wird vermeiden lassen. In den meisten Verfahren geht es aber um den Besitz in der Öffentlichkeit, nicht um die zu Hause gelagerte Erntemenge. Insofern wäre eine tatsächlich legale Besitzmenge von 10 Gramm in der Öffentlichkeit schon ein riesiger Fortschritt.

Fazit

Die massenhafte Strafverfolgung von Cannabiskonsument_innen muss so schnell wie möglich beendet werden. Sie ist unverhältnismäßig, teuer und schädlich.

Die Herabstufung zur Ordnungswidrigkeit wäre ein Schritt in die richtige Richtung, hätte aber auch Nachteile und wäre für manche Konsument_innen sogar eine Verschärfung der Situation.

Die Autoren plädieren dafür, Frieden mit Cannabiskonsumierenden zu schließen und anzuerkennen, dass ihr Verhalten nicht verwerflicher ist als der Konsum von Al-

kohol. Der Besitz geringer Mengen Cannabis zum Eigenverbrauch sollte legal sein und keinerlei staatlicher Sanktion unterliegen.

Abschließend noch Folgendes. Zu Beginn dieses Jahres fand unter den Mitgliedern des Schildower Kreises eine durchaus kontroverse Online-Diskussion zur Sinnhaftigkeit einer Bußgeldregelung für Konsumierende statt. Zum Schluss der Debatte hat Cornelius Nestler, Lehrstuhlinhaber für Strafrecht an der Universität Köln, dazu geschrieben: „Wenn die Bundesregierung an dem Cannabis-Verbot weiter festhält, obwohl dieses Verbot nur Schaden anrichtet, aber keinen Nutzen erbringt, dann soll sie die Konsumenten wenigstens richtig entkriminalisieren, wie sie es schon bei den synthetischen Cannabinoiden im Rahmen des NSPG gemacht hat. So sind die synthetischen Cannabinoide zwar verboten, aber der Besitz ist für die Konsumenten nicht strafbewehrt. Genauso ist der Besitz geringer Mengen von Cannabis nicht nur nicht strafwürdig, sondern er verdient auch keinerlei andere Sanktionen, wie sie die Einstufung als Ordnungswidrigkeit herbeiführen würde.“

Dem ist aus unserer Sicht nichts hinzuzufügen.

Quellen

- infratest dimap, Oktober 2018: Legalisierung von Cannabis 2018 https://hanfverband.de/sites/default/files/181022_hanfverband_graf.pdf
- Positionspapier der SPD-Bundestagsfraktion, 11.02.2020: Cannabis: Neue Wege gehen! <https://www.spdfraktion.de/system/files/documents/positionspapier-cannabis-neue-wege-gehen-20200211.pdf>
- DPolG-TV, 21.01.2020: Drogenbeauftragte der Bundesregierung zu Besuch bei der DPolG Bayern – https://www.youtube.com/watch?v=Hu6eAhtD_Mg
- Merkur, 11.11.2019: Jugendgericht – Bichler verurteilt: Sozialdienst wegen 0,3 Gramm Marihuana <https://www.merkur.de/lokales/bad-toelz/bichl-ort28398/bichler-verurteilt-sozialdienst-wegen-0-3-gramm-marihuana-13211165.html>
- Schwäbische, 05.04.2020: Mit 0,63 Gramm Haschisch aufgegriffen und verurteilt. https://www.schwaebische.de/landkreis/bodenseekreis/friedrichshafen_artikel,-mit-063-gramm-haschisch-aufgegriffen-und-verurteilt_arid,11033917.html
- onetz.de, 24.11.2017: Amberg in der Oberpfalz/ Wegen 0,9 Gramm Marihuana – Haarscharf am Knast vorbei <https://www.onetz.de/amberg-in-der-oberpfalz/vermisches/wegen-09-gramm-marihuana-haarscharf-am-knast-vorbei-d1796945.html>
- NORML, 12.04.2020: Virginia: Governor Approves Bills to Decriminalize Marijuana and Legalize Medical Cannabis <https://blog.norml.org/2020/04/12/virginia-governor-approves-bills-to-decriminalize-marijuana-and-legalize-medical-cannabis/>

Es ist Zeit für eine grundlegend neue Drogenpolitik!

Philine Edbauer & Julia Meisner

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird die Kampagne „Es ist Zeit für eine grundlegend neue Drogenpolitik!“ vorgestellt. Ihr Kern ist eine Petition an die Bundesdrogenbeauftragte und den Gesundheitsminister, die am 1. Juni 2020 von der #mybrainmychoice Initiative zusammen mit Mitstreiter_innen aus Wissenschaft, Parteien und Zivilgesellschaft gestartet wurde. Die Forderung nach einer Fachkommission soll die Kritik von drogenpolitischen Akteur_innen und Personen, die von den Auswirkungen der Kriminalisierung betroffen sind, sichtbar bündeln und auf diese Weise zwei Ziele erreichen: Debatten rund um Drogen und Drogenpolitik aus dem Tabu in den öffentlichen Diskurs bringen und Druck auf die Verantwortlichen machen, den drogenpolitischen Status quo endlich zu überwinden.

2017 haben wir die Initiative #mybrainmychoice gegründet, um die gesamtgesellschaftliche Relevanz und Vielschichtigkeit drogenpolitischer Entscheidungen und den Facettenreichtum des Bereichs Drogenpolitik bekannter und verständlicher zu machen. Die Frage nach einer wünschenswerten drogenpolitischen Gestaltung betrifft nicht nur unmittelbar Betroffene, das heißt Konsument_innen, sondern repräsentiert auch die gesellschaftliche Sicht auf Selbstbestimmung und sozialen Zusammenhalt. Weil es uns daher wichtig ist, weitere Personen für drogenpolitischen Aktivismus zu begeistern, involvieren wir ein wachsendes Netzwerk an Mitstreiter_innen in unsere Tätigkeiten. Wir bringen drogenpolitisch engagierte und interessierte Personen im Rahmen von Events und Workshops mit unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten miteinander in Kontakt, sind zur Vernetzung und politischen Debatte auf Social Media-Kanälen aktiv und informieren in Newslettern über drogenpolitische Entwicklungen. Dabei fördern wir eine wissenschaftsbasierte, differenzierte Debatte, weil Drogenpolitik bei weitem kein einfaches Thema ist, das sich mit einer binären Entscheidung zwischen legal und kriminell beantworten lässt. Wir arbeiten kontinuierlich daran, diese Perspektive allgegenwärtig zu machen – auch mit vertiefenden Debattenbeiträgen in Form von Blogartikeln auf unserer Website, aktuell zu Harm Reduction, Drogentoten und Prävention.

Um unsere Ansprüche an eine gesundheitsfördernde und menschenrechtskonforme Drogenpolitik deutlich zu machen, haben wir im Frühjahr die ersten Monate der Covid-19-Einschränkungen genutzt, um eine umfangreiche Kampagne für einen drogenpolitischen Wandel zu konzipieren. Daraus entstand unsere Petition für eine grundlegend neue Drogenpolitik, die wir zusammen mit zahlreichen Erstunterzeichner_innen aus Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Parteien am 1. Juni gestartet haben und seitdem mit Hintergrundartikeln, Social Media- und Pressearbeit begleiten.

Den Petitionstext haben wir in Rücksprache mit Mitstreiter_innen verfasst, die teils schon seit Jahrzehnten aktivistisch oder wissenschaftlich engagiert sind. Um Anschlussfähigkeit für Personen sicherzustellen, die sich zuvor kaum oder gar nicht mit Drogenpolitik befasst haben, haben wir zusätzlich Feedback von Fachfremden eingearbeitet. Mit der Petition fordern wir von der Bundesdrogenbeauftragten, Daniela Ludwig, sowie dem Gesundheitsminister der Bundesregierung, Jens Spahn, eine unabhängige und transdisziplinäre Kommission unterschiedlicher Expert_innen einzuberufen, die die zukünftige Ausrichtung drogenpolitischer Strategien bestimmt. Damit soll zum einen garantiert werden, dass Drogenpolitik nicht weiter von unqualifizierten Personen getragen wird, zum anderen wird durch die transdisziplinäre Zusammensetzung der Kommission aus Wissenschaftler_innen, Betroffenen und Sozialarbeiter_innen sichergestellt, dass jede gesellschaftliche Gruppe hinreichend berücksichtigt wird. Dabei wird gleichzeitig dem Umstand Rechnung getragen, dass Drogen- und Drogenpolitikforschung von Kriminologie über Kulturwissenschaft bis zur Psychologie in unzähligen Disziplinen betrieben wird und alle Ergebnisse und Erfahrungen dieser Bereiche dringend auf politischer Ebene sichtbar gemacht und in ein drogenpolitisches Konzept einfließen müssen, das einem Anspruch auf Vollständigkeit gerecht wird und die herausfordernde Komplexität einer idealen Gestaltung anerkennt.

Die Kampagne ist unsere Reaktion auf die katastrophale drogenpolitische Gestaltung der letzten Jahrzehnte, deren fatale Folgen – wie eine wachsende Anzahl von Drogentoten, überlastete Hilfeeinrichtungen, steigende Zahl von BtMG-Delikten durch intensivierte Strafverfolgung bei gleichzeitig steigenden Konsumraten – die Bundesregierung nicht veranlasst, von Expert_innen empfohlene drogenpolitische Reformen einzuleiten. Die politischen Entscheidungsträger_innen – wie auch die aktuelle Bundesdrogenbeauftragte Daniela Ludwig – verkennen noch immer die Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels und verteidigen weiterhin repressive Maßnahmen als vermeintlich wichtige Säule der Drogenpolitik. Nachfragen zu wissenschaftlichen Erkenntnissen aus nationaler und internationaler Drogen- und Drogenpolitikforschung sowie die Bedürfnisse von Betroffenen der Kriminalisierung wurden von Daniela Ludwig auf Twitter, in Zeitungsinterviews und auf Abgeordnetenwatch mit respektlosen und unsinnigen Antworten abgewehrt.

Sich nach jahrzehntelangen, erwiesenermaßen schädlichen und gescheiterten repressiven Strategien endlich offen gegenüber einer legal regulierten Abgabe zu positionieren und Konsumierenden illegalisierter Drogen zuzutrauen, ein eigenes Interesse an gesundheitsfördernden und schützenden Rahmenbedingungen zu haben, scheint bei der aktuellen und den vergangenen Bundesdrogenbeauftragten undenkbar zu sein. Nachdem die SPD-Fraktion sich in ihrem Positionspapier vom Frühjahr 2020 positiv zu gewissen Formen der Cannabis-Entkriminalisierung und Modellprojekten positioniert hatte, hat Daniela Ludwig ein Schreiben an die CDU/CSU-Fraktion, der sie als Abgeordnete angehört, verschickt und darin gewarnt, dass eine Cannabis-Debatte „auf uns“ zukomme. In diesem Brief bezieht sie Stellung zu den fünf angeblich gängigsten Pro-Entkriminalisierungs-Argumenten, denen sie jeweils ein Contra-Argument gegenüberstellt. Dabei sind die Darstellungen der befürwortenden Seite sowie Ludwigs Antworten jedoch weit davon entfernt, den aktuellen wissenschaftlichen Stand auch nur annähernd zu erfassen. Präsentiert wird stattdessen eine höchst populistische Debattenführung. Das Schreiben ist im Juli durch eine Anfrage

über [FragdenStaat.de](https://fragdenstaat.de) unter Anwendung des Informationsfreiheitsgesetzes ans Licht gekommen.¹

Auch im Bereich der Prävention wurde nicht dazugelernt. Obschon die Effektivität bisheriger massenmedialer Anti-Drogen Kampagnen nicht nachgewiesen werden konnte, wird nun erneut eine fragwürdige Anti-Cannabis Kampagne realisiert, die statt ergebnisoffenen Gesprächen die stigmatisierende Botschaft „Kiffen ist nicht cool – es ist cool, nicht zu kiffen“ an konsumaffine Kinder und Jugendliche richtet. Gleichzeitig fehlt es nachweislich wirksamen Präventionsprogrammen an finanzieller Ausstattung. Dass die Anti-Cannabis-Kampagne vielmehr eine konservative, parteipolitisch motivierte Strategie gegen die wachsende Cannabis-Legalisierungsbewegung ist, scheint viel naheliegender, als dass es sich um einen Irrtum in der Wahl wirksamer Präventionsmaßnahmen handelt.

Wir begrüßen die Zugeständnisse Ludwigs im Bereich der Harm Reduction – die Anerkennung der positiven Wirksamkeit von Drug Checking, Naloxon-Vergabe und Drogenkonsumräumen (ein sehr wichtigstes Signal an die Verantwortlichen der Bundesländer und Städte, die sich diesen in den Weg stellen) und die Lockerung von Bedingungen bei Substitutionsprogrammen (die unter den besonders gravierenden Notsituationen unter Corona ermöglicht wurden und hoffentlich erhalten bleiben). Fortschritte in der Harm Reduction sind lebensrettend und müssen daher dringend ausgebaut werden. Dabei dürfen jedoch nicht die grundlegenden Mängel der drogenpolitischen Gestaltung und weitere Facetten von Drogenpolitik jenseits dieser mühsam zu erkämpfenden Teil-Aspekte von Harm Reduction vergessen werden. Harm Reduction bedeutet in seiner Konsequenz Entkriminalisierung und legale Regulierung, um durch die Prohibition erzeugte Risiken beim Drogengebrauch (wie Unkenntnis über Dosis und Zusammensetzung) entgegenzuwirken. Noch immer werden Menschen aufgrund von Drogenkonsum stigmatisiert und kriminalisiert, noch immer herrschen intransparente und ungeschützte Marktbedingungen – für Konsument_innen wie auch (Klein-)Dealer_innen.

Leider ist Drogenpolitik ein Thema, dessen Umfang noch nicht annähernd ausreichend im öffentlichen Diskurs präsent ist, um die erforderlichen demokratischen Prozesse anzuschieben. Durch Tabu, Stigma, Irrtümer und grobe Vereinfachungen in medialen Darstellungen von Drogengebrauch stellt es oft schon eine Herausforderung dar, Gespräche über Drogen und Drogenpolitik zu führen, ohne von Gesprächspartner_innen Ablehnung zu erfahren. Größtenteils herrschen seit Jahrzehnten die gleichen Fehlschlüsse und konservativen Deutungsansprüche vor und nur wenige Personen lassen sich auf ergebnisoffene, progressive Debatten über das Schreckensgespenst „Drogen“ ein – was die Erhaltung des Status quo begünstigt.

Trotz über 15.000 Unterschriften hatten wir Ende Juli, nach zwei Monaten, noch keine Reaktion von Frau Ludwig oder Herrn Spahn erhalten. Deshalb haben wir sie am 4. August in einem Offenen Brief an unsere Erwartung an eine drogenpolitische Neugestaltung, die die schädliche und gescheiterte Prohibition endlich beendet, erinnert (Link am Ende des Artikels). Seit Jahren bleibt die ernsthafte Beschäftigung mit Drogenpolitik seitens der Verantwortlichen aus, obwohl regelmäßig Expert_innen an

¹ fragdenstaat.de/blog/2020/07/24/drogenbeauftragte-warnt-unionsfraktion-vor-cannabis-diskussion-cannabis-ist-verboten/

die politischen Entscheidungsträger_innen herantreten. Das Aussitzen längst anstehender und dringend notwendiger Reformen muss endlich ein Ende haben.

Es ist Zeit, einen Paradigmenwechsel einzuleiten, durch den Gesundheitsförderung und lebenserhaltende Maßnahmen für Drogenabhängige nicht mehr kontinuierlich erkämpft werden müssen, sondern selbstverständlich werden. Die Petition ist unser Instrument, den Wunsch nach einer grundlegend neuen Drogenpolitik in der gemeinsamen Forderung nach einer Fachkommission zu bündeln und mithilfe einer wachsenden Stimmenzahl Tabu, Kriminalisierung und das damit einhergehende Stigma zu überwinden.

Weiterführende Informationen:

Die Petition: change.org/neue-drogenpolitik

Die Partner_innen: mybrainmychoice.de/partner

Der Brief: mybrainmychoice.de/offener-brief

Alle Infos und Blog-Artikel rund um die Petition: linktr.ee/mybrainmypetition

Repression und kein Ende?! Erneute Würdigung der polizeilichen Zahlen zur Kriminalisierung von Drogengebraucher_innen

Hans Cousto & Heino Stöver

Einleitung

Warum „erneute“ Würdigung der polizeilichen Zahlen zur Kriminalisierung von Drogengebraucher_innen? Weil sich die Risiken für Drogenkonsument_innen und unsere Gesellschaft insgesamt durch die Prohibitionsfolgen seit unserer letzten Berichterstattung 2017 weiter erhöht haben: Am 24. März 2020 stellte Bundesinnenminister Horst Seehofer die Kriminalstatistik für das Jahr 2019 vor. Seit dem Jahr 2017 ist die Fallzahl bei „*Straftaten insgesamt*“ rückläufig. Im Berichtsjahr 2019 wurden bundesweit insgesamt 5.436.401 Straftaten registriert und somit ein Rückgang von -2,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet. Bei den Delikten betreffend Verstöße gegen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) wurde hingegen eine Zunahme von 2,6 Prozent registriert. Delikte in Bezug auf das BtMG sind in erster Linie reine Kontrolldelikte, das heißt, die Zahl der registrierten Delikte hängt vor allem von der Fahndungsintensität seitens der Polizei ab. Offenbar nutzt die Polizei die frei gewordenen Kapazitäten vor allem um Drogenkonsumenten – Personen, die zumeist anderen Personen keinen Schaden zufügen – zu verfolgen.

Hinweise zu den Daten

Wegen der Änderung des staatlichen Bereiches sind die Daten seit 1991 mit denen der Vorjahre nur bedingt vergleichbar. Die Zahlen bis 1990 beinhalten die Delikte der alten Bundesländer einschließlich des Landes West-Berlin, die Zahlen der Jahre 1991 und 1992 beinhalten die Delikte der alten Bundesländer einschließlich Gesamt-Berlin, in den Zahlen ab 1993 sind die Delikte aller Bundesländer enthalten.

Ein Tatverdächtiger, für den im Berichtszeitraum mehrere Fälle der gleichen Straftat in einem Bundesland festgestellt wurden, wird nur einmal gezählt. Vor 1983 waren Personen, gegen die im Berichtsjahr mehrfach ermittelt wurde, immer wieder erneut gezählt worden. Wegen Ablösung dieser Mehrfachzählung, die zu stark überhöhten und strukturell verzerrten Tatverdächtigenzahlen führte, durch die jetzige „echte“ Zählung, ist ein Vergleich zu früheren Jahren nur eingeschränkt möglich. Wegen Änderung der Statistik gibt es für 1983 keine Daten zur Zahl der Tatverdächtigen.

BKA Wiesbaden: PKS, Rauschgift Jahresberichte und PKS der Bundesländer (ab S. 11). Es gilt die Datenlizenz Deutschland – Namensnennung – Version 2.0.

Die von Hans Cousto gefertigten Grafiken sind dem TAZ-Blog Drogerie <https://blogs.taz.de/drogerie/> entnommen.

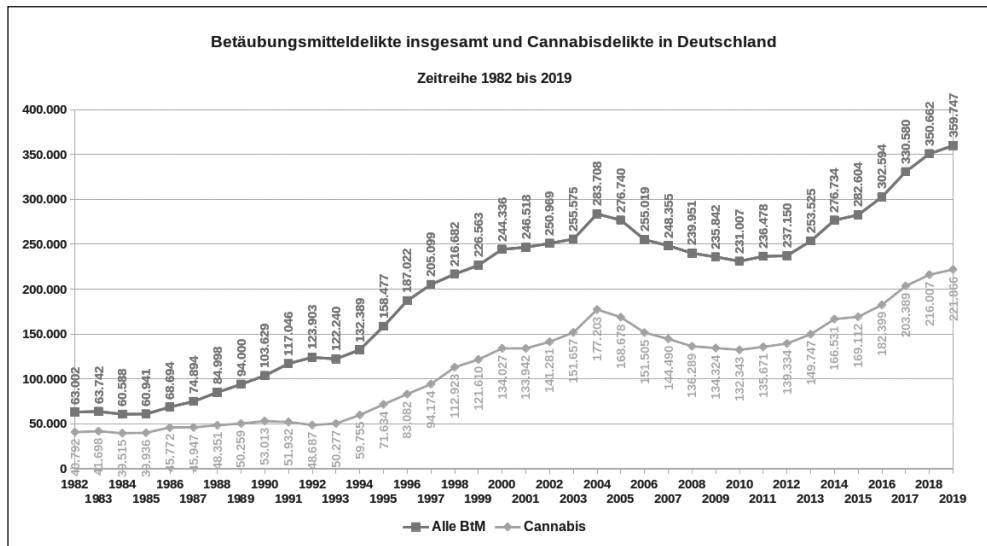


Abb. 1: Zeitreihe der polizeilich registrierten Delikte bezüglich Verstoßes gegen das BtMG von 1982 bis 2019 (dunkle Linie) sowie der Delikte betreffend Cannabis (helle Linie).

Im Jahr 1993, als zum ersten Mal nach dem Beitritt der sogenannten „neuen Bundesländer“ zur Bundesrepublik eine gesamtdeutsche Kriminalstatistik erschien, lag die Zahl der erfassten Verstöße gegen das BtMG nicht einmal halb so hoch wie heute. Im Jahr 1993 lag diese bei 122.240, im Jahr 2019 lag diese bei 359.747. Dies entspricht einem Anstieg um 194,3 Prozent. Bei den auf Cannabis bezogenen Delikten stieg im gleichen Zeitraum die Zahl der erfassten Delikte sogar um mehr als das Vierfache, nämlich von 50.277 im Jahr 1993 auf 221.866 im Jahr 2019. Dies entspricht einem Anstieg um 341,3 Prozent.

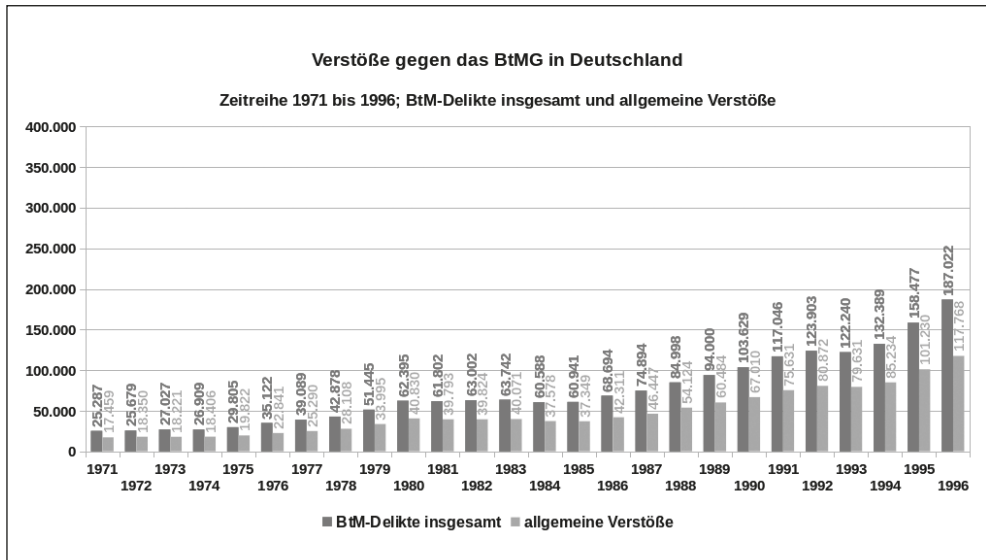


Abb. 2: Verstöße gegen das BtMG, BtM-Delikte insgesamt und allgemeine Verstöße, Zeitreihe 1971 bis 1996.

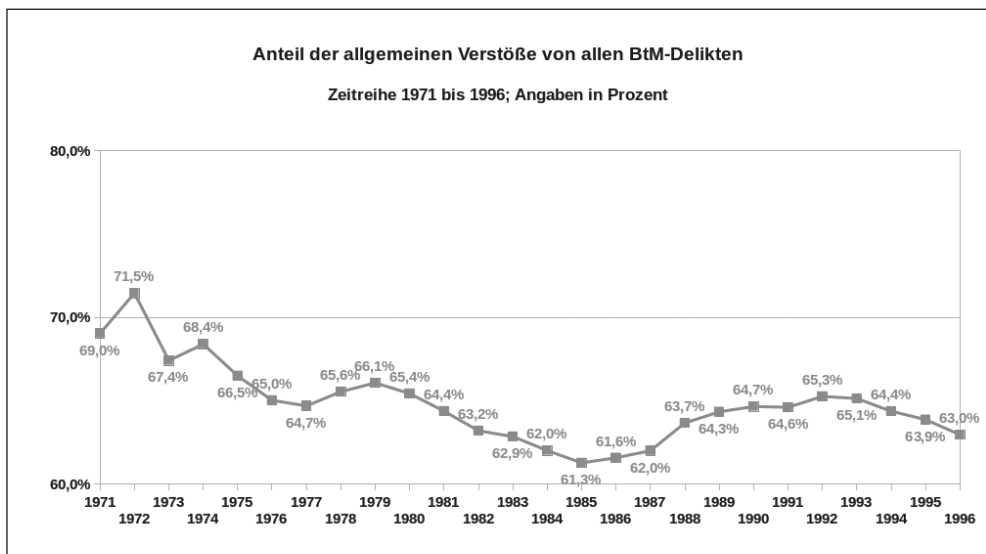


Abb. 3: Prozentwerte der Relation der allgemeinen Verstöße zu allen BtMG-Delikten als Zeitreihe von 1971 bis 1996.

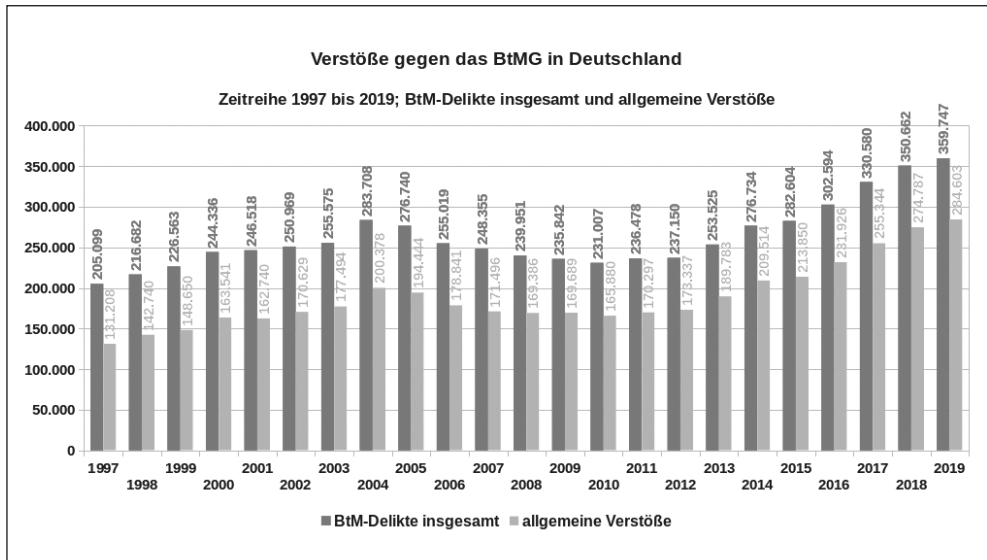


Abb. 4: Verstöße gegen das BtMG, BtM-Delikte insgesamt und allgemeine Verstöße, Zeitreihe 1997 bis 2019.

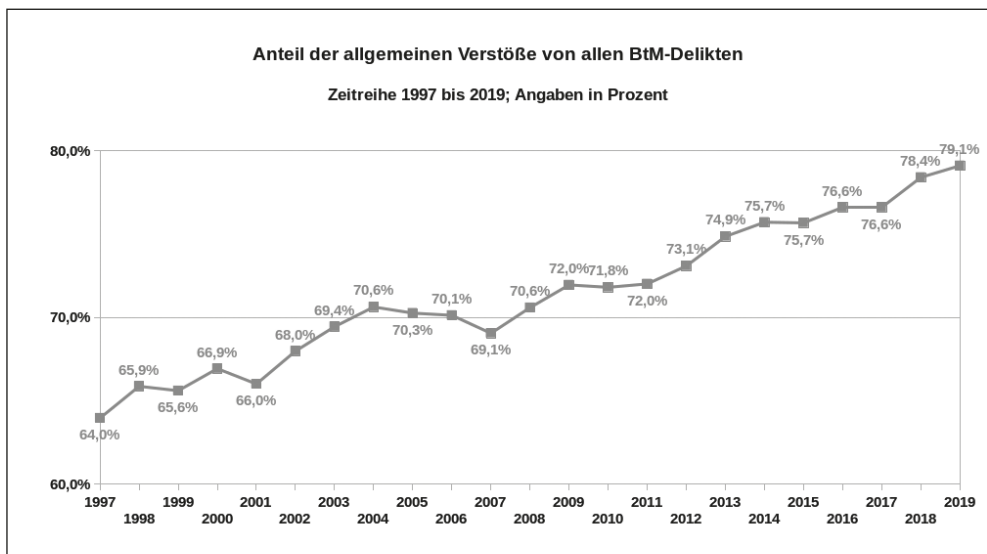


Abb. 5: Prozentwerte der Relation der allgemeinen Verstöße zu allen BtMG-Delikten als Zeitreihe von 1997 bis 2019.

Als im Winter 1971/72 das neue Betäubungsmittelgesetz in Kraft trat, verkündete die Bundesregierung, dass mit dem Gesetz in erster Linie die Verfolgung der Drogenhändler und Drogenschmuggler beabsichtigt sei und erleichtert werden solle. Die Höchststrafe wurde zur Abschreckung von drei auf zehn Jahre heraufgesetzt. Am 1. Januar 1982 wurde nach einer Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes die Höchststrafe von zehn auf 15 Jahre angehoben.

Obwohl mit dem BtMG in erster Linie Händler_innen und Schmuggler_innen verfolgt werden sollten, lag der Anteil der auf den Konsum bezogenen Delikte (allgemeine Verstöße gemäß §29 BtMG) nie unterhalb von 60 Prozent. Bis kurz nach der Jahrtausendwende schwankte der besagte Anteil stets zwischen 60 Prozent und 70 Prozent (einzige Ausnahme 1972), um dann im Jahr 2004 seit Jahrzehnten wieder die 70 Prozent Marke zu überschreiten. Im Jahr 2019 erreichte dieser Anteil den neuen historischen Höchstwert von 79,1 Prozent. Die Repression gegen die Drogenkonsument_innen hat in den letzten Jahren ein Rekordniveau erreicht. In den folgenden vier (zwei) unten stehenden (oben stehenden) Grafiken ist der Trend in den letzten Jahrzehnten gut ersichtlich.

Innerhalb der letzten zehn Jahre stieg die Zahl der erfassten BtM-Delikte insgesamt um 56 Prozent, die Zahl der erfassten rein auf den Konsum bezogenen Delikte stieg sogar um 72 Prozent. Im letzten Jahrhundert lag der Anteil der auf den Konsum bezogenen Delikte deutlich unter 70 Prozent, in einigen Jahren sogar nur wenig mehr als 60 Prozent. Im neuen Jahrtausend lag der Anteil in den ersten Jahren noch deutlich unter 70 Prozent, erreichte im Jahr 2004 erstmals einen Wert von mehr als 70 Prozent und lag 2019 fast bei 80 Prozent.

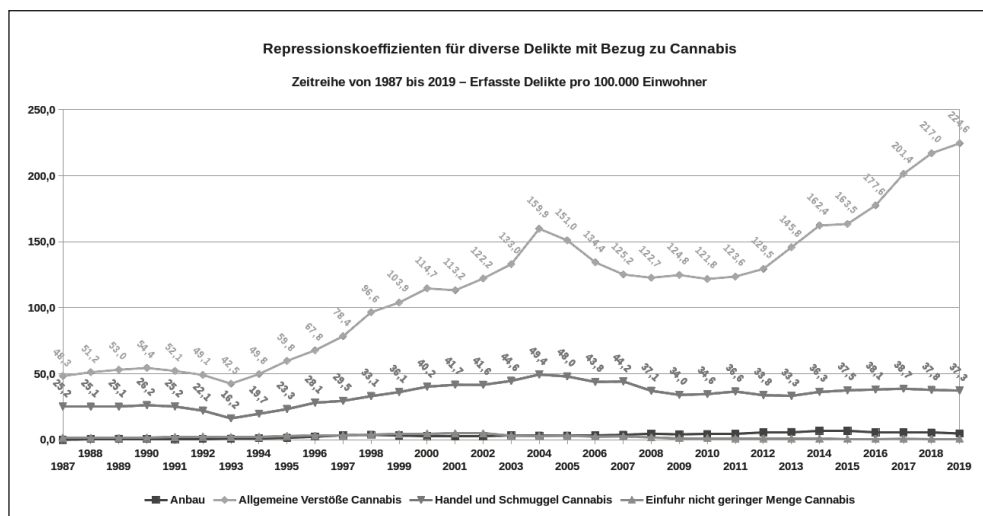


Abb. 6: Repressionskoeffizienten für diverse Delikte mit Bezug zu Cannabis als Zeitreihe von 1987 bis 2019. Die grüne Linie zeigt die auf den Konsum bezogenen Delikte (allgemeine Verstöße), die rote Linie die Delikte in Bezug auf Handel und Schmuggel, die hellbraune Linie die Delikte in Bezug auf die Einfuhr nicht geringer Mengen und die blaue Linie zeigt die Entwicklung bezüglich des illegalisierten Anbaus von Hanf.

Um das Ausmaß der Repression gegen Cannabiskonsumenten zu veranschaulichen, ist es sinnvoll, die Zahl der erfassten Delikte in Relation zur Bevölkerung zu setzen. In der Kriminalistik spricht man hier von Häufigkeitszahlen, Expert_innen im Fachbereich Drogenpolitik nennen diese Zahlen auch Repressionskoeffizienten, da die Zahlen vor allem die Kontrollintensität seitens der Polizei widerspiegeln.

Im Jahr 2019 stieg der Repressionskoeffizient bei den auf Cannabiskonsum bezogenen Delikte auf dem Rekordwert von 224,6 Delikte pro 100.000 Einwohner, was einer Zunahme von 40 Prozent gegenüber dem Wert von 2004 entspricht – 2004 erreichten die erfassten BtM-Delikte ein Rekordniveau, um danach wieder etwas zu sinken. Bei den auf Handel und Schmuggel bezogenen Delikten lag die Zahl der Delikte mit Bezug zu Cannabis im Jahr 2019 bei 37,3 pro 100.000 Einwohner, was 24,5 Prozent weniger sind als 2004. Im Vergleich zum Zeitpunkt vor eineinhalb Jahrzehnten, als die Repressionskoeffizienten einen neuen Höchststand erreichten, hat die Repression gegen Cannabiskonsumenten deutlich zugenommen, beim Handel und Schmuggel ist dies jedoch nicht der Fall.

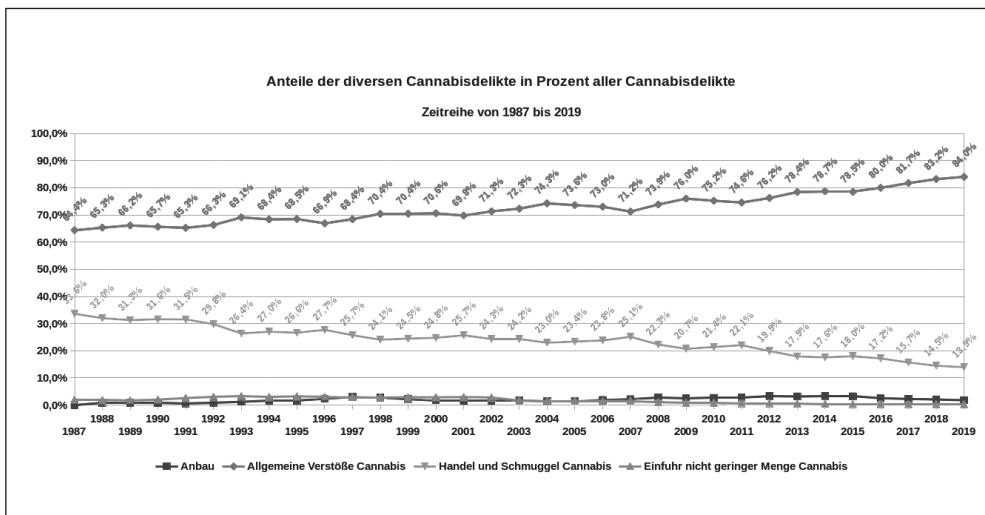


Abb. 7: Anteile der diversen Cannabisdelikte als Zeitreihe von 1987 bis 2019. Der illegale Anbau erreichte 2019 einen Anteil von 1,8 Prozent und die illegale Einfuhr in nicht geringen Mengen einen Anteil von 0,2 Prozent.

In den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts lag der Anteil der allgemeinen Verstöße bei den Cannabisdelikten bei 65 Prozent und der Anteil bezüglich Handel und Schmuggel bei etwas über 30 Prozent. In der Folge stieg der Anteil der allgemeinen Verstöße nahezu kontinuierlich und der Anteil bezüglich Handel und Schmuggel sank hingegen nahezu kontinuierlich. Im letzten Jahr erreichte der Anteil der allgemeinen Verstöße einen neuen Spitzenwert mit 84,0 Prozent und der Anteil bezüglich Handel und Schmuggel den tiefsten Wert aller Zeiten mit 13,9 Prozent. Anbau und Einfuhr

von nicht geringen Mengen machten zusammen etwa zwei Prozent der Cannabisdelikte aus.

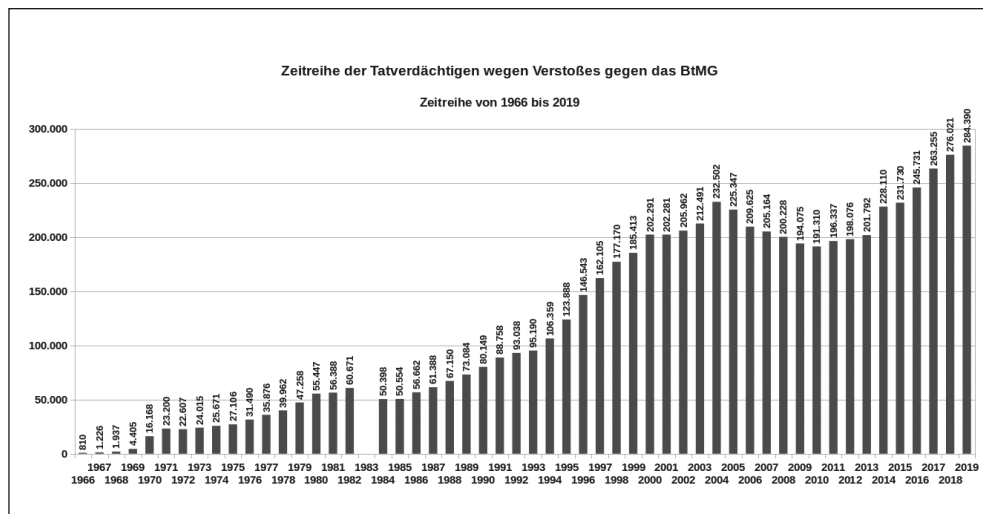


Abb. 8: Zeitreihe der Tatverdächtigen wegen Verstoßes gegen das BtMG von 1960 bis 2019.

Bis 1966 lag die Zahl der jährlich erfassten Tatverdächtigen wegen Verstoßes gegen das Opiumgesetz in der Bundesrepublik Deutschland (einschließlich West-Berlin) deutlich unter Eintausend. Erst 1967, dem Jahr in dem die Studentenrevolte sich bundesweit auszubreiten begann und der Student Benno Ohnesorg bei einer Demonstration gegen den Besuch des Schahs von Persien von der Polizei erschossen wurde, registrierten die Behörden über 1.000 Tatverdächtige. Vier Jahre später registrierten die Behörden bereits über 20.000 Tatverdächtige. Das Opiumgesetz wurde instrumentalisiert, um die Protestwelle an den Schulen und Universitäten einzudämmen.

In den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts verdoppelte sich die Zahl der Tatverdächtigen und erreichte in der Folge im Jahr 2004 mit 232.502 einen absoluten Spitzenwert. Danach sank die Zahl kontinuierlich bis 2010 und danach stieg sie wieder kontinuierlich an und überflügelte 2016 erstmals die Anzahl von 2004 und erreichte einen neuen historischen Spitzenwert mit 245.731 Tatverdächtigen. Auch im Jahr 2019 stieg die Zahl der registrierten Tatverdächtigen deutlich auf 284.390, was einer Zunahme um 3,0 Prozent in Jahresfrist entspricht.

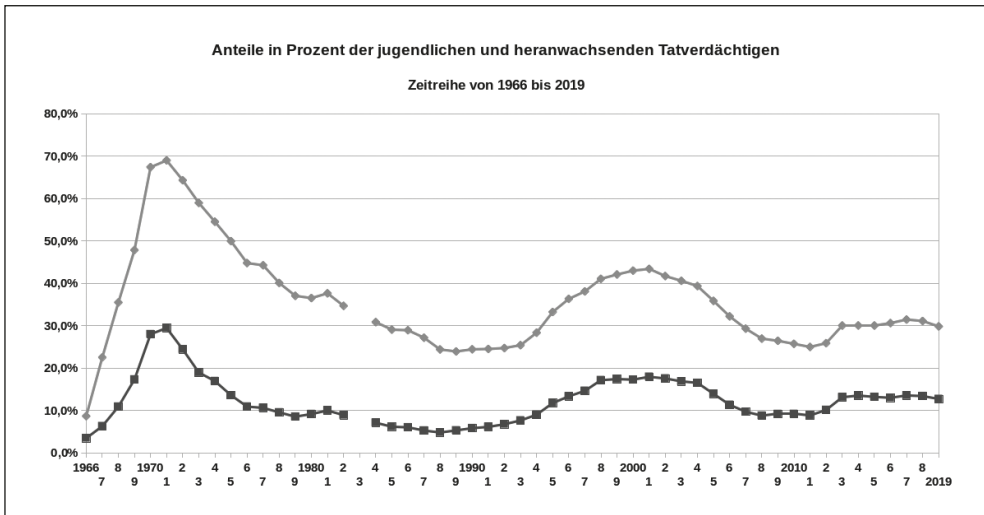


Abb. 9: Anteile in Prozent der jugendlichen und heranwachsenden Tatverdächtigen als Zeitreihe von 1966 bis 2019. Rote Linie: unter 21 Jahre; blaue Linie: unter 18 Jahre.

In den Jahren von 1932 bis 1939 lag die Zahl der jährlich erfassten Rauschgiftvergehen im Deutschen Reich insgesamt durchschnittlich bei 1.200 und es wurden durchschnittlich knapp 1.000 Tatverdächtige ermittelt. Der Anteil der Jugendlichen lag dabei zumeist deutlich unter 1 Prozent (1936: 0%; 1937: 0,2%). Zwischen 1956 und 1966 lag die Zahl der Tatverdächtigen wegen Verstoßes gegen das Opiumgesetz stets unter 1.000 und der Anteil der Minderjährigen (unter 18 Jahren) schwankte zwischen 0,3 Prozent und 1,7 Prozent. Durch die Instrumentalisierung des Opiumgesetzes zur Repression gegen die revoltierenden Studenten und Hippies im Jahr 1967 stieg der Anteil der minderjährigen Tatverdächtigen (unter 18-jährige) auf 29,4 Prozent an. Nach der Einführung des neuen Betäubungsmittelgesetzes im Winter 1971/72 sank der Anteil jugendlicher Tatverdächtiger wieder.

Noch deutlicher wird die Entwicklung bei der Einbeziehung der heranwachsenden Tatverdächtigen. Waren im Jahr 1966 nur knapp 10 Prozent aller Tatverdächtigen unter 21 Jahre alt, so stieg dieser Anteil bis 1971 auf knapp 70 Prozent an. Nach der Einführung des neuen Betäubungsmittelgesetzes ist der Anteil junger Tatverdächtiger bis 1988 kontinuierlich zurückgegangen. Bei den unter 18-jährigen lag er 1988 bei 4,8 Prozent. Nur 24,4 Prozent der Tatverdächtigen waren unter 21 Jahren alt.

In den 90er Jahren wurde das Betäubungsmittelgesetz, wenn auch nicht ganz so intensiv wie Ende der 60er, erneut instrumentalisiert, um eine aufkommende Jugendkultur in Schach zu halten und die an dieser Kultur partizipierenden Menschen einem intensiven Kontrollsystem zu unterwerfen.

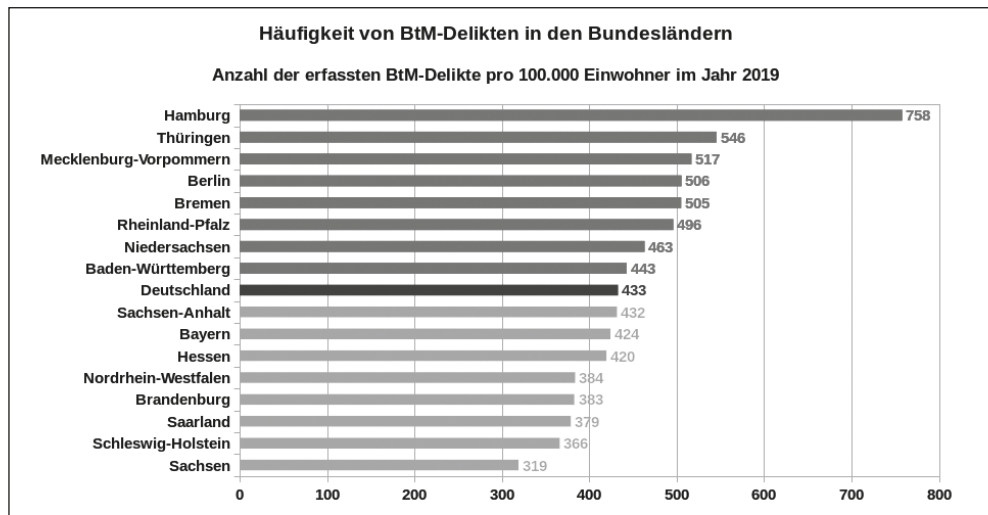


Abb. 10: Häufigkeit von BtM-Delikten in den Bundesländern – Anzahl der erfassten BtM-Delikte pro 100.000 Einwohner im Jahr 2019. Datenquellen: PKS der Bundesländer

Die Zahl der erfassten Drogendelikte in einem bestimmten Gebiet hängt vor allem von der Intensität der offensiven Fahndung ab. Drogendelikte sind hauptsächlich sogenannte Kontrolldelikte, ihre Zahl hängt vor allem mit der Zahl der kontrollierten Personen zusammen. Die Anzahl der erfassten Delikte pro 100.000 Einwohner in einem bestimmten Gebiet bezeichnet man in drogenpolitischen Kreisen als Repressionskoeffizient (in Polizeikreisen als Häufigkeitszahl oder Belastungszahl). Die Zunahme des Repressionskoeffizienten bezeichnet man als Repressionsexpansionskoeffizienten. Die hier wiedergegebenen Daten sind den polizeilichen Kriminalstatistiken der Bundesländer entnommen.

Hamburg hat den höchsten Repressionskoeffizienten

In Hamburg hat die Repression in Sachen Drogen 2018 stärker zugenommen als in allen anderen Bundesländern. Der Repressionskoeffizient stieg in Hamburg in Jahresfrist um 25 Prozent. Und von 2018 auf 2019 stieg er weiter an, der Anstieg betrug etwas weniger als fünf Prozent. Hamburg ist somit nach wie vor das Bundesland mit dem höchsten Repressionskoeffizienten, hat also die höchste Anzahl an erfassten BtM-Delikten pro 100.000 Einwohner. Über 750 BtM-Delikte pro 100.000 Einwohner wurden dort im Jahr 2019 registriert. Andy Grote (SPD) hat den Posten des Innen- und Sportsenators in Hamburg seit Januar 2016 inne. Aufgrund der hier gezeigten Daten kann Andy Grote mit Fug und Recht als aktivster Repressionist in Deutschland bezeichnet werden. Ob sein Aktionismus jedoch hilft, die akuten Probleme auf dem Hamburger Drogenschwarzmarkt zu lösen, ist bei Fachleuten umstritten.

Thüringen auf Rang 2

Thüringen lag 2019 in Sachen Repressionskoeffizienten wie im Jahr davor auf Rang II. In Thüringen hat zwar die Zahl der registrierten BtM-Delikte in Jahresfrist um

etwa zehn Prozent abgenommen, doch mit 546 BtM-Delikten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2019 reicht es immer noch für Rang II. Im Jahr 2018 wurden noch 611 BtM-Delikte pro 100.000 Einwohner registriert.

Es ist schon bemerkenswert, dass in Hamburg, wo die SPD und die Grünen regieren, der Repressionskoeffizient höher ist, als in allen anderen Bundesländern. Thüringen erreicht mit einer Regierung von Linke, SPD und Grüne Rang II in der Repressionskala. Offenbar scheinen Wahlversprechen von Parteien keinen großen Einfluss auf die real umgesetzte Politik zu haben.

Mecklenburg-Vorpommern auf Rang 3

In Mecklenburg-Vorpommern wurden 2019 insgesamt 8.321 BtM-Delikte registriert, im Vergleich zum Vorjahr mit 6.633 registrierten BtM-Deikten entspricht dies einer Zunahmen um 1.688 Delikte respektive um 25,4 Prozent. Mecklenburg-Vorpommern hat es so von Rang XI im Jahr 2018 auf Rang III der Rangliste der repressivsten Bundesländer in Sachen Drogenfahndung geschafft.

Berlin und Bremen etwa gleich – Sachsen am wenigsten repressiv

Sachsen liegt wie im Jahr 2018 wieder auf Rang 16 und hat somit den niedrigsten Repressionskoeffizienten bezüglich Drogenfahndung. Berlin liegt wie im Vorjahr auf Rang 4 deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Bremen war 2018 noch repressiver als Berlin (ein Rang vor Berlin) doch 2019 war Bremen weniger repressiv als Berlin (ein Rang hinter Berlin).

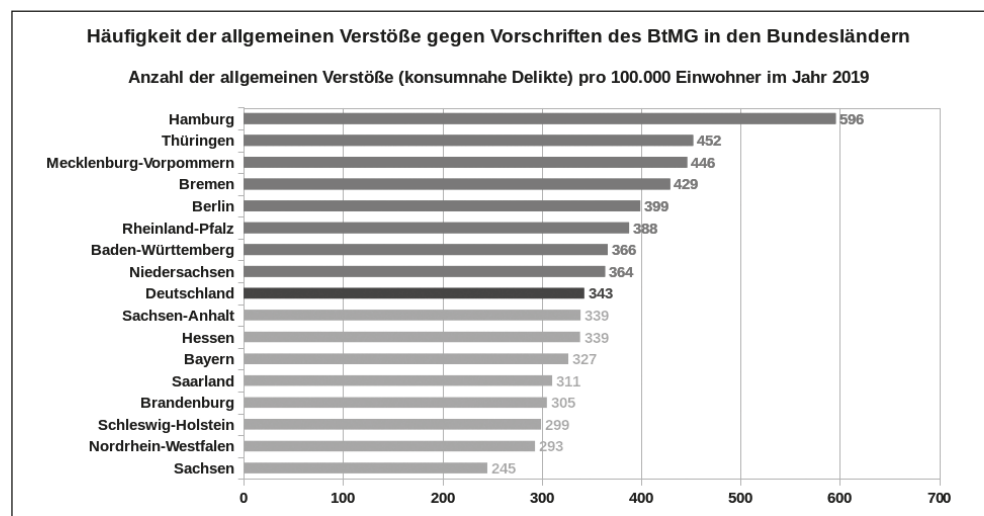


Abb. 11: Häufigkeit der allgemeinen Verstöße gegen Vorschriften des BtMG in den Bundesländern – Anzahl der allgemeinen Verstöße (konsumnahe Delikte) pro 100.000 Einwohner im Jahr 2019.

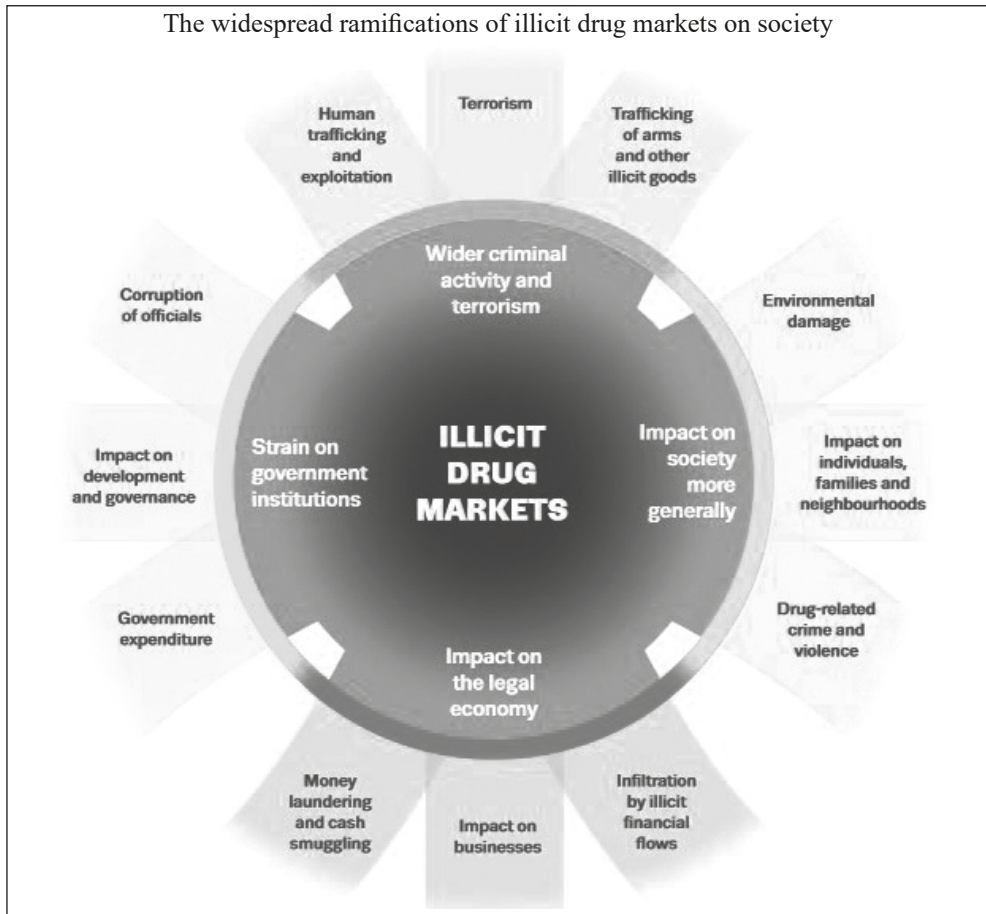
Unter ‚Allgemeinen Verstößen‘ versteht man ‚konsumnahe Delikte‘ (BKA), wie Erwerb und Besitz von Betäubungsmitteln zum eigenen Verbrauch. Kauf und Verkauf sowie der Import auch von geringen Mengen fallen nicht in die Klassifizierung von Allgemeinen Verstößen, sondern werden unter Handel & Schmuggel registriert und geahndet. Bei den allgemeinen Verstößen liegen wie bei der Gesamtzahl der erfassten BtM-Delikten Hamburg auf Rang 1, Thüringen auf Rang 2 und Mecklenburg-Vorpommern auf Rang 3. Sachsen liegt auch hier auf Rang 16.

Das Scheitern der Prohibition

Nicht nur in Deutschland, sondern auch weltweit lässt sich das Scheitern der Prohibition belegen: Sie ist nicht in der Lage – selbst durch große, medial inszenierte, Sicherstellungsmengen – das Drogenangebot zu verknappen, als Preisregulativ zu wirken, oder gar die Drogennachfrage zu reduzieren. Die UNODC zeigt in ihren jährlichen Weltdrogenberichten darüber hinaus auf, dass trotz oder wegen der Prohibition sich politische, ökonomische, gesundheitliche, soziale Probleme verschärft haben (UNODC 2020):

- Anstieg der relativen und absoluten Zahl von Drogengebraucher_innen bspw. in den letzten 10 Jahren
- Drogenmärkte werden immer komplexer, v.a. durch hunderte von synthetischen Drogen
- Zunahme nicht-medizinischen Gebrauchs von Drogen (Opioide, z.B. Fentanyl)
- Schnelle Marktveränderungen: synthetische Drogen ersetzen Opioide in Zentralasien und der Russischen Föderation etc.

Armut, geringe Bildungschancen und soziale Marginalisierung erhöhen die Risiken für Drogenprobleme und verschlimmern ihre Konsequenzen: Gewalt und Suizide werden von der UNODC beispielhaft dafür genannt. Leider werden die durch die Prohibition ausgelösten Probleme weder im UNODC Weltdrogenbericht, noch im Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten angesprochen, geschweige denn analysiert! Allerdings lassen sich auch Gegenströmungen messen, z.B. in der Zusammenschau der Auswirkungen illegaler Drogenmärkte durch die EMCDDA und Europol:



Die weitreichenden –Konsequenzen illegaler Drogenmärkte auf die Gesellschaft
Quelle: EMCDDA/Europol (2016):

„Unbeabsichtigte Nebenwirkungen“

Wir können davon ausgehen, dass einzelne Politiker_innen und Entscheidungsträger_innen die schädlichen Wirkungen der Prohibition nicht beabsichtigen (Reuter 2009). Prohibition ist ein fast Jahrhundert altes Konstrukt, das von Strafverfolgungsbehörden, Justiz, Administrationen, und Politiker_innen angewendet und umgesetzt wird. „Unbeabsichtigt“ deshalb, weil Nebenwirkungen bei den Versuchen der Zielerreichung (Eliminierung des Drogenangebots, Senkung der Drogennachfrage) entstanden sind. Dass diese Nebenwirkungen eine erhebliche Dynamik von gesundheitlich, sozialen, rechtlichen und ökonomischen Problemen, Stigmatisierung und sozialen Ausschluss aufweisen, wird von den Protagonisten der Prohibition meist übersehen-. Jedenfalls wird die Wucht dieser Dynamik massiv unterschätzt und eher den Drogenwirkungen, als den Drogenpolitikwirkungen zugeschrieben. Die Prohibition wird unisono

als ‚Gutmenschenpolitik‘ inszeniert, die nur das Beste für v.a. junge Menschen will. Diese öffentliche Selbstinszenierung lebt geradezu von der Tabuisierung negativer Folgen, und der unbefleckten Wiederholung des „Wir wollen-nur-das-Beste“ – Mantras ihrer Befürworter. Die Prohibition verbietet sich selbst eine In-Frage-Stellung, weil sie grundsätzlich gut und rein ist, und in ihrem „wishful thinking“ nicht lange nach der jemaligen Realisierbarkeit (abgesehen von der Wünschenswertigkeit) ihrer Ziele fragt – und gefragt werden will.

Aber die unbeabsichtigten Nebenwirkungen der Prohibition sind immens: Stärkung und Profitsicherung der Organisierten Kriminalität und Korruption in vielen gesellschaftlichen Bereichen auf der strukturellen, und traumatische Erlebnisse mit Strafverfolgungs-/Strafvollzugsorganen, Kontakt zu kriminellen Netzwerken, Diskriminierung und viele andere soziale und vor allem gesundheitliche Problematiken auf der individuellen Ebene (Bretteville–Jensen et al. 2017; MacCoun/Reuter 2001) – wobei es viele Überschneidungen beider Ebenen gibt (Gusfield 1986), z.B. die Wirkungen der Massenkriminalisierung auf die Behandlung bestimmter Infektionskrankheiten z.B. für HIV (The Vienna Declaration 2010) und HCV (Ford/Bressan 2014).

Fazit

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Daniela Ludwig (CSU) betonte zu Beginn ihrer Amtszeit immer wieder, dass es bei der Drogen- und Suchtpolitik an der Zeit sei, endlich mehr offene Dialoge zu führen statt ideologiebasierter Debatten. Sie hatte erkannt, dass die bisherige Politik nicht zielführend ist. Trotz stetiger und massiver Intensivierung der Repression in den letzten Jahrzehnten hat die Zahl der Konsumenten illegalisierter Substanzen nicht ab- sondern zugenommen. Inzwischen ist offenbar der parteipolitische Druck auf die Drogenbeauftragte so groß geworden, dass sie sich voll und ganz der von CDU/CSU vorgegebenen Ideologie verpflichtet fühlt.

Angesichts der fehlenden wissenschaftlichen Basis und Evidenz für die gegenwärtige Drogenpolitik ist eine grundlegende Novellierung des BtMG mehr als überfällig. Zur Schadensminderung im Bereich Drogengebrauch braucht es nicht nur eine nachvollziehbare rationale Rechtskultur sondern auch eine rationale Bewusstseinskultur. Wahrlich eine große Herausforderung für die Bundesregierung, für den Gesundheitsminister und für die Drogenbeauftragte Daniela Ludwig.

Literatur

- Bretteville–Jensen, A.L./Mikulic, S./Bem, P., Papamalis, F./Harel-Fisch Y./Sierosławski, J./ ... Storti, C.C. (2017): Costs and unintended consequences of drug control policies. Report by the expert group on possible adverse effects and associated costs of drug control policies. Council of Europe. Online verfügbar unter: <https://rm.coe.int/costs-and-unintended-consequences-of-drug-control-policies/16807701a9>; letzter Zugriff 31.07.2020.
- EMCDDA/Europol (2016): EU-Drugs Markets Report. In-depth Analysis. Online verfügbar unter: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF>; letzter Zugriff: 31.07.2020.

- Ford, C./Bressan, J. (2014): Ending the mass criminalisation of people who use drugs: a necessary component of the public health response to hepatitis C. In: BMC Infect Dis 2014; 14(Suppl 6): S4. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178555/>; letzter Zugriff: 3.8.2020.
- Gusfield, J. R. (1986): Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement. Illini books edition.
- MacCoun, R. J./Reuter, P. (2001): RAND studies in policy analysis. Drug war heresies: Learning from other vices, times, and places. Cambridge University Press.
- Reuter, P. (2009). The unintended consequences of drug policies: Report 5. Santa Monica, CA: RAND Corporation. Online verfügbar unter: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR706.html; letzter Zugriff: 31.07.2020.
- The Vienna Declaration (2010): The criminalisation of illicit drug users is fuelling the HIV epidemic and has resulted in overwhelmingly negative health and social consequences. A full policy reorientation is needed. Online verfügbar unter: <http://viennadeclaration.com/wp-content/uploads/2011/04/Vienna-Declaration-Download.pdf>; letzter Zugriff: 03.08.2020.
- UNODC (2020): World Drug Report 2020. Vienna/Austria. Online verfügbar unter: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf; letzter Zugriff: 31.07.2020.

Regulierungsvorschläge am Beispiel von MDMA und Cannabis: Entwürfe vom 1. Antiprohibitionistischen Kongress „Vom Schaden der Prohibition“

Schildower Kreis, aufgezeichnet von Bernd Werse

Zusammenfassung

Ausgehend von Präsentationen auf dem 1. Antiprohibitionistischen Kongress des Schildower Kreises 2019 werden Vorschläge für eine legale Regulierung von MDMA und Cannabis vorgestellt. Die für MDMA (Ecstasy) präsentierten Eckpunkte können dabei als beispielhaft für eine Reihe weiterer Drogen, v.a. Psychedelika und Amphetaminderivate, gelten. Sie beinhalten u.a. Einschränkungen im Hinblick auf Anzahl und Öffnungszeiten der einzurichtenden Fachgeschäfte sowie begrenzte Ausgabemengen. Letztere sind bei den Regulierungsvorschlägen für Cannabis etwas großzügiger gestaltet, ebenso wie die Ausgestaltung der Verkaufsstellen. Konkrete, abgestufte Vorschläge werden für Jugendschutzmaßnahmen nach einer Legalisierung gemacht.

Der Schildower Kreis ist ein interdisziplinäres Expertennetzwerk, das eine evidenzbasierte Drogenpolitik fordert und sich insbesondere gegen Drogenverbote einsetzt. Am 8. November 2019 hat dieser Kreis den ersten antiprohibitionistischen Kongress in Frankfurt veranstaltet.

Experten aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und Praxisbereichen berichteten und diskutierten über rechtsphilosophische Fragen des Drogenverbots, Praxisprobleme bei der Umsetzung desselben, historische Hintergründe für die weltweite Prohibition, Kosten und Aufwand und nicht zuletzt konkreten Vorschlägen zur Überwindung von Verboten. Ein Kurzbericht über die Veranstaltung findet sich u.a. auf der Homepage der Goethe-Universität¹, vollständig mit Videos dokumentiert ist sie auf dem YouTube-Kanal des Schildower Kreises².

Die konkreten Vorschläge zur legalen Regulierung von Substanzen sind im Folgenden dargelegt. Im Fall von MDMA (zumeist in Tablettenform als „Ecstasy“ gehandelt) wurde im Vorhinein ausgiebig diskutiert, wie restriktiv das Modell ausfallen solle. Ausgehend von der Annahme, dass die meisten Nachbarländer zum Zeitpunkt einer möglichen Einführung MDMA nicht legalisiert haben, enthält das Modell eher starke Einschränkungen. Zudem enthält das Modell in erster Linie Eckpunkte für eine mögliche Regulierung, die in ähnlicher Form auch auf andere „Partydrogen“ (z.B. Amphetamin) sowie Psychedelika angewendet werden sollten. Im Fall von Can-

¹ <https://aktuelles.uni-frankfurt.de/gesellschaft/drogenkonsum-schildower-kreis-macht-vorschlaege-fuer-regulierung/>

² <https://www.youtube.com/user/SchildowerKreis>

nabis existieren – etwa mit dem CannKG der Grünen Bundestagsfraktion (Deutscher Bundestag 2018) oder auch mit den konkreten Legalisierungen in diversen Ländern bzw. Bundesstaaten – bereits Modelle. Daher beschränken wir uns bei unserem Entwurf auf Punkte, die uns zentral erschienen.

Regulierung von Partydrogen & Psychedelika am Beispiel von Ecstasy (MDMA)

(verantwortlich: Fabian Steinmetz, Bernd Werse & Karsten Tögel-Lins)

Hintergrund

- MDMA ist nach Cannabis und Amphetamin die drittmeist genutzte illegale Droge unter den 15- bis 34-Jährigen in Deutschland (Piontek et al. 2016).
- Seit Ende der 1980er findet die Droge in erster Linie Verbreitung in (Techno-) Partykontexten.
- Ecstasy auf dem Schwarzmarkt kann sehr hohe Wirkstoffkonzentrationen, aber auch gefährliche Beimengungen beinhalten.
- Gerade in den letzten Jahren ist der durchschnittliche Wirkstoffgehalt deutlich gestiegen. Schwankungen sind erheblich, bis hin zu Tabletten mit deutlich mehr als 300 mg MDMA (bei 60-120mg als üblicher Einzeldosis) (EMCDDA/DBDD 2018)
- Daher: erhöhte Gefahr von Überdosierungen und anderen gesundheitlichen Problemen.
- Dabei schätzte z.B. der ehemalige britische Drogenbeauftragte die Gefahren von MDMA als ungefähr vergleichbar mit jenen des Reitens ein (The Telegraph 2009).
- Bei einer vernünftigen, ausgewogenen legalen Regulierung könnten somit die Risiken des Konsums deutlich verringert werden.

Mögliche Regulierung

- Verkauf in staatlichen oder zumindest lizenzierten und streng kontrollierten Geschäften.
- MDMA-Geschäfte können sich in der Nähe von relevanten Clubs bzw. Partybezirken befinden; Anzahl der Geschäfte soll stark begrenzt sein.
- Neutrales Erscheinungsbild der Abgabestellen, keine Werbung.
- Begrenzte Öffnungszeiten: Einerseits außerhalb typischer Partyzeiten (z.B. zweimal die Woche zwischen 13h und 18h), andererseits ungefähr zu diesen Zeiten (z.B. Fr.-Sa. 20-24h). Somit können sich Konsumierende einerseits langfristig vor der Party und andererseits kurzfristig vor Ort versorgen.
- Abgabe in Form von 100 mg- und 50 mg-Tabletten mit Bruchrille zur genauen Dosierung (siehe Abb. 1), ausführliche Produktinformation mit Warnhinweisen sollen beiliegen.
- Festgelegter Preis: Aktueller Vorschlag liegt bei 6 € (100 mg) und 3 € (50 mg); somit würde der Preis geringfügig über dem durchschnittlichen Schwarzmarktpreis liegen (EMCDDA/DBDD 2018, Trimbos-Instituut 2019).

- Abgabe von maximal 250 mg MDMA pro Kauf; der/die gleiche Kund_in sollte nicht am gleichen Tag/Abend im selben Geschäft zweimal einkaufen dürfen. Eine formelle Kontrolle dessen, z.B. in Form von Registrierung, soll aber nicht stattfinden.
- Strenger Jugendschutz: Verkauf ab 18 Jahren, verpflichtende Ausweiskontrolle in Ausgabestellen u.a.
- Personal in den Geschäften muss gut geschult sein in puncto Wirkungen, Risiken, Harm Reduction / Safer Use, Recht, Prävention, Behandlung etc. Auch für Personal in relevanten Clubs sollen verstärkt entsprechende Schulungen durchgeführt werden.
- Ausführliches Infomaterial muss in der Abgabestelle vorhanden sein sowie die Möglichkeit der direkten Weiterleitung an Hilfsangebote.

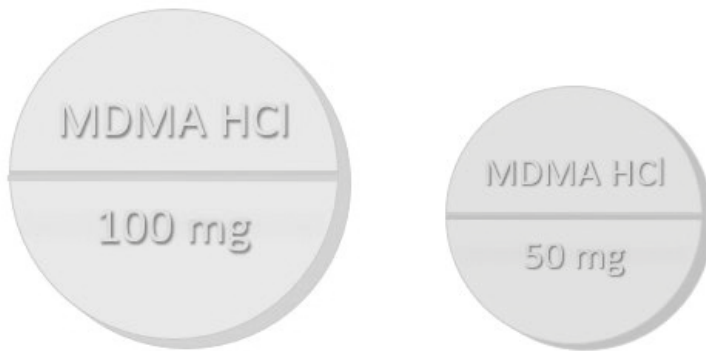


Abbildung 1: MDMA-Tabletten, mögliche Darreichungsform

Cannabis-Regulierung in Deutschland: Wichtige Eckpunkte

(verantwortlich: Schildower Kreis)

Grundsätzlich besteht kein Grund, Cannabis stärker zu regulieren als Alkohol. Insbesondere für Erwachsene ist das Risiko des Cannabiskonsums geringer einzustufen als das von Alkohol. Regulierungsvorschläge, die hier für Cannabis unterbreitet werden, sollten demnach in ähnlicher Form auch für Alkohol und zum Teil auch für Tabak Anwendung finden. In der Konsequenz bedeutet das eine deutlich stärkere Regulierung für die beiden bisher legalen Drogen, aber auch für den bisher unregulierten Cannabis-Schwarzmarkt.

Die vorgeschlagenen Regulierungen für Cannabis gehen davon aus, dass zum Zeitpunkt ihrer Einführung nicht jedes Nachbarland ebenfalls Cannabis legalisiert hat.

Verkauf in Fachgeschäften

Cannabis sollte nur in Fachgeschäften verkauft werden, kein Verkauf in Supermärkten, Tankstellen, Kiosken etc. Auch Apotheken sind nicht geeignet, Cannabis zu Rauschzwecken zu verkaufen, ebenso wenig wie für Bier und Spirituosen.

Die Fachgeschäfte brauchen eine Lizenz, so dass die Kommunen die Zahl der Verkaufsstellen steuern können.

Die Fachgeschäfte sollten optional Konsum vor Ort anbieten dürfen, ähnlich wie die niederländischen Coffeeshops.

Verkauft werden darf ausschließlich an Personen ab 18 Jahren mit Ausweiskontrollen. Bei einer begrenzten Zahl von lizenzierten Fachgeschäften wäre die Einhaltung dieser Regel kontrollierbar – im Gegensatz zu den aktuell extrem vielen Alkohol-Verkaufsstellen.

Um die staatliche Kontrolle des Marktes aufrecht zu erhalten und solange nicht auch die Nachbarländer legalisiert haben, sollten Privatpersonen im öffentlichen Raum höchstens 10 Gramm Cannabis besitzen bzw. transportieren dürfen. Entsprechend dürfen die Fachgeschäfte nicht mehr als 10 Gramm Cannabisprodukte auf einmal an einen Kunden bzw. eine Kundin verkaufen.

Das Personal in den Fachgeschäften muss geschult sein in Bezug auf Sorten und Konsumberatung, aber auch in Bezug auf Hilfsangebote.

Ausführliches Info-Material zu Hilfsangeboten sowie zu Wirkungen, THC-CBD-Ratio und den Risiken des Konsums muss in den Fachgeschäften sichtbar zur Verfügung stehen.

Produktinformationen/Qualitätskontrollen

Auf jeder Verkaufseinheit müssen Angaben gemacht werden zu Herkunft, Produktionszeit, THC- und CBD-Gehalt. Optional können weitere Cannabinoide und Terpene zur Verbraucherinformation angegeben werden.

Wie bei anderen Lebensmitteln/Genussmitteln sollte die Qualität der Waren stichprobenartig von den zuständigen Ämtern geprüft werden um sicherzustellen, dass das Cannabis frei ist von Streckmitteln, Pestiziden, Fungiziden, Düngerrückständen, Schimmel etc. Außerdem sollten bei den Kontrollen die angegebenen Wirkstoff-/Cannabinoidmengen sowie die Haltbarkeit überprüft werden.

Produktion/Import

Neben Hanfblüten und Haschisch sollte auch der Verkauf von Konzentraten möglich sein.

Die Produzenten im Inland werden dafür lizenziert und ihre Produktionsstätten stichprobenartig kontrolliert.

Import aus anderen Ländern – auch traditionellen Produktionsländern wie Marokko, Afghanistan, Nepal, Libanon etc. – sollte möglich sein, sofern dort zukünftig entsprechende offizielle Regulierungen bestehen. Auch hier gelten natürlich die glei-

chen Vorschriften zu Qualitätskontrollen. Für die Kontrolle der Produktionsstätten sind die Importeure zuständig.

Umgang mit Jugendlichen

Auch hier schlagen wir eine Angleichung zu Alkohol vor. Jugendliche, die wiederholt mit Eigenverbrauchsmengen auffallen, sollten nicht bestraft, aber zu Präventionsschulungen verpflichtet werden, ebenso bei Alkohol. Lediglich der kommerzielle Verkauf von Cannabis an Jugendliche mit Gewinnerzielungsabsicht sollte bestraft werden. Erziehungsberechtigte, die Jugendlichen ab 14 Jahren den Konsum in der Öffentlichkeit ermöglichen, begehen eine Ordnungswidrigkeit. Wird Kindern der Konsum ermöglicht, handelt es sich um eine Straftat. Eine Zunahme jugendlicher Konsumenten durch die Regulierung des Marktes ist nach den bisherigen Erfahrungen aus den USA, den Niederlanden u.a. nicht zu erwarten. Mit den Einnahmen aus der Cannabissteuer sollten Präventionsmaßnahmen und Hilfsangebote insbesondere für Jugendliche verstärken.

Werbung

Werbung für Cannabisprodukte und -marken sollte ausschließlich in den Fachgeschäften und in Fachzeitschriften erlaubt sein, wie es für Alkohol und Tabak längst üblich ist. Diese Werbung sollte weitgehend den Charakter von Produktinformation aufweisen und daher selbst Regulierungen unterworfen sein, z.B. keine suggestiven Botschaften etc.

Besteuerung

Die Besteuerung der Cannabisprodukte sollte nach THC-Gehalt gestaffelt werden, damit risikoarme Konsumformen bevorzugt werden. Sie sollte so gestaltet werden, dass der Staat einerseits gute Einnahmen generieren kann wie bei anderen Genussmitteln und keine Schleuderpreise entstehen, aber andererseits das Schwarzmarktniveau nicht wesentlich überschritten wird. Nur so kann eine Verdrängung des Schwarzmarktes gewährleistet werden. Der hohe Risikoaufschlag illegaler Händler entfällt in einem legalen Umfeld, wodurch Raum für eine Besteuerung entsteht.

Marktbedingungen

Insgesamt sollten die Marktbedingungen so gestaltet sein, dass auch kleine Anbieter bei Produktion und Einzelhandel eine Chance haben. Die Bildung großer Einzelhandelsketten mit großer Marktmacht sollte verhindert werden. Der Konsument sollte die Wahl haben, ob er preiswerte Ware aus der industriellen Produktion oder Bio-Cannabis aus der Region kauft.

Konsum in der Öffentlichkeit und in Gaststätten

Neben den Fachgeschäften selbst sollte es auch anderen Gastronomen gestattet werden, den Konsum von Cannabis zu gestatten. Wie beim Rauchen von Cannabis in der Öffentlichkeit sollten dabei die gleichen Regeln gelten wie bei Tabak. Konsum auf Spielplätzen, in unmittelbarer Nähe von Schulen, Kindergärten o.ä. soll untersagt sein.

Eigenanbau und Anbaoclubs

Der Eigenanbau von Cannabis zur Deckung des eigenen Konsums sollte legal möglich sein. Die mögliche Erntemenge sollte so gedeckelt werden, dass sie den maximalen Jahresbedarf einer Person nicht überschreitet, um nicht lizenzierte kommerzielle Produktion zu verhindern. Die Ernte darf bis zur Menge von 1.000 Gramm zuhause gelagert werden.

Im Rahmen dieses privaten Eigenanbaus sollten auch Anbaoclubs wie in Spanien und Uruguay möglich sein, in denen gemeinsam angebaut und die Ernte an die Mitglieder ausgegeben wird. In entsprechenden Vereinsräumlichkeiten sollte der Konsum vor Ort möglich sein.

Im Zuge dessen sollte auch das in Deutschland geltende Verbot von Hanfsamen aufgehoben und eine regulierte Produktion von Saatgut ermöglicht werden.

Kein Führerscheinentzug bei nüchternen Fahrern

Aktuell wird in Deutschland schon ab 1 Nanogramm THC pro Milliliter Blutserum eine Drogenfahrt unterstellt. Der langfristige Führerscheinentzug ist oft die Folge. Dieser Wert markiert aber nur Restwerte im Blut, lange nachdem die Wirkung nachgelassen hat. In fast allen Ländern der Welt, die einen Grenzwert festgelegt haben, liegt dieser höher. Diese Regelung muss so umgestaltet werden, dass nur tatsächlich beeinträchtigte Fahrer führerscheinrechtlich sanktioniert werden. Daher sollte der entsprechende Grenzwert gemäß wissenschaftlicher Empfehlungen und internationaler Praxis mindestens bei 3 ng/ml liegen. Optimal wäre eine Staffelung mit 3 ng/ml als versicherungsrelevant und 6-10 ng/ml als sanktionsrelevant.

Literatur

- Deutscher Bundestag (2018): Gesetzentwurf – Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG). Drucksache 19/819, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/008/1900819.pdf>
- EMCDDA/DBDD (2018): Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA (Datenjahr 2017/2018) – Workbook Drogenmärkte und Kriminalität. München/Hamm/Köln: IFT/DHS/BZgA.
- Piontek D, Gomes de Matos E, Atzendorf J, Kraus L (2016). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und

Hinweise auf klinisch relevanten Drogenkonsum nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015.
München: IFT Institut für Therapieforschung

The Telegraph (2009): Ecstasy 'no more dangerous than horse riding'. Artikel vom 07.02.2009.
<https://www.telegraph.co.uk/news/uknews/law-and-order/4537874/Ecstasy-no-more-dangerous-than-horse-riding.html> (aufgerufen am 30.07.2019).

Trimbos-Instituut (2019): Annual Report 2018, Drugs Information and Monitoring System (DIMS). Utrecht: Trimbos-Instituut. <https://www.trimbos.nl/docs/2874f3d0-7355-4d41-9480-00e9dced5fa6.pdf> (aufgerufen am 30.07.2019).

Für ein verträgliches Miteinander? Über die konzertierte Aktion im Frankfurter Bahnhofsviertel

Kollektiv Solidarische Sozialarbeit

Zusammenfassung

Der Artikel verhandelt aktuelle Entwicklungen der Frankfurter Drogenpolitik anhand der sogenannten konzertierten Aktion aus Sicht des Kollektiv Solidarische Sozialarbeit. Die konzertierte Aktion begann im Sommer 2019 und hatte zum Ziel ein „verträgliches Miteinander“ im Frankfurter Bahnhofsviertel zu schaffen. Die Autor_innen, selbst Sozialarbeiter_innen der Frankfurter Drogenhilfe, kritisieren Zielsetzung und Vorgehen dieser Aktion und fordern ein Umdenken in der lokalen Drogenpolitik.

Ausschlaggebend für diesen Bericht ist die „konzertierte Aktion“ der Stadt Frankfurt, welche unter dem Titel: „Für ein verträgliches Miteinander im Bahnhofsviertel“ im August 2019 begann (Voigts, FR, 17.08.2019). Im Rahmen dieser Aktion wurden Streetworker_innen der Drogenhilfe ausschließlich für ordnungspolitische Maßnahmen eingesetzt.

Wir, Sozialarbeiter_innen verschiedener Träger der Frankfurter Drogenhilfe, haben uns aufgrund der oben genannten Aktion zu einem Kollektiv zusammengeschlossen, um uns kritisch mit der Aktion auseinanderzusetzen. Unser erster Versuch politischer Mitsprache geschah in Form eines offenen Briefes im Sommer 2019 (Offener Brief 2019), auch da die Aktion unter Ausschluss der Öffentlichkeit starten sollte (Voigts, FR, 17.08.2019).

Ziel unseres Zusammenschlusses ist Kritik an dem Vorgehen der aktuellen Frankfurter Drogenpolitik und der damit einhergehenden Verschärfung von Repressionen sowie der Kriminalisierung von Drogenabhängigen im öffentlichen Raum. In den ursprünglich progressiven *Frankfurter Weg* haben sich immer stärker werdende repressive Tendenzen eingeschlichen. Kritik an der Drogenhilfe gibt es regelmäßig von verschiedenen Positionen, die jedoch nicht immer als überzeugend angesehen wird (Kamphausen 2018; Künkel et al. 2015; Dörlamm 2014). Unser Fokus ist es, uns für Menschen einzusetzen, die aufgrund struktureller Ausschlussmechanismen aus dem gesellschaftlichen Leben und dem Stadtbild verdrängt werden. Wir fordern pragmatische Lösungen, welche sich mit den Bedürfnissen der Drogengebrauchenden auseinandersetzen und sie in ihrer Selbstbestimmung stärken.

Für die ursprünglich auf vier Wochen angesetzte Aktion wurde trotz mehrfacher Ankündigung bis heute keine offizielle Auswertung seitens der Stadt veröffentlicht (vgl. für viele: Voigts, FR, 27.08.2019, 01.11.2019, 02.02.2020). Die ersten Ergebnisse sollten innerhalb von vier Wochen erfolgen, die letzte Ankündigung der Auswertung war für Mitte Februar 2020 anberaunt. Das Ausbleiben dieser erinnert an

den Umgang mit den Ergebnissen der Wohnungslosenstudie von 2018 (Voigts, FR, 04.03.2020). Es entsteht der Verdacht, dass unerwünschte Daten und ausbleibende Erfolge von durchgeführten Maßnahmen zurückgehalten werden. Darüber hinaus scheint die Stadt Frankfurt die Maßnahme so darzustellen, als ob es sich nur um eine Schwerpunktverlagerung bestehender Strukturen handelte und deshalb keine Auswertung nötig sei. Wir empfinden dieses Vorgehen jedoch als einen massiven Eingriff in unsere Arbeit und in das Leben der Klient_innen.

Die Konzertierte Aktion

Der konzertierten Aktion ging eine lange Planung voraus, die in der Verantwortung des Gesundheits-, des Ordnungsdezernats und des Polizeipräsidiums steht (Voigts, FR, 17.08.2019). Es wurden Regeln „vereinbart“, an die sich „alle“ Menschen im Bahnhofsviertel halten sollen. Diese betreffen u. a. das Lagern auf dem Bürgersteig, das Konsumieren in der Öffentlichkeit, das öffentliche Urinieren sowie die Vermüllung (vgl. für viele Tinnappel, FR, 23.08.2019). Mitgewirkt haben folgende Kooperationspartner_innen: Angestellte der Drogenhilfe, der (Stadt-)Polizei und der Frankfurter Entsorgungs- und Service GmbH (FES) (Voigts, FR, 17.08.2019). In bestimmten Straßenabschnitten nahe der Konsumräume sollte zunächst von Sozialarbeitenden auf die Menschen zugegangen werden, um diese zum Einhalten der Regeln aufzufordern. Vom Drogenreferat erstellte Flyer mit den Regeln sollten von Straßensozialarbeiter_innen verteilt werden, die sich im Umfeld der Konsumräume aufhaltenden Menschen sollten gezählt und dokumentiert werden. Wenn diese „weiche Form“ der sozialarbeiterischen Ansprache nicht ausreichte, folgte die (Stadt-) Polizei, um die Regeln unter Androhung von Geldstrafen durchzusetzen. Unterbrochen wurde diese Maßnahme von Extraschichten der FES, die entsorgte, was von den Menschen auf den Gehsteigen zurückgelassen wurde, von Restmüll bis persönlichem Hab und Gut.

Wer spricht über was und um was geht es eigentlich?

Um diese Frage beantworten zu können, haben wir die Berichterstattung der öffentlichen Medien¹ als Grundlage genommen. Dabei haben wir drei Gruppen identifiziert, deren Motivation und Beweggründe wir im Folgenden darstellen.

Die Ersten der sich zu Wort Meldenden sind die sogenannten politisch Verantwortlichen: Dabei handelt es sich um das Gesundheitsdezernat, das Ordnungsdezernat und das Polizeipräsidium, die seit längerem an der Planung der Aktion beteiligt waren (Voigts, FR, 26.08.2019). Der Hauptgrund, weshalb gehandelt werden müsse, liege in der Beschwerdelage von „Anwohnern, Gewerbetreibenden und anderen Akteuren“, die aber nicht weiter spezifiziert werden. Laut des Gesundheitsdezernenten bestätigt „die Drogenhilfe“ ebenfalls eine „schwierige Situation auf der Straße“ sowie eine „aggressive Stimmung“ im Bahnhofsviertel (Voigts, FR, 17.08.2019). Die erhöhte Polizeipräsenz (beispielsweise die Einführung der Besonderen Aufbauorganisation

¹ Hierbei konnten wir nicht auf alle zu diesem Thema publizierten Artikel eingehen, sondern haben eine Auswahl getroffen.

2016 und der Einsatz- und Ermittlungseinheit 2018) wurde durch die sinkende Kriminalstatistik legitimiert (Voigts, FR, 17.08.2019). Dem entgegen steht die Beschwerdelage, aufgrund welcher sich der Gesundheitsdezernent gezwungen sieht zu handeln. Er betont, dass die Aktion keinesfalls eine Abkehr vom *Frankfurter Weg* sei, es ginge lediglich um eine bessere Umsetzung der bestehenden Regeln und Abmachungen. Er rechne auch nicht mit „schnellen Erfolgen, sondern hoffe eher auf mittelfristige Verbesserungen“ (ebd.). Von den vertretenen Parteien in der Frankfurter Stadtverordnetenversammlung gab es nur Zustimmung für die Aktion und einen Diskurstonfall, der sich positiv und verständnisvoll den Konsument_innen zuwendet. Dabei wurden von verschiedenen Parteien unterschiedliche Problemlagen angesprochen; als einzig andere Problemgruppe neben den Drogenkonsument_innen wurde die „Partygesellschaft“ benannt, der ein Teil der Vermüllung im Viertel zuzuschreiben sei (Tinnappel, FR, 23.08.19). Neben der Aktion wird seitens des Gesundheitsdezernats immer wieder betont, dass mehr Geld für die Drogenhilfe eingeplant wurde und wird, um „die Situation im Viertel zu verbessern“ (ebd.). Wohin genau die finanzielle Unterstützung gehen soll, bleibt unklar. Es wird nur auf die erweiterten Öffnungszeiten des „Nachtcafés“ des *Frankfurter Vereins* hingewiesen, welches als „Brückenfunktion“ zwar benannt, aber nicht erklärt wird (ebd.). Laut Polizei ist der Austausch zwischen Stadtpolizei und Sozialarbeitenden verbessert und hat sich etabliert. Außerdem lobt sie den Erfolg der Sozialarbeitenden in der Ansprache von Drogenkonsument_innen (Voigts, FR, 27.08.2019). Beim Blick auf den Flyer, den die Sozialarbeiter_innen verteilen müssen, fällt auf, dass sich dieser nur an Konsument_innen richtet: dieser soll ihnen dabei helfen „Probleme mit den Nachbarn und Ärger mit der Polizei und der Stadtpolizei zu vermeiden, da diese Drogenhandel, Szenebildung und offenen Drogenkonsum konsequent unterbinden werden“ (Voigts, FR, 27.08.2019). Trotzdem wird immer wieder betont, dass die Maßnahmen keinesfalls nur die Drogenkonsument_innen betreffen, sondern auch den „urinierenden Banker“ – es seien alle Menschen im Bahnhofsviertel gemeint (Tinnappel, FR, 23.08.2019). Nachdem im Viertel kritische Stimmen laut geworden sind, begrüßt der Gesundheitsdezernent die „Diskussion“, bestärkt nochmals seine Aussage, dass es sich hier nicht um eine Abkehr vom *Frankfurter Weg* handelt, sondern dass der Drogenkonsum, welcher im öffentlichen Raum stattfindet, nicht mehr akzeptiert wird (Voigts, FR, 07.09.2019). Es sei das Ziel die „Menschen aus der Sucht zu holen“ und sie nicht aus dem Viertel zu vertreiben, jedoch haben die Beschwerden der Anwohner_innen und Gewerbetreibenden dermaßen zugenommen, dass man handeln müsse (ebd.).

Als zweite Gruppe haben wir *privilegierte* Menschen, die in Bezug zu dem Frankfurter Bahnhofsviertel stehen (Anwohner_innen, Gewerbetreibende, Passant_innen und die legalen Konsument_innen der Gastronomie und Geschäfte, Stadtteilpolitiker_innen), identifiziert. Diese vertreten, im Gegensatz zu den Entscheidungsträger_innen, verschiedene Positionen zur konzertierten Aktion. Zum einen sind Stimmen erkennbar, die Forderungen nach Lösungen für das Bahnhofsviertel äußern, um den Weg für die Aufwertung des Viertels – als Tor zur Stadt – zu ebnen. In dieser Gruppe sind vor allem Gewerbetreibende, Anwohner_innen und nicht näher genannte Akteur_innen zu verorten, die die Sicherheitslage im Bahnhofsviertel bemängeln. Als Ursache benennen sie die Drogenkonsument_innen und Wohnsitzlosen. Primär drehen sich die Beschwerden um ein subjektives Sicherheitsgefühl im Bahnhofsviertel, „manche Anwohner fühlten sich unwohl oder hätten sogar Angst“ (Voigts, FR,

17.08.2019). Darüber hinaus sei die Sauberkeit des Viertels und wie es sich den Kunden der Geschäfte präsentiert ein „Anblick des Elends, eine Aggressivität gegenüber diesen gäbe es aber nicht“, so eine Gewerbetreibende (Voigts, FR, 27.08.2019). Das ganze Viertel wandle sich aber zu einem Gewerbegebiet, wie man an den „ausgestorbenen Sonntagen“ sehen könne. So wird von einem weiteren Gewerbetreibenden ebenfalls die Sichtbarkeit der Drogenabhängigen kritisiert, welche sich nicht in entsprechenden Einrichtungen aufhalten (ebd.).

Der andere Teil dieser Gruppe unterteilt sich des Weiteren in Einzelpersonen, Gruppen sowie Interessenvertreter_innen, die sich der Problemlagen im Bahnhofsviertel bewusst sind aber den Dialog zwischen allen Personengruppen unterstützen. Sie rücken den Ausschluss, die Vertreibung von Randgruppen durch polizeiliche Maßnahmen und durch verstärkt ordnungspolitische Soziale Arbeit mit in den Fokus der Diskussion. So machen Teile dieser Gruppe mit öffentlichen Veranstaltungen darauf aufmerksam, „wie [täglich] massiver gegen Drogenkonsumierende und wohnsitzlose Menschen auf den Plätzen und Straßen vor unserer Haustür vorgegangen wird“ (Voigts, FR, 03.09.2019). Sie betonen, dass dies nicht für ein *verträgliches Miteinander* stehe, sondern für eine Verdrängung eben dieser Menschen zugunsten der Aufwertung des Viertels (ebd.). Eine Interessenvertretung finde in diesem Viertel nur für Investoren der Gentrifizierung statt, so Eyup Yilmaz, Stadtverordneter und Ortsbeiratsmitglied Bahnhofsviertel; er kritisiert die durch diese Aktion eingeschränkte Bewegungsfreiheit für marginalisierte Menschengruppen zugunsten wohlhabender Menschen, die sich über die Drogenszene vor ihrem neuen Wohnort beschweren. Diese Sicht wird auch vom Immobilienhändler Novak Petrovic geteilt, der sich schon länger für rumänische Rom_nja in Frankfurt einsetzt, welche durch den Tatvorwurf „aggressives Betteln“ immer wieder vertrieben werden (Voigts, FR, 07.09.2019). Der Philosoph Prof. Daniel Loick findet deutliche Worte zu der konzertierten Aktion, den zuständigen Akteuren im Viertel, der zunehmenden autoritären Logik und wie im Bahnhofsviertel von Stadt, Polizei und Sozialer Arbeit zu Ungunsten sozialer Teilhabe agiert wird:

„Ich finde es beeindruckend, dass nicht einmal in den offiziellen Verlautbarungen behauptet wird, man könne mit dieser Aktion irgendein Problem lösen. Gesundheitsdezernent Stefan Majer sagt selber, er musste diese Aktion auf Druck von Anwohnern und Gewerbetreibenden starten. Es geht allein um die Signalwirkung „Es wird etwas Getan“. Es ist also eine rein symbolische Aktion mit dem Effekt einer weiteren Verschlechterung der Lebenssituation der Betroffenen.“ (Loick in Voigts, FR, 06.09.2019).

Die dritte Gruppe umfasst die Stimmen, die sich politisch gegen die Aktion äußern, solidarisch mit den Konsument_innen sind, sowie die Konsument_innen selbst. Auffällig ist, dass Letztere kaum zu Wort kommen². Hierbei stellt sich immer wieder die Frage: werden sie nicht gefragt oder sollen sie nicht gehört werden? Lediglich in einem Artikel, welcher über ein Video des *Medienkollektiv-Frankfurt* berichtet, sowie in dem Video selbst, kommen sie zu Wort und finden schließlich den Weg aufs Papier: „Am besten sollen wir gar nicht hier rauchen, sondern wir sollen verschwinden. Aber

² Zur partizipativen Beteiligung von Drogenkonsumierenden an stadtpolitischen Prozessen vgl. Stallwitz (2018) und Klaus et al. (2020) in diesem Band.

wohin sollen wir denn?“ (Voigts, FR, 02.02.2020). Ausschlaggebend für das Video des Medienkollektivs war eine Gruppe politisch engagierter Menschen, die zum gemeinsamen „Rumlungern“ im Bahnhofsviertel aufrief, um deutlich zu machen, dass sich die konzertierte Aktion nicht – wie behauptet wurde – gegen alle Menschen im Bahnhofsviertel richtet, sondern gegen marginalisierte Gruppen.

Ähnliches gilt für Sozialarbeiter_innen. So wird nur über sie geschrieben, anstatt ihnen eine Stimme zu geben. So berichtet zum Beispiel die Polizei, dass es insgesamt den Straßensozialarbeiter_innen gelänge, „die Drogenabhängigen auf die Einhaltung der bestehenden Regeln anzusprechen“ (Voigts, FR, 27.08.2019). Ein Bild über die Folgen für Soziale Arbeit durch die *Konzertierte Aktion* gibt Daniel Loick. Er resümiert treffend: „Ihre Arbeit [der Sozialarbeiter_innen] soll nicht mehr darauf ausgerichtet sein, Drogenkonsumierende in das soziale Leben einzubinden, sondern darauf, bei diesen eine Verhaltensänderung zu erreichen. Der soziale Gedanke wird einem polizeilichem unterstellt“ (Voigts, FR, 06.09.2019).

Einzig in Form offener Briefe haben sich Sozialarbeitende in den letzten Jahren, meist anonym, zu Wort gemeldet um ihre Wahrnehmung der Entwicklungen im Bahnhofsviertel und der Drogenhilfe kundzutun und so eine Gegenstimme zu der sonst recht einseitigen Berichterstattung zu geben (Offener Brief 2012, 2017, 2018, 2019, 2020).

So auch im Rahmen der *Konzertierten Aktion*. Der offene Brief, welcher zunächst an Mitarbeitende aus der Drogenhilfe und nahestehende Personen versandt wurde, fand schlussendlich in der Berichterstattung Gehör und bietet so einem Teil von uns die Möglichkeit unsere Perspektive zu äußern. Voigts fasst zusammen, dass „nicht alle im Stadtteil von der neuen Linie begeistert sind“, dass Bedenken bestehen, „dass die Polizei zu hart gegen Süchtige vorgehen könnte oder die Arbeit der Sozialarbeiter behindert werde, wenn sie ordnungspolitische Aufgaben aufgehalst bekämen. Und auch die Menschen, die auf den Straßen des Viertels ihr zu Hause haben, dürften Angst vor mehr polizeilicher Repression haben“ (Voigts, FR, 27.08.2019).

Soziale Arbeit im Brennpunkt-Viertel

In einem Punkt scheinen sich alle zu Wort Gekommenen einig zu sein: So geht es scheinbar nicht weiter im Bahnhofsviertel! Die Situation soll besser werden, jedoch wird dies nicht mit einer rein symbolpolitischen Aktion wie der oben genannten funktionieren. Dies scheint ein sich wiederholendes Muster zu sein, wenn man sich die Geschichte des Bahnhofsviertels anschaut (Dörrlamm 2014; Offener Brief 2012, 2017, 2018, 2019, 2020). Deutlich wird, dass Konsument_innen in der Auseinandersetzung um ihre Lebensrealität kaum zu Wort kommen. Ähnlich wie Sozialarbeiter_innen, die sich gegen repressive Maßnahmen aussprechen, wie sie zurzeit im Bahnhofsviertel im Vordergrund stehen. Die Definitions- und Handlungsmacht liegt bei den politischen Verantwortlichen, der Rest wird nicht gehört.

Das Ziel unserer Arbeit ist es, niedrigschwellige Einzelfallhilfe zu ermöglichen, die auf mehrjähriger Zusammenarbeit mit unseren Klient_innen, einer Auseinandersetzung mit deren Biografie sowie auf unserer Expertise als Sozialarbeiter_innen basiert. Grundsätzlich ist festzustellen, dass alle Akteur_innen recht hilflos zu sein scheinen,

wenn es um Veränderungen im Viertel geht. In der Berichterstattung kommt immer wieder die Frage auf, ob der *Frankfurter Weg* denn nun gescheitert sei, oder nicht.

Während der konzertierten Aktion kam es zum *Junkie-Jogging* wie in den 90er Jahren³, wir haben verstärkt *Racial Profiling* wahrgenommen und mussten selbst explizit geflüchtete Menschen in Statistiken aufnehmen, basierend auf äußerlichen Merkmalen (zu rassistischen, polizeilichen Kontrollen in der Frankfurter Drogenszene Zahlen der aktuellsten MoSyD-Szenestudie Werse et al., 2019 und Kamphausen et al., 2015). Auch ein Jahr später bleibt die Antwort seitens der Stadt zur Verbesserung der Situation im Viertel: noch mehr Polizei (Polizei Frankfurt, 30.06.2020).

Wir sehen das viel zitierte „Elend“ auf den Straßen ebenfalls, begreifen es allerdings als Ausdruck der Bedingungen, unter denen Menschen leben müssen. Und hier setzt Sozialarbeit an. Es benötigt Angebote, damit Drogenkonsument_innen Handlungsmöglichkeiten bekommen. Das bedeutet konkret, dass Hilfsangebote geschaffen werden müssen, die geringe Zugangsbarrieren haben. Es bedarf Zugang zu medizinischer Behandlung und Substitution sowie psychotherapeutischer Angebote. Unter dem aktuellen Betäubungsmittelgesetz kann der *Frankfurter Weg* nicht weiterentwickelt werden; es braucht progressive Änderungen, die Überlegungen zu Hausdealern ermöglicht oder zu Servicediensten innerhalb der Konsumräume. Stattdessen beobachten wir, wie Konsument_innen wieder vermehrt auf dem Weg in die Drogenhilfeeinrichtungen und teilweise direkt vor der Tür von der (Stadt-)Polizei kontrolliert werden und Strafanzeigen bekommen. Auch scheint sich niemand die Frage zu stellen, wo die Menschen, die im öffentlichen Raum „stören“ und weggeschickt werden, hinsollen. Es braucht dringend mehr Wohnmöglichkeiten sowie sanitäre Anlagen und Aufenthaltsmöglichkeiten im öffentlichen Raum, in denen Konsument_innen frei von der Sorge vor polizeilicher Repression zur Ruhe kommen können. Erst dann können wir individuelle Lösungen gemeinsam mit den Drogengebrauchenden entwickeln (Klaus et al., 2019). Drogenkonsum hat verschiedenste Gründe und es dauert manchmal lange, den Weg aus der Sucht zu finden. Drogenhilfe ist eine langwierige und geduldige Arbeit und jeder Person muss Zeit gegeben werden, ein Vertrauensverhältnis zu den Sozialarbeiter_innen aufbauen zu können. Dies geht nur ohne strafenden Druck und standardisierte Lösungsvorgaben. Unsere Aufgabe sollte darin bestehen die Umstände unter denen Menschen mit einer Sucht leben anzupassen, um negative Konsequenzen zu reduzieren. Und was es vor allem braucht – was in den Medienberichten komplett außen vor gelassen wurde – ist die Akzeptanz von anderen Lebensentwürfen, eine kritische Reflexion des scheinbar Normalen und ein Hinterfragen von offenbar selbstverständlichen Werten. Die „legitimen“ Forderungen von Gewerbetreibenden sind nur die lauteste Stimme in einer komplexen Interessenlage. Sie ignorieren nicht nur die unterschiedlichen Lebensrealitäten im Viertel, sondern missachten teilweise die Rechte und Bedürfnisse der Menschen und degradieren Personen zu Hindernissen einer wirtschaftlichen Verwertung.

³ Als *Junkie Jogging* wird die polizeiliche Praxis beschrieben, Drogenkonsument_innen im öffentlichen Raum von einem Platz zu verweisen, worauf hin diese sich i.d.R. an einem neuen Platz sammeln und das Spiel von vorne beginnt.

Literatur

- Dörlamm, M. (2014): Die Sache mit dem Crack, in: akzept e.V. Bundesverband Deutsche Aidshilfe, JES Bundesverband (Hrsg.): 1. Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, Lengerich, 27-30
- Kamphausen, G. (2018): Steine auf dem Frankfurter Weg – Crack im Bahnhofsviertel in Frankfurt am Main, in: akzept e.V. Bundesverband und Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, Lengerich, 135-143.
- Kamphausen, G./ Werse, B./ Egger, D. (2015): Ordnungspolitik und Haft in der Frankfurter „offenen“ Drogenszene, in: Suchtmagazin, 41: 5, 37-39.
- Klaus, L./ Jamin, D./ Dichtl, A. (2019): Zum Umgang mit Drogenszenen im öffentlichen Raum, in: akzept e.V. Bundesverband und Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): 6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019, Lengerich, 25-31.
- Künkel, J./ Schindlauer, S./ Straub, J. (2015): Recht auf Straße für alle Bahnhofsviertelnutzer_innen – zur Debatte über Drogen in Frankfurt am Main, in: akzept e.V. Bundesverband und Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): 2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015, Lengerich, 128-133.
- Medienkollektiv Frankfurt (2020): Kritik zur konzertierten Aktion im Bahnhofsviertel. Online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=WpeF8N5U6PA> ; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Polizeipräsidium Frankfurt 30.06.2020: Polizei Frankfurt reagiert auf neue Entwicklungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Online verfügbar unter: <https://www.pressportal.de/blaulicht/pm/4970/4638902>; letzter Zugriff 14.07.2020.
- Offener Brief (2018, 2019, 2020). Online verfügbar unter: <https://initiativebahnhofsviertel.wordpress.com/>; letzter Zugriff 14.07.2020.
- Offener Brief (2012). Online verfügbar unter: <https://www.openpetition.de/petition/online/nicht-in-unserem-namen-frankfurt-bhfsviertel>; letzter Zugriff 14.07.2020
- Offener Brief (2017). Online verfügbar unter: <https://www.facebook.com/notes/bahnhofsviertel-solidarisch/pm-1-27417-stadtteilgruppe-bahnhofsviertel-solidarisch-macht-auf-rassistischen-p/456406311393561/>; letzter Zugriff: 14.07.2020.
- Stallwitz, A. (2018): Peerpartizipation in Drogenintervention, -forschung und -politik , in: akzept e.V. Bundesverband und Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, Lengerich, 36-44.
- Tinnappel, F. (23.08.2019): Drogenhilfe im Bahnhofsviertel: Majer (Grüne) erhält Unterstützung. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-drogenhilfe-bahnhofsviertel-unterstuetzung-majer-12937452.html> ; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (04.03.2019): Römer-Opposition in Frankfurt fordert Veröffentlichung von Studie über Obdachlose. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-roemer-opposition-fordert-veroeffentlichung-studie-ueber-obdachlose-13571535.html> ; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (02.02.2020): Frankfurt wertet neues Vorgehen gegen Drogenszene aus. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-wertet-neues-vorgehen-gegen-drogenszene-13517182.html> ; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (01.11.2019): Frankfurt-Bahnhofsviertel: Polizei macht weiter Druck auf Drogenszene. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-bahnhofsviertel-polizei-macht-druck-drogenszene-zr-13184472.htm> ; letzter Zugriff: 14.07.2020

- Voigts, H. (07.09.2019): Widerstand im Bahnhofsviertel: Aktivisten protestieren gegen das Vorgehen von Polizei und Stadt. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-widerstand-bahnhofsviertel-aktivisten-protestieren-zr-12980065.html>; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (06.09.2019): „Es ist eine rein symbolische Aktion“. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/eine-rein-symbolpolitische-aktion-12979070.html>; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (03.09.2019): Protest gegen Vertreibung im Frankfurter Bahnhofsviertel. Online im Internet: <https://www.fr.de/frankfurt/protest-gegen-vertreibung-frankfurter-bahnhofsviertel-zr-12970052.html>; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (27.08.2019): Stadt und Polizei ziehen positives Fazit zur gemeinsamen Aktion im Bahnhofsviertel. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-bahnhofsviertel-rauer-wind-weht-zr-12928434.html>; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (26.08.2019): Aktion im Frankfurter Bahnhofsviertel gut gestartet. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/aktion-frankfurter-bahnhofsviertel-gestartet-12946695.html>; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Voigts, H. (17.08.2019): Drogenszene in Frankfurt: Mehr Ordnung im Bahnhofsviertel. Online verfügbar unter: <https://www.fr.de/frankfurt/mehr-ordnung-frankfurter-bahnhofsviertel-12920857.html>; letzter Zugriff: 14.07.2020
- Werse, B./ Kamphausen, G./ Klaus, L. 7 (2019): MoSyD Szenestudie 2018. Die offene Szene in Frankfurt am Main. Centre for Drug Research, Goethe-Universität, Frankfurt a.M.

CBD: Stellvertreterkrieg um Cannabidiol

Georg Wurth

Zusammenfassung

CBD ist nach THC das zweitbekannteste Cannabinoid unter vielen anderen. Seit einiger Zeit existiert auch in Deutschland ein reger Handel mit CBD-haltigen Produkten, inklusive CBD-Blüten. Obwohl es keinen Rausch erzeugt, wird Cannabidiol von diversen staatlichen Behörden mit allen möglichen und unmöglichen Mitteln bekämpft. Letztendlich ist das nur dadurch erklärbar, dass der Siegeszug des Hanfes noch irgendwie aufgehalten werden soll. Die Anwendung des Arzneimittelgesetzes ist noch einigermaßen nachvollziehbar, beim Betäubungsmittelgesetzes wird es schon dünn. Bei den Kapriolen um die Anwendung der Novel-Food-Verordnung der EU wird es absurd.

Medizinisches Potenzial

An der Entwicklung der deutschen Gesetzgebung lässt sich die Lernkurve der Menschheit in Bezug auf die medizinische Anwendung von Cannabis ablesen. Zunächst ging man davon aus, dass die positiven Wirkungen ausschließlich von THC ausgehen. Dementsprechend wurde Dronabinol (internationaler Freiname für Delta-9-THC) 1998 in Anlage III des BtMG aufgenommen und war damit per Betäubungsmittelrezept verschreibungsfähig, der synthetische Abkömmling von THC, Nabilon, sogar schon seit 1983 (IACM 2009).

Als klar war, dass THC nicht allein für die Wirkung verantwortlich ist, kam CBD in den Fokus. (Heise 2005) Seitdem stiegen Bekanntheit und Image von CBD und entsprechende Forschungsbemühungen. Das Cannabinoid soll unter anderem helfen bei Epilepsie, Angststörungen/PTBS, Entzündungen, Schmerzen, Schlaf, Alzheimer, Parkinson, Hautkrankheiten, Leber- und Hirnschäden, um nur einige Einsatzmöglichkeiten zu nennen (Grotenhermen et al., 2015). Seit 2011 ist das Fertigarzneimittel Sativex verschreibungsfähig und mit Ausnahmegenehmigung vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) waren seitdem auch diverse Blütenarten in deutschen Apotheken erhältlich (IACM 2011). Beides wurde dem Dronabinol im Wesentlichen an die Seite gestellt, weil Sativex und Blüten auch CBD enthalten. Seit Oktober 2016 ist CBD als Einzelsubstanz verschreibungspflichtig, wenn es als Arzneimittel verkauft wird (ABDA 2016). Damit war CBD auch in reiner Form als Arzneimittel anerkannt, so wie THC.

Mittlerweile weitet sich der Fokus erneut. Es ist klar, dass für die medizinische Wirkung noch weitere Cannabinoide und Terpene der Hanfpflanze in jeweils unterschiedlicher Zusammensetzung für jeweils unterschiedliche Anwendungsgebiete verantwortlich sind (IACM 2018). Durch diese Vielfalt hat die medizinische Anwendung von Hanf eine sehr große Bandbreite, sie erschwert aber auch die pharmazeutische

Forschung, so dass THC und CBD vorerst die bei weitem am besten erforschten Cannabinoide bleiben.

Die spürbaren wohltuenden Wirkungen von CBD sind der wichtigste Grund für die große Nachfrage nach CBD-Produkten auch auf dem freien Markt, da der Zugang zum offiziellen Medizinprodukt CBD sehr hochschwellig ist. Dass Ärzte CBD-Tropfen verschreiben, dürfte mindestens so selten sein wie die Verschreibung von Cannabis-Medikamenten allgemein.

Boomender Markt

Die gezielte Anwendung von CBD als Arzneimittel bei speziellen Krankheiten ist nicht der einzige Grund für die große Nachfrage. Auch wenn CBD keinen Rausch erzeugt, erhöht es bei manchen Konsumenten das allgemeine Wohlbefinden, weil sie sich zum Beispiel mit CBD weniger nervös fühlen und abends besser zur Ruhe kommen.

Besonders die puren Nutzhanfblüten mit hohem CBD-Anteil sind für regelmäßige Cannabiskonsument_innen attraktiv, die zumindest tagsüber weniger berauscht sein und auf THC verzichten wollen. Damit müssen sich die Konsument_innen nicht umgewöhnen. Einige genießen einfach den Duft und Geschmack der Blüten beim Rauchen und diese dämpfen auch die Lust auf THC-reiches Konsumieren. In diesem Sinne können CBD-Blüten auch als risikominderndes Substitutionsmittel oder auch als „Ausstiegsdroge“ fungieren.

Der Boom um CBD-Blüten begann zunächst vor allem in der Schweiz und Österreich, aber auch in Italien und diversen anderen Ländern sind diese Produkte ein großes Thema. In der Schweiz sind CBD-Blüten mittlerweile klar legal reguliert; an einer Besteuerung entsprechend der Tabaksteuer wird noch gearbeitet. Mehrere hundert Unternehmen wurden allein in der Schweiz rund um CBD-Hanf gegründet. Dabei gelten Hanfblüten in der Schweiz sogar noch bis 1 Prozent THC als legales Nutzhanfprodukt, während die Grenze für Nutzhanf in Deutschland bei 0,2 Prozent liegt, in Österreich bei 0,3 Prozent THC.

Mittlerweile verkaufen auch in Deutschland viele Händler diese Blüten. Dazu kommt ein großes Sortiment an Kosmetika und Nahrungsergänzungsmitteln, Tropfen, Öle, E-Zigaretten-Liquids, bis hin zu CBD-haltiger Schokolade. Verkauft werden die Produkte in speziellen Hanfshops, im Internet, aber auch in diversen anderen Geschäften vom „Späti“ bis zum Drogeriemarkt. Es gibt sogar Überlegungen großer Konzerne wie Coca Cola, Getränke mit CBD anzubieten (N-TV 2018).

Arzneimittelgesetz, Betäubungsmittelgesetz

Unstrittig ist, dass CBD-Produkte als Arzneimittel einzustufen sind und damit in die Apotheke gehören, wenn auf der Verpackung der Produkte medizinische Wirkungen erwähnt werden. Das vermeiden die meisten Händler auf dem freien Markt.

THC ist das einzige Cannabinoid, das einzeln in Anlage I BtMG genannt wird und damit – abgesehen von medizinischer Anwendung – verboten ist. CBD als Reinsubstanz ist also nicht verboten.

Als Deutschland für Nutzhanf eine Ausnahme vom Verbot in Anlage I BtMG hineingeschrieben hat, hat man offenbar nicht damit gerechnet, dass Konsumenten den Wunsch haben könnten, Blüten zu rauchen, die keinen Rausch auslösen. Man hatte eher schwerindustrielle Faseranwendungen für Hutablagen in Autos oder Dämmstoffe für Gebäude im Sinn. Der für diesen Artikel relevante Eintrag in der Liste der verbotenen Stoffe in Anlage I lautet:

„Cannabis (*Marihuana*, Pflanzen und *Pflanzenteile* der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen)

- ausgenommen

(...)

- b) wenn sie aus dem Anbau in Ländern der Europäischen Union mit *zertifiziertem Saatgut* (...) stammen (...) *oder* ihr Gehalt an Tetrahydrocannabinol 0,2 Prozent nicht übersteigt *und* der Verkehr mit ihnen (ausgenommen der Anbau) ausschließlich *gewerblichen* oder wissenschaftlichen *Zwecken* dient, die einen *Missbrauch zu Rauschzwecken ausschließen*“ (BtMG, Anlage I).

Händler_innen argumentieren, dass der Verkauf von Nutzhanfblüten (= „Marihuana“ bzw. „CBD-Gras“) mit höchstens 0,2 Prozent THC damit legal ist, weil ein „Missbrauch zu Rauschzwecken“ bei so geringen THC-Mengen per se nicht möglich ist. Hier müssen sich Gerichte nun mit der Frage auseinandersetzen, ob darunter „theoretisch möglich“ oder „in der Praxis ausgeschlossen“ zu verstehen ist. Es finden sich nämlich Sachverständige, die vor Gericht erzählen, dass man sich mit diesen Blüten sehr wohl berauschen kann, wenn man entsprechend große Mengen zu sich nimmt, um einen entsprechenden THC-Pegel zu erreichen. Sie verkennen dabei, dass die hohen CBD-Mengen, die gleichzeitig aufgenommen werden, einem THC-Rausch entgegen wirken. Theoretisch könnte das THC mit aufwändigen technischen Verfahren auch aus den Blüten extrahiert werden, um sich dann damit zu berauschen. In beiden Fällen wäre allerdings so viel Material nötig, dass der Rausch ungefähr 100-mal teurer wäre als mit normalem Schwarzmarktmarihuana – in der Praxis ausgeschlossen.

Für die Endkunden, die die Blüten kaufen, greift diese Ausnahme auf jeden Fall nicht, da bei ihnen der Besitz nicht gewerblichen Zwecken dient. Sie müssen also mit einem Strafverfahren rechnen, egal welche Art Hanfblüte sie in der Tasche haben.

Bisher haben alle Händler entsprechende Prozesse vor unteren Gerichtsinstanzen verloren, neuere Urteile höherer Gerichte stehen noch aus (Badische Zeitung 2020).

Dennoch vergeht keine Woche, in der nicht wieder ein neuer Hanfshop in Deutschland oder ein Online-Shop eröffnet und unter anderem „CBD-Blüten“ verkauft – und keine Woche, in der nicht ein Hanfshop Besuch von der Polizei bekommt und Anzeigen geschrieben werden.

Diese BtMG-Problematik gilt aber nur für naturbelassene Blüten, nicht für die große Vielfalt anderer Produkte mit CBD, weil es sich in diesen Fällen nicht um „Marihuana“ oder „Pflanzenteile“ handelt, die von der Formulierung in Anlage I BtMG erfasst werden. Für diese Produkte musste ein anderes Mittel her, um sie zu bekämpfen.

Die EU-Novel-Food-Verordnung

Die Vorstellung drängt sich auf: Angestaubte Beamte der EU-Bürokratie überlegen, wie sie gegen den Hanfboom in vielen europäischen Ländern vorgehen könnten, schließlich war Hanf doch immer böse und zu bekämpfen! „Haben wir nicht noch irgendwas dagegen in der Schublade?“ – Die Novel-Food-Verordnung!

Die Novel-Food-Verordnung der EU wurde 1997 verabschiedet und trat am 15. Mai 1997 in Kraft. Lebensmittel, die vor dem 15. Mai 1997 nicht wesentlich in einem Land der EU verbreitet waren, gelten als neuartig und müssen ein Zulassungsverfahren durchlaufen und ihre Unbedenklichkeit nachweisen, um zugelassen zu werden (EU-Novel-Food-Verordnung 1997).

Nun scheint es spontan recht abwegig, diese Verordnung auf Hanf anzuwenden, der die Menschheit schon seit Jahrtausenden als wichtige Kulturpflanze begleitet, auch als Nahrungsmittel. Insbesondere Hanfsamen haben einen hohen Nährwert. Sie wachsen in der Blüte heran, wo auch die verschiedenen Cannabinoide in hoher Konzentration vorhanden sind. Insofern sind Cannabinoide in menschlicher Nahrung alles andere als „novel“. Die EU-Kommission fügte dennoch am 20. Januar 2019 dem Novel-Food-Katalog „Cannabinoids“ hinzu, erfasste neben CBD also gleich eine ganze Reihe von Cannabinoiden als nicht zulässig ohne Antragsverfahren (EU Novel food catalogue o.J.). Kurz nach Verabschiedung der Novel-Food-Verordnung, im März 1998, hatte die EU-Kommission mehreren Unternehmen mitgeteilt, dass „Lebensmittel, die Teile der Hanfpflanze enthalten, nicht unter die [Novel-Food-Verordnung] fallen“ (EU-Kommission 1998). Offenbar war 20 Jahre später zur Bekämpfung des Hanfes eine andere Interpretation „notwendig“, denn ein großer Teil der neuen und boomenden Produkte mit CBD entfällt auf den Bereich der Nahrungs- und Nahrungsergänzungsmittel.

Wahrscheinlich hatten die Zuständigen in der EU nicht damit gerechnet, dass eine der kleinen Hanffirmen in der Lage sein würde, das aufwändige und teure Zulassungsverfahren für neuartige Lebensmittel mit den notwendigen Gutachten zu stemmen. Doch das hat sich schon ein Jahr nach Verkündung der neuen Novel-Food-Interpretation geändert. Seit Anfang 2020 hat die EU mehrere Anträge auf Zulassung von CBD-Produkten als Novel Food auf dem Tisch. Und schon gibt es die nächste willkürliche 180-Grad-Wendung zum Schaden der an der Nase herum geführten Unternehmen. Die EU-Kommission hat den Antragstellern mitgeteilt, ihre Anträge könnten leider zurzeit nicht bearbeitet werden, weil die Kommission erwäge, CBD als Droge einzustufen. In diesem Fall sei eine Zulassung als Novel Food natürlich nicht möglich. (EU-Kommission 2020)

Unklare Rechtslage führt zu chaotischen Zuständen in Deutschland

Bis heute hat diese neue Einschätzung zu völlig unterschiedlichen Reaktionen der Behörden geführt. Das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) betont, dass für die Entscheidung darüber, wie die Novel-Food-Verordnung anzuwenden sei, die Landesbehörden zuständig seien. Dem BVL sei aber „keine Fallgestaltung [ohne Zulassungsantrag] bekannt, wonach Cannabidiol (CBD) in Lebensmitteln, also auch in Nahrungsergänzungsmitteln, verkehrsfähig wäre“ (BVL 2020).

Köln und Düsseldorf hatten zuletzt ihre Haltung dazu offiziell in ihren Amtsblättern klargestellt. Köln etwa untersagte laut Anordnung „das Inverkehrbringen von Lebensmitteln, die Cannabidiol (als „CBD-Isolate“ oder „mit CBD angereicherte Hanfextrakte“) enthalten“ (Amtsblatt Köln 2020). Sie weichen damit ab von der sehr allgemeingültigen Einschätzung des BVL und beziehen sich ausdrücklich nicht auf alle Lebensmittel mit CBD, sondern nur auf solche mit CBD-Isolaten oder „mit CBD angereicherten Hanfextrakten“, wobei letzteres wiederum eine unklare Formulierung ist.

In vielen Städten hat die ganze Diskussion bis heute keine Auswirkungen und Händler können unbehelligt diverse CBD-Produkte verkaufen. In manchen Regionen wird gezielt nur gegen den Verkauf der Blüten vorgegangen, weil ein Verstoß gegen das BtMG vermutet wird, aber andere Produkte und die Novel-Food-Verordnung spielen überhaupt keine Rolle. Wiederum andere Städte fahren das volle Programm und nehmen in Hanfläden praktisch das komplette Sortiment mit, zum Beispiel auch CBD-Liquids für E-Zigaretten, die weder vom BtMG noch von der Novel-Food-Verordnung erfasst werden. Es fällt auf, dass die Behörden vor allem dort sehr rege gegen die CBD-Läden vorgehen, wo Cannabis sowieso besonders vehement verfolgt wird. Beispielsweise in Bayern werden erhebliche Polizeiressourcen für Razzien in Hanfläden in Anspruch genommen, mit fragwürdigem Ergebnis (Mainpost 2020).

In Mainz werden sogar die Kunden der Läden angezeigt, auch wenn es sich um andere Produkte als Blüten handelt, die, selbst wenn sie ein Verstoß gegen die Novel-Food-Verordnung wären, nicht die Kunden, sondern nur die Händler betreffen (DHV 2020a).

Ebenfalls in Mainz wird eine weitere Skurrilität der Situation besonders deutlich: Wegen der großen Nachfrage verkaufen auch große Drogeriemarktketten CBD-Produkte, Tropfen, Öle, Kaugummi. Auch ihnen ist die rechtliche Situation nicht klar, denn die Produkte werden ständig aus den Regalen ein- und ausgeräumt (Merkur 2019). Razzien wie in diversen Hanfläden wegen der gleichen Produkte sind in Drogeriemärkten allerdings unbekannt. Die Mainzer Staatsanwaltschaft begründet das damit, dass dort keine „unstreitig strafbaren Cannabisblüten“ verkauft würden wie in den dort betroffenen Hanfläden. Aufgrund dieser „nicht gleichen Lebenssachverhalte“ werde wegen der CBD-Öle aus den Hanfläden ein Verfahren wegen Verdacht auf BtMG-Verstoß eingeleitet, wegen der gleichen Produkte aus dem Drogeriemarkt nicht. Und deshalb leite man auch bei den Endkunden Verfahren wegen der Öle ein, wenn sie diese im Hanfshop gekauft hätten, weil diese ja die unterschiedlichen Lebenssachverhalte erkennen könnten (DHV 2020b).

Die Einschätzung der WHO

Eine Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation WHO hat 2018 Cannabis und einige Cannabinoide neu bewertet (WHO 2018a). Daraufhin schlug die WHO der UN offiziell unter anderem vor, CBD von der internationalen Drogenkontrolle auszunehmen. Es seien keine Gesundheitsprobleme durch CBD bekannt und es gebe kein Missbrauchspotenzial wie bei anderen Substanzen, die den internationalen Drogenkontrollverträgen unterliegen (WHO 2018b). Mit anderen Worten: CBD ist gut verträglich und erfüllt per definitionem gar nicht die Voraussetzung, als Droge

verboten zu werden, weil es keine Droge ist. Im Januar 2019 wurden die Empfehlungen konkretisiert und um den Vorschlag ergänzt, auch CBD-“preparations“ mit weniger als 0,2 Prozent THC aus der internationalen Drogenkontrolle herauszunehmen (WHO 2019). Das entspricht genau der deutschen Definition von Nutzhanf und damit auch den in Deutschland verkauften CBD-Blüten.

Seit dieser WHO-Empfehlung war die Neueinstufung von Cannabis, nicht nur für CBD, sondern auch die Anerkennung der medizinischen Wirkung von Cannabis insgesamt, schon mehrfach Thema auf den Sitzungen der Commission on Narcotic Drugs, bisher ohne Ergebnis. In diesem Zusammenhang wurde der EU-Kommission die Sache auf Anfrage nochmal eindeutig erläutert (CND 2020):

„European Union:

It is not clear why there is need for a more extensive exception for preparations containing predominantly cannabidiol than for any other narcotic substance. Why is a more extensive exception needed, considering that:

- a) it could have negative implications for the possibility to prosecute personal consumption of cannabis in states parties where this constitutes a criminal offence and
- b) the criminalisation of the personal consumption of cannabis is purely a national matter?

Answer by WHO:

The recommended exemption from control of cannabidiol is because it does not satisfy the criteria for control under either the 1961 Convention or the 1971 Convention. As it does not satisfy the 1961 criteria it cannot be considered narcotic.“

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit die EU-Kommission an der Kompetenz der WHO für die Einschätzung von CBD zweifelt und welcher sonstigen in Bezug auf CBD beratenden Institution die EU-Kommission eine höhere Kompetenz zuschreibt. Und es wird klar, dass es auch bei der teilweise heftigen Gegenwehr der deutschen Behörden nicht um CBD geht. Gegen CBD wird ein Stellvertreterkrieg geführt, um etwas gegen Cannabis insgesamt zu unternehmen, was vermutlich damit zusammenhängt, dass CBD-Blüten aussehen und auch riechen wie THC-haltige Cannabisblüten.

Regulierung wäre besser für alle Beteiligten

Anstatt mit skurrilen Tricks zu versuchen, gegen CBD-Produkte vorzugehen, wünschen sich Handeltreibende und Konsument_innen eine nachvollziehbare Regulierung des Marktes. Ehrliche Händler_innen hätten gern Rechtssicherheit, die Möglichkeit, Kundschaft ehrlich zu beraten, und Schutz vor schwarzen Schafen, die CBD-Produkte mit allen möglichen Mängeln billig verkaufen. Kund_innen wiederum wüssten gern, ob sie sich auf die Inhaltsangaben verlassen können, ob so viel CBD enthalten ist wie angegeben und ob sie sicher sind vor gesundheitsschädlichen Inhaltsstoffen. All das bringt die derzeitige Situation des CBD-Handels im Graubereich mit sich.

Die konsequenteste Lösung wäre natürlich die komplette Legalisierung von Cannabis mit entsprechender Regulierung des Verkaufs an Erwachsene. Damit würde sich die Hysterie um CBD von allein in Luft auflösen.

Literatur

- ABDA (2016): 40/16 Informationen der Institutionen und Behörden: Änderungen in der Verschreibungspflicht. Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e.V., Artikel vom 04.10.2016. <https://www.abda.de/fuer-apotheker/arzneimittelkommission/amk-nachrichten/detail/40-16-informationen-der-institutionen-und-behoerden-aenderungen-in-der-verschreibungspflicht>
- Amtsblatt Köln (2020): 156 – Allgemeinverfügung der Stadt Köln vom 18.05.2020 zur Untersagung des Inverkehrbringens von Cannabidiol (CBD)haltigen Lebensmitteln. Amtsblatt der Stadt Köln, 17.06.2020. https://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf13/amtsblatt/amtsblaetter-2020/amtsblatt_48_20200617.pdf
- Badische Zeitung (2020): Amtsgericht Freiburg – Prozess gegen Lahrer Hanf-Händler offenbart knifflige Rechtslage. Artikel vom 29.05.2020. <https://www.badische-zeitung.de/prozess-gegen-lahrer-hanf-haendler-offenbart-knifflige-rechtslage--185947232.html>
- BVL (2020): FAQ „Sind Nahrungsergänzungsmittel mit Cannabidiol (CBD) (CBD) verkehrsfähig?“, abgerufen am 07.09.2020. https://www.bvl.bund.de/SharedDocs/FAQ/DE/02_Unternehmer/01_Lebensmittel/03_FAQ_Hanf_THC_CBD/00_FAQ_Cannabidiol_CBD.html
- CND (2020): Compilation of all questions and answers on the WHO recommendations on cannabis and cannabis-related substances raised during the fourth and fifth intersessional meeting of the Commission at its sixty-second session, Commission on Narcotic Drugs, 02.-06.03.2020. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63/CRPs/ECN72020_CRP4_V2000845.pdf
- DHV (2020a): Mainz: Repressive Maßnahmen gegen CBD-Öl-Kunden und Cannabis-Patienten. Deutscher Hanfverband, Artikel vom 19.06.2020. <https://hanfverband.de/nachrichten/news/mainz-repressive-massnahmen-gegen-cbd-oel-kunden-und-cannabis-patienten>
- DHV (2020b): CBD-Willkür in Mainz geht weiter. Artikel vom 06.08.2020. <https://hanfverband.de/nachrichten/news/cbd-willkuer-in-mainz-geht-weiter>
- EU Novel food catalogue (o.J.): Cannabinoids. http://ec.europa.eu/food/safety/novel_food/catalogue/search/public/?event=home&seqfce=972&ascii=C
- EU-Kommission (1998): Fax EU-Kommission an Dupetit, 03.03.1998: Lebensmittel mit Teilen der Hanfpflanze kein Novel Food. <https://cbdoileurope.com/wp-content/uploads/2019/03/European-Commission-Novel-foods.png>
- EU-Kommission (2020): RE: CBD – Cannabidiol in Europa – Aussagen der EU-Kommission? Antwort an eine Anfrage des Branchenverbands Cannabiswirtschaft vom 11.08.2020. <https://start.cannabiswirtschaft.de/wp-content/uploads/2020/08/20200811-EU-KOM-zu-CBD-Best%C3%A4tigung-Sprecher-EU-Kopie.pdf>
- EU-Novel-Food-Verordnung (1997): VERORDNUNG (EG) Nr. 258/97 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 27. Januar 1997 über neuartige Lebensmittel und neuartige Lebensmittelzutaten (Novel-Food-Verordnung). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1997R0258:20090120:DE:PDF>
- Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz – BtMG), Anlage I (zu § 1 Abs. 1) (nicht verkehrsfähige Betäubungsmittel), abgerufen am 06.09.2020. https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/anlage_i.html
- Grotenhermen, F./ Berger, M. /Gebhardt, K. (2015): Cannabidiol/CBD – ein cannabishaltiges Compendium. Solothurn: Nachtschatten.

- Heise (2005): Cannabis hilft gegen Schmerzen. Artikel vom 04.03.2005. <https://www.heise.de/tp/features/Cannabis-hilft-gegen-Schmerzen-3438727.html>
- IACM (2009): Deutschland/Gesetze. Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabinoidmedikamente, Letzte Aktualisierung: 27. November 2009. <http://www.cannabis-med.org/index.php?tpl=page&id=44&lng=de#Deust>
- IACM (2011): Bundesrat billigt Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, sodass Sativex auch in Deutschland zugelassen werden kann. Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabinoidmedikamente, Artikel vom 23.04.2011. http://www.cannabis-med.org/german/acm-mitteilungen/ww_de_db_cannabis_artikel.php?id=76#1
- IACM (2018): , Die medizinisch wirksamen Bestandteile von Cannabis. Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabinoidmedikamente, Artikel vom 10.01.2018. <https://www.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/2018/01/10/die-medizinisch-wirksamen-bestandteile-von-cannabis/>
- Mainpost (2020): 16 Razzien in bayerischen Hanfläden: Bislang zwei Anklagen. Artikel vom 05.03.2020. <https://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/16-Razzien-in-bayerischen-Hanflaeden-Bislang-zwei-Anklagen;art735,10417426>
- Merkur (2019): Wirrwarr bei Zulassung – Nun doch: dm verkauft Cannabis-Produkt wieder – und bewegt sich damit am Rande der Legalität. Artikel aktualisiert: 07.08.19. <https://www.merkur.de/wirtschaft/dm-verkauft-cannabis-produkt-wieder-und-bewegt-sich-am-rande-legalitaet-zr-12242746.html>
- N-TV (2018): Offenbar Gespräche mit Aurora – Coca-Cola will Cannabis-Drinks herstellen. Artikel vom 17.09.2018. <https://www.n-tv.de/wirtschaft/Coca-Cola-will-Cannabis-Drinks-herstellen-article20628032.html>
- WHO (2018a): Expert Committee on Drug Dependence Critical Review – Cannabis and cannabis resin. <https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/Cannabis-and-cannabis-resin.pdf>
- WHO (2018b): Brief an UN zur Neueinstufung von Cannabis, 23.07.2018. https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_SignedDGletter.pdf
- WHO (2019): Brief an UN zur Neueinstufung von Cannabis, 24.01.2019. <https://faaat.net/wp-content/uploads/ECDD-cannabis-final-outcome.pdf>

Update zu Cannabis als Medizin: Diskussion und Praxis

Franjo Grotenhermen & Maximilian Plenert

Zusammenfassung

Die Bilanz des Cannabis als Medizin-Gesetzes von 2017 zeigt viel Licht, wirft aber auch lange Schatten. Die rechtliche Grundlage hat in der Theorie einen guten Rahmen geschaffen, in der Praxis müssen Patient_innen und ihre Ärzt_innen hart und zu oft erfolglos für eine Therapie mit Cannabis-Medikamenten kämpfen. Trotz aller Probleme ist die Wirkung des Gesetzes enorm. Die Zahl der Cannabis-Patient_innen steigt weiterhin schnell. Die Erfahrungen aus dem Ausland prognostizieren ein Potential von über einer Million Menschen, die mit Cannabis als Medizin ein besseres Leben führen könnten. Triebfeder für das Wachstum ist Engagement vieler Einzelner, während die strukturelle Integration der Behandlung mit Cannabinoiden als Teil der Regelversorgung ebenso auf sich warten lässt wie ein engagiertes Handeln der verantwortlichen Organisationen.

Vorbemerkung

Die Betrachtung der Verwendung von Cannabis-Medikamenten als gesundheitspolitisches Thema impliziert, dass alle Bundesbürger_innen, deren Gesundheit, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit sowie Lebensqualität durch Cannabis-Medikamente verbessert werden können, einen realen Zugang zu einer solchen Therapie erhalten sollten. Dieses Ziel hatte sich der Gesetzgeber bei der einstimmigen Verabschiedung des Gesetzes am 19. Januar 2017 im Deutschen Bundestag („Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“, Bundestagsdrucksache 18/8965) gesetzt.

Hintergrund

In der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) vom 18. September 2016 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung hieß es:

„Aus Sicht der Patienten und der Ärzteschaft muss es darauf ankommen, dass die Entscheidung, ob ein Patient mit Cannabis-basierten Medikamenten behandelt wird, eine Entscheidung von Arzt und Patient ist. Ansonsten bleibt es bei einer Zweiklassenmedizin, mit größeren Optionen für vermögende Patienten. Viel wird daher davon abhängen, wie streng die Kriterien für eine Kostenübernahme solcher Präparate durch die Krankenkassen gehandhabt werden sollen, und ob Ärztinnen und Ärzte

tatsächlich in der Lage sind angesichts ihres begrenzten Praxisbudgets Medikamente auf Cannabisbasis auch in der Tat verschreiben können.“¹

Aktuelle Situation

Nach der gegenwärtigen Rechtslage sind – trotz ärztlicher Empfehlung einer Therapie mit cannabisbasierten Medikamenten – weiterhin viele Patient_innen von einer entsprechenden Behandlung ausgeschlossen.

Zahlreiche Ärzt_innen sind grundsätzlich bereit Cannabis als Therapie zu nutzen, der Aufwand, ihr Mangel an Wissen und Angst vor Regressforderungen sind für viele die entscheidende Hürde. Patient_innen trauen sich nicht, das Thema Cannabis als Option anzusprechen, was im Einzelfall leider keine unbegründete Angst ist. Patient_innen berichten in der Folge von teilweise negativen Reaktionen bis hin zum Rauswurf aus der Praxis oder dem Abbruch der kompletten Therapie

Das häufigste Problem von Patient_innen ist die erfolgreiche Suche nach einem Arzt bzw. einer Ärztin. Nicht alle Patient_innen sind in der Lage, die dafür häufig notwendige Kraft und Zeit aufzubringen. Problematisch können auch Situationen ohne freie Wahl des Arztes bzw. der Ärztin sein, z.B. bei stationären Therapien.

Jede Behandlung mit Medikamenten auf Cannabisbasis, die auf eine Übernahme der Kosten durch die zuständige Krankenkasse abzielt, ist für den Arzt oder die Ärztin mit einem hohen Aufwand für den Antrag bei häufige Ablehnungen bei minimaler Vergütung verbunden. Wird der Antrag nicht im ersten Anlauf genehmigt, müssen der Patient oder die Patientin zusammen mit dem Arzt bzw. der Ärztin ein langwieriges Verfahren für den Widerspruch durchstehen und möglicherweise vor dem Sozialgericht, eventuell in mehreren Instanzen, auf eine Kostenübernahme klagen. Häufig geben Patient_innen im Verlaufe dieses Prozesses auf.

Nur eine der Spitzen des Eisberges

Die in diesem Artikel explizit benannten Probleme und Lösungsvorschläge sowie ihre Adressat_innen stellen eine Auswahl dar.

Weiterhin werden die zahlreichen Erfahrungen, die Ärzt_innen und Patient_innen machen nicht systematisch wissenschaftlich erforscht, bei der Begleiterhebung wird nur ein Bruchteil davon gesammelt. Problematisch ist der Umgang mit den Daten aus der Begleiterhebung. Das BfArM hat das Monopol beim Zugriff und veröffentlicht selbst selektiv Daten, was einen unmittelbaren Einfluss auf die öffentliche Debatte hat.

Patient_innen, die einen verschreibenden Arzt gefunden und auch eine Kostenübernahme haben, stehen vor weiteren Problemen, die von anderen Patient_innen jedoch eher als Luxusprobleme betrachtet werden, wie beispielsweise Lieferengpässe für bevorzugte Sorten oder Einschränkungen der Reisefreiheit mit ihrem Medikament.

¹ https://www.cannabis-med.org/nis/data/file/stellungnahme_acm_2016.pdf

Patient_innen, die cannabisbasierte Medikamente einnehmen, dürfen zwar grundsätzlich nach dem Gesetz am Straßenverkehr teilnehmen, wie dies auch für andere ärztlich verschriebene Betäubungsmittel, insbesondere Opiate, gilt. In der Praxis droht jedoch je nach Haltung der zuständigen Behörden und Begutachtungsstellen der Verlust des Führerscheins. Zwar hat das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur im Jahr 2015 in einem Merkblatt die Rechtslage erläutert und darauf hingewiesen, dass Cannabis-Patient_innen grundsätzlich am Straßenverkehr teilnehmen dürfen, eine ausführliche Neufassung der Hinweise als klare Richtschnur für Polizeibeamt_innen, Führerscheinstellen und MPU-Stellen steht jedoch aus.

Das Problem der Strafverfolgung hat die ACM in einer aktuellen Petition adressiert². Neben der Bundesregierung und dem Bundestag sind alle weiteren Akteur_innen im Gesundheitssystem aufgerufen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Probleme anzugehen, die einer Regelversorgung mit Cannabis-Medikamenten im Wege stehen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind aufgerufen, ihrem Versorgungsauftrag auch beim Einsatz von cannabisbasierten Medikamenten nachzukommen. Sie sind angesichts der gravierenden Probleme in der Pflicht, als Anlauf- und Beratungsstelle für Patient_innen und Ärzt_innen zu dienen. Die Vermittlung von Ärzt_innen fällt in ihre Zuständigkeit ebenso wie Hilfe bei der Kostenübernahme.

Die Ärztekammern und Fachgesellschaften müssen angesichts der Ängste, Bedenken und Wissenslücken ihrer Mitglieder reagieren. Beiträge mit Informationen zum Thema müssen fortlaufend weiterentwickelt und aktiv angeboten werden. Die Kenntnisse der Ärzt_innen, die umfangreiche Erfahrungen mit dem Einsatz von Cannabis und Cannabinoiden gesammelt haben, müssen weitergegeben werden, um mehr Ärzt_innen in die Versorgung mit entsprechenden Präparaten miteinzubeziehen.

Verzerrungen bei der Verteilung der Indikationen bei der Kostenübernahme

Mehr als 70% der Kostenübernahmen, die sich in einer Zwischenauswertung der Begleiterhebung durch die Bundesprüfstelle niederschlagen, entfallen auf Schmerzerkrankungen – Patient_innen mit vielen anderen Indikationen sind unterrepräsentiert. Ein Teil der Verschreibungen von Cannabis-Medikamenten entfällt auf solche, bei denen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten der Behandlung übernommen haben. Diese werden durch eine fünfjährige Begleiterhebung durch die Bundesprüfstelle erfasst. Nicht erfasst werden Verschreibungen auf Privatrezepten, die entweder bei privaten Krankversicherern eingereicht oder von den Patient_innen selbst bezahlt werden. Nach Angaben der Bundesregierung lagen bis zum 6. März 2020 8872 vollständige Datensätze in der Begleiterhebung vor (siehe Tabelle 1).

² <https://petition.arbeitsgemeinschaft-cannabis-medizin.de/>

Tabelle 1: Verteilung der Indikationen der 8872 Datensätze der Begleiterhebung durch die Bundesopiumstelle³

Erkrankung bzw. Symptomatik	Prozentualer Anteil
Schmerzen	ca. 72 %
Spastik	ca. 11 %
Anorexie/Wasting	ca. 7 %
Übelkeit/Erbrechen	ca. 4 %
Depressionen	ca. 3 %
Migräne	ca. 2 %
ADHS	ca. 1 %
Appetitmangel/Inappetenz	ca. 1 %
Darmkrankheit, entzündlich	ca. 1 %
Darmkrankheit	ca. 1 %
Epilepsie	ca. 1 %

Andere Erkrankungen (Tourette-Syndrom, Restless Legs Syndrom, Schlafstörung) machen weniger als ein Prozent der Erkrankungen aus. Andere bewährte Indikationen tauchen überhaupt nicht auf. Es ergibt sich ein deutlicher Unterschied zur Verteilung der Erkrankungen, für die die Bundesopiumstelle in den Jahren 2007-2016 Ausnahmeerlaubnisse zur Verwendung von Medizinalcannabisblüten aus der Apotheke nach § 3 Abs. 2 Betäubungsmittelgesetz erteilt hat. Dort bildeten psychiatrische Erkrankungen, wie ADHS, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörung, sowie chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Colitis ulcerosa und Morbus Bechterew einen deutlich größeren Anteil der Patient_innen, die nach Auffassung der Bundesopiumstelle eine Therapie mit Cannabis benötigten.

Besonders deutlich wird dies bei psychischen Problemen und speziell bei der Diagnose ADHS. Diese Patient_innen sind bei den Kostenübernahmen unterrepräsentiert, dafür machen sie einen überdurchschnittlichen Anteil bei Informationsangeboten wie dem ACM-Patiententelefon aus. Psychische Erkrankungen hatten bei den Patient_innen mit Ausnahmeerlaubnis einen Anteil von 23%. Bei den Kostenübernahmen sank der Anteil auf 5%. Bei ADHS sank der Anteil von 14% im Rahmen der Ausnahmeerlaubnisse auf nur 2%.

Diskrepanz zwischen Versorgung und Bedarf

Eine genaue Abschätzung der Zahl der Patient_innen in Deutschland, die cannabisbasierte Medikamente legal erhalten, ist aufgrund fehlender Daten über die Ausstellung von Privatrezepten bzw. Privatpatienten mit einer Kostenzusage nicht möglich.

³ Drucksache 19/18292

Es ist davon auszugehen dass die meisten Patient_innen, die keine Kostenübernahme erhalten, ihren Bedarf über Privatrezepte aus wirtschaftlichen Gründen nur teilweise decken können.

Bei einer großzügigen Annahme der Zahl von Privatpatient_innen erhielten etwa 20-30.000 Personen in Deutschland Medikamente auf Cannabisbasis. Dies entspricht bei einer Einwohnerzahl von 83,2 Millionen einem Anteil von 0,025-0,036%. Aus anderen Ländern, wie Israel, Kanada und einigen Staaten der USA ist bekannt, dass der reale Bedarf für eine ausreichende gesundheitliche Versorgung mit Cannabis-Medikamenten bei etwa 1 bis 2% der Bevölkerung und damit mindestens 870.000, eher aber mehr als einer Million, Patient_innen liegt.

Es kann sicher davon ausgegangen werden, dass deutlich weniger als 10% der Patient_innen – dies wären 87.000 Personen – die einer solchen Therapie bedürfen, diese auch erhalten.

Lösungsvorschläge für bestehende Probleme

Problem: Ablehnung der Kostenübernahme aufgrund unzureichender klinischer Datenbasis

Für viele schwere Erkrankungen, bei denen cannabisbasierte Medikamente einen therapeutischen Nutzen haben und bei denen die Bundesopiumstelle zwischen 2007 und 2016 entsprechende Ausnahmeerlaubnisse nach § 3 Abs. 2 BtMG erteilt hatte, gibt es nur eine unzureichende klinische Datenbasis. Die Krankenkassen sind dazu übergegangen, bei diesen Patient_innen „eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome“ (§ 31 Abs. 6 SGB V) zu negieren, obwohl die betroffenen Patient_innen nach ärztlicher Einschätzung eine positive Einwirkung auf ihre Erkrankung bzw. Symptomatik tatsächlich erleben.

Lösungsvorschlag: Die Krankenkassen sollten zur Kostenübernahme verpflichtet werden, wenn ein cannabisbasiertes Medikament im konkreten Einzelfall eine tatsächliche „spürbare positive Einwirkung“ auf die Erkrankung bzw. Symptome bewirkt. Sinnvoll wäre eine Regelung, wie sie für die Kostenübernahme bei dem Fertigarzneimittel Sativex® gilt. Dieses Medikament kann für die Behandlung der mittelschweren bis schweren Spastik bei multipler Sklerose von Erwachsenen verschrieben werden. Die Kosten werden langfristig allerdings nur dann erstattet, wenn sich während eines Behandlungsversuchs auch tatsächlich eine Besserung einstellt.

Problem: Ablehnung der Kostenübernahme aufgrund mangelnder Schwere der Erkrankung

Krankenkassen lehnen immer wieder eine Kostenübernahme ab, weil Erkrankungen nicht als „schwerwiegend“ eingestuft werden.

Lösungsvorschlag: Die Passage im Sozialgesetzbuch V, in der es heißt „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung ...“ wird ergänzt durch „Als schwerwiegend ist eine Erkrankung dann einzustufen, wenn dadurch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt wird.“ Bereits die Anforderungen des § 13

Betäubungsmittelgesetzes schließen aus, dass Cannabis-basierte Medikamente bei leichten bzw. nicht schwerwiegenden Erkrankungen eingesetzt werden dürfen.

Problem: Ablehnung der Kostenübernahme ohne Benennung von Therapiealternativen

Krankenkassen lehnen nicht selten eine Kostenübernahme ab, weil noch nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft seien, ohne allerdings konkret zu benennen, welche Therapien noch durchgeführt werden sollten. Die behandelnden Ärzt_innen wissen dann nicht, welche Therapien nach Auffassung der Krankenkasse bzw. des MDK noch durchgeführt werden sollen, bevor ein Behandlungsversuch mit einem Cannabis-basierten Medikament genehmigt werden kann.

Lösungsvorschlag: Die Krankenkassen dürfen einen Antrag wegen fehlender Ausschöpfung von Standardtherapien nur dann ablehnen, wenn diese konkret benannt werden.

Problem: Kostenexplosion bei Cannabisblüten

Die Kosten für Cannabisblüten in der Apotheke sind in 2017 erheblich gestiegen, weil sie nach Inkrafttreten des Gesetzes nach § 4 oder § 5 Arzneimittelpreisverordnung als Rezepturarzneimittel abgegeben werden müssen. Dies belastet das ärztliche Budget, die Krankenkassen und insbesondere Patient_innen, die solche Medikamente weiterhin selbst finanzieren müssen. Die Kostenreduktion durch Verhandlungen der Spitzenverbände auf Grundlage des GSAV (Gesetz zu mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung), das am 16. August 2019 in Kraft trat, ist unzureichend. Es entlastet die Krankenkassen nur gering und bringt keine Vorteile für Selbstzahler_innen.

Lösungsvorschlag: Die Prüfung der Identität verschiedener Chargen von Medizinalcannabisblüten sollte nach dem Vorbild der Niederlande zentral in der Cannabisagentur oder einer anderen Stelle erfolgen. Eine Prüfung jeder einzelnen Dose derselben Charge könnte dann in den Apotheken entfallen, sodass die Behältnisse nicht mehr geöffnet werden müssten und die Medizinalcannabisblüten als fiktives Fertigarzneimittel behandelt werden könnten.

Arzneimittelpreise sind politische Preise, da ihre Festsetzung weitgehend rechtlich geregelt ist. Das es anders geht, zeigen die Niederlande. In den dortigen Apotheken sind die gleich verpackten Cannabissorten des niederländischen Unternehmens Bedrocan für etwa ein Drittel des Preises (6-7 € versus 21-23 € pro Gramm) erhältlich.

Problem: Drohende Regresse (Strafzahlungen) für Ärzt_innen

Ärztinnen und Ärzte fürchten bei einer Verordnung hoher Dosierungen Cannabis-basierter Medikamente, dass dies Strafzahlungen an die Krankenkassen, so genannte Regresse, nach sich ziehen könnte unter dem Vorwurf mangelnder Wirtschaftlichkeit – trotz Kostenübernahme der Behandlung.

Lösungsvorschlag: Die Verordnung von Arzneimitteln mit den Wirkstoffen THC und Nabilon sind bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach §§ 106-106c SGB V als zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten von der Prüfungsstelle anzuerkennen, sofern eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse erfolgt. Bereits heute sind viele Me-

dikamente im Anwendungsgebiet mit einem Zusatznutzen laut G-BA-Beschluss als bundesweite Praxisbesonderheit anzuerkennen.⁴ Der Kostenübernahmeverbehalt der Krankenkassen kann so wie ein akzeptierter Zusatznutzen nach G-BA-Beschluss der vergleichbar behandelt werden.

Der Weg zur Gerechtigkeit von Cannabis-Patient_innen führt über die Gerichte

Zahlreiche Patient_innen führten Prozesse um ihr Recht auf eine Therapie mit Cannabis durchzusetzen. Selbst bei Fragestellungen, die sich klar aus dem Gesetz beantworten lassen, müssen Patient_innen ihre Rechte bis zur Ebene der Landessozialgerichte einklagen. Neu sind derartige Probleme nicht. Das Bundesversicherungsamt wies bereits in seinem Tätigkeitsbericht 2017 darauf hin, dass einzelne Kassen die Genehmigung rechtswidrig befristet haben oder auf die Genehmigungsfiktion vom Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde hingewiesen werden mussten.

Einschränkung auf kostengünstigste Darreichungsform unzulässig

Das Landessozialgericht in München hat Ende 2019 in einem Urteil klargestellt, dass die Krankenkassen nicht nur die kostengünstigste Darreichungsform genehmigen darf, wenn andere Formen eine andere Wirkung zeigen. Die Therapiefreiheit hinsichtlich Art und Dosis liegt ausschließlich beim Vertragsarzt. (LSG München, Urteil v. 05.11.2019 – L 5 KR 544/18)

Urteil zur Austerapietheit des Landessozialgerichts Hamburg

Die Entscheidung, ob eine reguläre Therapieoption und Kassenleistung zum Einsatz kommen kann oder nicht, trifft allein der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin. Dies wurde im Gesetz explizit festgeschrieben. Die Krankenkasse darf nur prüfen, ob eine „begründete Einschätzung“ vorliegt, eine inhaltliche Auseinandersetzung steht ihr nicht zu. Wichtig für den Kostenantrag ist, dass der Arzt bzw. jede Ärztin für jede ausgeschlossene Standardtherapie explizit eine „begründete Einschätzung“ dokumentiert. Dabei müssen insbesondere die Nebenwirkungen und die konkrete Situation des jeweiligen Patienten bzw. der jeweiligen Patientin berücksichtigt werden. Daneben können auch weitere medizinische Gründe wie ein Therapieerfolg mit Cannabisblüten angeführt werden. Beschluss vom 02.04.2019 (Sozialgericht Hamburg S 18 KR 1736/18 ER; Landessozialgericht Hamburg L 1 KR 16/19 B ER)

⁴ Vergleiche: https://www.kvberlin.de/20praxis/50verordnung/45pruefung/bw_praxisbesond/index.html; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/171608/Neue-Arzneimittel-Kaum-Praxisbesonderheiten>

Zeitliche Befristung der Kostenübernahme unzulässig

Eine zeitliche Befristung der Kostenübernahme einer Therapie mit Cannabis als Medizin durch die Krankenkasse ist nicht zulässig. Die Genehmigung ist nur einmalig vor Beginn der Therapie einzuholen, wie dies das Sozialgericht Hildesheim deutlich machte (Sozialgericht Hildesheim, S32 KR 4041/17 ER).

Oberverwaltungsgericht Saarlouis: Führerschein zu Unrecht entzogen

Ein Verkehrsteilnehmer, der Cannabis zu medizinischen Zwecken verwendet, hat den Führerschein zurückerhalten, nachdem das Oberverwaltungsgericht Saarlouis am 3.9.2018 (Aktenzeichen: 1 B 221/18) entschieden hatte, dass ihm der Führerschein zu Unrecht entzogen worden war. Er befand sich zum Zeitpunkt einer Hausdurchsuchung noch in einer Selbsttherapie mit illegalem Cannabis, zum Zeitpunkt der Entziehung der Fahrerlaubnis jedoch in ärztlicher Behandlung.

Andere Maßnahmen
von Drogenhilfe
und -prävention



§ 16i SGB II – eine Chance für Menschen mit Suchterkrankungen?

Rike Bartholomäus, Petra Kaup & Olaf Schmitz

Zusammenfassung

Mit dem „Teilhabechancengesetz“ hat die Bundesregierung Anfang 2019 ein Förderinstrument zur langfristigen Integration langzeitarbeitsloser und arbeitsmarktferner Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt etabliert.

Eine Erhebung unter 17 Trägern von Beschäftigungsmaßnahmen für Suchtkranke in NRW gibt Hinweise auf Chancen und Grenzen dieser Fördermöglichkeit für eine berufliche Integration abhängigkeitskranker Menschen. Was weiterhin fehlt, sind abgestufte Förderketten, um eine individuell passende und dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben für diesen Personenkreis zu ermöglichen.

Wie lief es in den letzten Jahren?

Es ist nunmehr 15 Jahre her, dass Hartz IV eingeführt wurde. Was bedeutete dies für viele Menschen mit einer chronifizierten Abhängigkeitserkrankung? Plötzlich wurden sie nach Jahren des Sozialhilfebezuges wieder dem Personenkreis der Erwerbsfähigen zugerechnet. Stabilisierte, qualifizierte Menschen mit einer Suchterkrankung profitierten hiervon, jedoch für einen großen Teil der suchtkranken Menschen, deren Leben von Rückfällen, Komorbiditäten und weiteren „Vermittlungshemmnissen“ geprägt war, blieb die Chance auf eine geregelte Erwerbstätigkeit weiterhin verschlossen.

Um eine berufliche Teilhabe außerhalb des ersten Arbeitsmarktes zu ermöglichen, haben sich Suchthilfe- und Beschäftigungsträger an dieser Zielgruppe orientiert und Maßnahmen bzw. Projekte geschaffen, die zeitlich befristete Perspektiven bieten. Diese werden oft als niedrigschwellige Arbeitsgelegenheit (AGH) durchgeführt. Verschiedene höherschwellige Förderprogramme, die eine Brücke zum ersten Arbeitsmarkt darstellen sollten, waren meist nur auf relativ kurze Zeiträume angelegt. Für die Teilnehmenden wechselten sich stabilisierende Beschäftigungsmaßnahmen mit destabilisierenden Phasen der Arbeitslosigkeit ab.

Es ist erfreulich zu beobachten, dass die Zahl der langzeitarbeitslosen Menschen in Deutschland in den letzten Jahren immer weiter gesunken ist (März 2018: 844.596, März 2019: 746.186, März 2020: 708.728; Statistik der Bundesagentur für Arbeit). Die Zahl der Menschen aber, die seit einem langen Zeitraum im SGB II-Bezug sind, ist in den letzten Jahren nicht merklich gesunken. Im aktuellen Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS 2019) ist nachzulesen, dass 32,6% der Personen im ambulanten Suchthilfekontext im SGB II/ SGB III-Bezug sind. Im stationären Suchthilfekontext sind es sogar 51%. Es ist davon auszugehen, dass viele, die in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit als Langzeitbeziehende und Langzeitarbeitslose

aufgeführt werden, Menschen mit Suchterkrankungen sind. Daneben bestehen oft weitere Problemfelder, die als belastend erlebt werden und die für den Erwerb und Erhalt einer Beschäftigung eine Rolle spielen: gesundheitliche (oftmals auch psychische) Probleme, eine belastende familiäre Situation, fehlende Freizeit- und Tagesstruktur, finanzielle Schieflagen, unzureichende Wohnungssituation, fehlende Fahreignung etc.

Diese Menschen gehören häufig zu dem Personenkreis, der einen Platz in einer der Beschäftigungsmaßnahmen findet, deren Träger sich im Arbeitskreis der Arbeitsmaßnahmen für Menschen mit Suchterkrankungen in NRW zusammengefunden haben. Aber: Welche Perspektiven gibt es für die Menschen nach einer erfolgreichen Teilnahme an den Maßnahmen?

Das „Teilhabechancengesetz“ § 16i SGB II – was bedeutet das?

Mit dem Ziel, für langzeitarbeitslose Menschen eine langfristige Beschäftigungsperspektive zu schaffen, brachte die Bundesregierung am 01.01.2019 das „Teilhabechancengesetz“ auf den Weg. Als wesentliche Neuerung ist darin der § 16i SGB II „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ enthalten.

Was sind die wesentlichen Fördervoraussetzungen?

- **Zielgruppe:** Personen, die 6 Jahre oder länger Arbeitslosengeld II beziehen und über 25 Jahre alt sind
- **Fördergegenstand:** Sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse bei allen Arten von Arbeitgeber_innen
- **Förderdauer:** 5 Jahre
- **Zuschuss:** 100% der Lohnkosten, sinkt ab dem 3. Jahr um jeweils 10%-Punkte jährlich
- **Coaching:** Ganzheitliche beschäftigungsbegleitende Betreuung während der gesamten Förderungsdauer
- **Qualifizierung:** Erforderliche Weiterbildungen und betriebliche Praktika sind möglich. Weiterbildungskosten bis insgesamt 3.000 Euro werden übernommen.

Die Voraussetzungen klingen nach einem gelungenen Angebot für langzeitarbeitslose und arbeitsmarktferne Menschen, die beschäftigungsbegleitende Betreuung benötigen und Bedarf an zur Verfügung stehenden Weiterbildungen haben. Die Maßnahme weckt die Hoffnung, dass sie mit ihren besonderen inhaltlichen Ausprägungen eine stabilisierende und motivierende Teilhabechance für Menschen mit Suchterkrankungen bietet.

§ 16i SGB II: Wird das neue Instrument von Maßnahmenträgern der Suchthilfe angenommen?

Im Frühjahr 2020 wurden 17 Beschäftigungsträger aus NRW befragt, die ihren Schwerpunkt auf die Arbeit mit Menschen mit Suchterkrankungen legen. Die nachfolgenden Aussagen sind nicht repräsentativ und in ihrer Aussagekraft beschränkt. Sie können aber als ein erster Eindruck interpretiert werden, inwiefern das Instrument § 16i SGB II für das Klientel der eher chronifizierten langzeitarbeitslosen Menschen im SGBII-Bezug hilfreich erscheint.

Einige Fakten:

- Von den 17 Befragten haben 10 Träger insgesamt 25 § 16i-Stellen eingerichtet.
- Von den 25 Stellen wurden 17 Stellen mit Menschen mit Suchterkrankung besetzt.
- Beschäftigungsfelder: Hauswirtschaft und –technik, Gartenbau, Verwaltungstätigkeit, EDV
- Die ersten Erfahrungen werden zu 60% als „sehr gut“ und zu 40% als „zufriedenstellend“ bewertet.

Es werden auf zwei Seiten positive Effekte beschrieben: In den jeweiligen Arbeitsfeldern findet eine Entlastung durch die dazu kommende Kraft statt und neue Mitarbeitende erhalten eine langfristige Perspektive inklusive dem Gefühl der Anerkennung. Diese geht häufig einher mit einer gesteigerten Zuverlässigkeit, guter Motivation, erhöhter Leistungsbereitschaft und einem Gefühl von Selbstwirksamkeit. Durch das Wahrnehmen des geförderten beruflichen Bildungsangebotes können Chancen, auf den ersten Arbeitsmarkt zu gelangen, gesteigert werden.

Träger berichten jedoch ebenfalls von Schwierigkeiten durch einen hohen Einarbeitungsaufwand und von Problemen, die durch einen Rollenwechsel „von Klient/Klientin zu Mitarbeitenden“ entstehen. Mit dem Coaching haben die Träger unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Es wird von beauftragten Trägern oder Mitarbeitenden des Jobcenters durchgeführt. Deutlich werden regionale Unterschiede, die die Qualität und die Quantität der Coaching-Termine betreffen.

Warum richten nicht mehr Träger § 16i-Stellen für Menschen mit Suchterkrankungen ein?

Von den Trägern, die bisher keine entsprechenden Stellen eingerichtet haben, geht eine geringe Bereitschaft aus, dieses in Zukunft anzustreben.

Teilweise können die Teilnehmenden aus den bisherigen Beschäftigungsmaßnahmen die Fördervoraussetzungen nicht erfüllen. Einige sind nicht in der Lage, mehr als vier Stunden zu arbeiten. Eine Schwierigkeit scheint auch die Finanzierung des verbleibenden Eigenanteils der Arbeitsplatzkosten (Sonderzahlungen, Sachkosten) zu sein. Es wird auch geschildert, dass es keine passenden Einsatzfelder für die Stellen gibt. Die Problematik, dass Träger Schwierigkeiten bei der Abstimmung mit dem zuständigen Jobcenter beklagen, scheint regional existent, jedoch nicht sehr ausgeprägt zu sein.

Auch befinden sich einige Maßnahmen selbst im Projektstatus, der es nicht möglich macht, mehrjährige § 16i-Verträge abzuschließen.

Lediglich 4 der 17 befragten Träger gelang die Vermittlung von Teilnehmenden aus ihrem Beschäftigungsprojekt in Stellen außerhalb sozialer Arbeitgeber. Insgesamt 8 Menschen wurden in eine entsprechend geförderte Beschäftigung in der freien Wirtschaft vermittelt.

Was fehlt (nach Ansicht der Suchthilfe- und Beschäftigungsträger) an Fördermöglichkeiten für die Teilhabe am Arbeitsmarkt?

Trotz der Erweiterung der Instrumente zur beruflichen Teilhabe durch das Teilhabechancengesetz benennen die befragten Träger Lücken bei den Möglichkeiten zur Beschäftigungsförderung suchtkranker Menschen:

- Die gesetzlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit unterliegen zeitlichen Befristungen. Dadurch wird eine langfristige Beschäftigung gerade für Personen mit dauerhaften Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit verhindert.
- Es gibt nur wenige Förderinstrumente, mit denen niedrigschwellige Beschäftigungsangebote umgesetzt werden können. So fehlt es oft an aufeinander aufbauenden und durchlässigen Bausteinen, in denen sich die Teilnehmenden in ihrem Tempo und entlang ihrer individuellen Voraussetzungen entwickeln können. Hierzu müsste in zweierlei Hinsicht ein Paradigmenwechsel stattfinden:
 - Nicht die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt, sondern die Teilhabe an bedürfnisorientierten Arbeits- und Beschäftigungsangeboten sollte im Vordergrund stehen.
 - Um entsprechend differenzierte Angebote zu schaffen, müssten unterschiedliche Kostenträger (Gesundheitsamt, Jobcenter, Sozialamt, Landschaftsverbände, Rentenversicherung, Krankenkassen, ...) regional eng zusammenarbeiten.
- Versuche der Wiedereingliederung abhängigkeitskranker Menschen in den ersten Arbeitsmarkt sind oftmals problembelastet. Hier wären eine intensive Begleitung und Beratung aller Beteiligten sowie die Entwicklung geeigneter betrieblicher Konzepte wünschenswert, um ein Scheitern zu verhindern.

§ 16i SGB II – Stolpersteine bei der Umsetzung

Für Menschen in einer stabilisierten Phase ihrer Suchterkrankung eröffnet das Teilhabechancengesetz eine neue Perspektive zur langfristigen Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Die beschäftigungsbegleitende Betreuung und das zur Verfügung stehende Weiterbildungsbudget sollen diese Bemühungen wirkungsvoll unterstützen.

Die Fördervoraussetzungen stellen aber gerade für Menschen mit Haftzeiten oder längeren Therapiephasen eine unüberwindbare Schwelle dar:

Mit dem Beginn einer Haft oder einem langfristigen Aufenthalt in einer sozial- oder suchththerapeutischen Einrichtung fallen diese Personen aus dem Leistungsbezug des SGBII. Die zentrale Voraussetzung für die Förderung ist aber, mindestens während sechs der letzten sieben Jahre Arbeitslosengeld II bezogen zu haben. Das bedeutet, dass viele Suchtkranke, die sieben Jahre und mehr arbeitslos sind, nicht als förderungswürdig gelten, wenn die Summe solcher Aufenthalte zwölf Monate übersteigt. Somit kann ein nennenswerter Anteil der Suchtkranken die Fördervoraussetzungen nicht erfüllen und ist damit von dem Einstieg in die Maßnahme nach § 16i SGBII ausgeschlossen.

Eine Nachbesserung des Bundesgesetzes mit der Herausnahme von Haft- und Therapiezeiten als förderschädlichen Faktoren ist deshalb dringend angeraten.

Eine weitere Hemmschwelle kann sich für Suchtkranke, die häufiger den Wohnsitz gewechselt haben, auf tun: Jobcenter, die nicht von Kommune und Arbeitsagentur

gemeinsam betrieben werden (sog. Optionskommunen), haben nicht die Möglichkeit, auf die zentrale Datenbank der Agentur für Arbeit zuzugreifen. Menschen, die in einer solchen Optionskommune Arbeitslosengeld II bezogen haben bzw. beziehen, müssen deshalb selbst Nachweise über den Leistungsbezug in den vergangenen sieben Jahren erbringen. Fehlen solche Leistungsbescheide, müssen die Betroffenen die Jobcenter kontaktieren, wo sie gemeldet waren. Mit jedem Ortswechsel steigert sich die Recherchearbeit, was für einige Maßnahmebewerber_innen eine schlichte Überforderung darstellt.

Fazit

Mit dem Teilhabechancengesetz und dem § 16i wurde 14 Jahre nach Einführung der Hartz-IV-Gesetzgebung erstmals eine Förderung etabliert, die langzeitarbeitslosen Menschen eine langfristige Perspektive für eine Rückkehr in den allgemeinen Arbeitsmarkt eröffnet. Die Erhebung unter den 17 Trägern von Arbeitsmaßnahmen für Suchtkranke in NRW zeigt, dass dieses neue Instrument zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für diese Personengruppe eröffnet.

Diese zusätzlichen Arbeitsplätze sind jedoch überwiegend bei den sozialen Trägern und seltener bei Unternehmen der freien Wirtschaft verortet. Die Förderung wird also überwiegend genutzt, um einzelnen Personen eine Anschlussperspektive an eine befristete Maßnahme für Suchtkranke zu bieten. Eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt stellt eher die Ausnahme dar.

Die oft vielschichtigen Beeinträchtigungen Suchtkranker führen neben fehlenden Fördervoraussetzungen in den meisten Fällen dazu, dass der § 16i für eine längerfristige Beschäftigungsperspektive nicht infrage kommt. Für diese große Masse suchtkranker Menschen mit erheblichen Einschränkungen fehlt es nach wie vor an langfristigen und abgestuften niedrigschwelligen Beschäftigungsangeboten.

Ungleiche Chancen – Drogenkonsumierende ohne deutsche Staatsbürgerschaft

Petra Narimani

Zusammenfassung

„Also, eh, ich bring auf jeden Fall mit der Duldung in Verbindung, dass mir die Chance nicht offenstand, einen anderen Weg zu gehen. Natürlich kann ich jetzt nicht sagen, hm, ob ich jetzt clean geblieben wäre oder nicht, aber, eh, die Chance war auf jeden Fall nicht gegeben, einen anderen Weg zu gehen. (...) eh, ich kann mir gut vorstellen, dass Menschen mit so einer Suchtproblematik, ja, denen die Chance genommen wird, vieles wiedergutzumachen, sei's für ihr Leben, sei's für andere, sei's auch für dieses Land. Also, ich bin mir sicher, eh, ich habe die Fähigkeiten vieles beizutragen, aber ich habe seit 20xx nicht die Möglichkeit dazu. Und, eh, ich wünsche mir, dass es, dass da drauf geschaut wird, dass da, eh, ja, eine Lösung gefunden wird.“

Diese Reflexion über ein langes Leben als Drogenkonsument in Deutschland stammt von Rabieh, der nach zahlreichen, zumeist suchtbedingten, Straftaten seit vielen Jahren nur noch geduldet ist. Er ist im Alter von sieben Jahren mit seinen – später ebenfalls drogenabhängigen – Eltern aus dem Bürgerkrieg im Libanon nach Deutschland geflohen. Heute, über vierzig Jahre später, haben sich seine Chancen, in und von der deutschen Gesellschaft anerkannt zu werden, nicht verbessert.

Die besondere Situation von Drogenkonsumierenden ohne deutsche Staatsangehörigkeit¹ ist hochkomplex und kaum diskutierbar, ohne dabei gleichzeitig die Verflechtungen einer unzeitgemäßen Drogen- und Zuwanderungspolitik in den Blick zu nehmen. So führt beispielsweise die doppelte Anwendung von Straf- und Ausländergesetzen (vgl. dazu Graebisch 1998) nicht nur zu Chancenungleichheit und weiterer Diskriminierung, sondern zu ständigen und kaum lösbaren Widersprüchen für die einzelnenn Betroffenen. Die von Hans-Jürgen Papier² festgestellte „politische Fehlsteuerung“ (2018, S. 12) der früheren Zuwanderungspolitik wird durch die zahlreichen Veränderungen in der Ausländergesetzgebung insbesondere seit 2014 noch wesentlich

¹ „In der Staatsidee und der damit verbundenen notwendigen Abgrenzung zu anderen Staaten ist die Exklusion bestimmter Gruppen bereits enthalten. Von denen, die Mitglied einer Nation werden wollen, wird eine gewisse Anpassung an die Mehrheitskultur erwartet. Wer dazugehören darf und wer nicht, ist jedoch einem ständigen Wandel unterworfen und Teil demokratischer Prozesse und politischer wie wirtschaftlicher Interessen (Langewiesche 2018, S. 15-19). Gleiche Rechte und eine zumindest theoretische, weil gesellschaftlich nicht immer akzeptierte, Zugehörigkeit können Ausländer auch in Deutschland erst durch den Erwerb der deutschen Staatsbürgerschaft unter Bestimmung der Identität durch einen Pass erlangen“ (Narimani 2018, S. 8).

² Hans-Jürgen Papier ist Staatsrechtswissenschaftler. Er war von 2002 bis 2010 Präsident des Bundesverfassungsgerichts.

komplexer, intransparenter und individualisierter. Viele Jurist_innen sind seit langem der Meinung, dass die Regelungen beispielsweise des Asylbewerberleistungsgesetzes verfassungswidrig sind. Aber „noch nie“ – so Papier (2017) – „war in der rechtsstaatlichen Ordnung der Bundesrepublik die Kluft zwischen Recht und Wirklichkeit so tief wie derzeit“. Dies betrifft die neuen Bleiberechtsregelungen, die nur auf den ersten Blick eine Verbesserung der Situation Betroffener suggerieren, ebenso wie vor allem das Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht von Juli 2017.

Alte wie neue Regelungen haben enorme Auswirkungen auf die soziale und gesundheitliche Situation von Drogenkonsumierenden ohne deutsche Staatsangehörigkeit. Bei dem Versuch, einzelne und besonders betroffene Gruppen zu identifizieren oder zu definieren, wird schnell klar, dass die Gesetzesänderungen so gut wie jeden Fall zum Einzelfall machen und damit eine Chancengleichheit ad absurdum geführt wird.

Selbst der immer wieder geforderte angemessene Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Menschen, die zusätzlich zu ihrer prekären Lebenssituation weiteren rechtlich bedingten Vulnerabilitäten ausgesetzt sind, lässt sich in seiner Komplexität nur noch schwer darstellen. Das von Dieterich & Schülle verfasste Papier zum Thema „Alte Probleme und neue Verschärfungen – Rechtliche Barrieren für Migrant_innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland“ benennt verschiedene „Migrant_innen“-Gruppen mit vom Gesetzgeber bereits vorgegebenen Diskriminierungen. Deutlich wird, dass hier ein von Seiten des Staates bewusster und zielgerichteter Ausschluss bestimmter Zuwanderer_innen beabsichtigt ist. Hinzu kommt, dass sich für viele Drogenkonsumierende ohne deutsche Staatsbürgerschaft Fragen in Bezug auf Prävention und Gesundheit häufig anders stellen als vergleichsweise für Konsumierende mit deutscher Staatsbürgerschaft. So haben traumatische Erfahrungen oder psychische Probleme vielfach andere Ursprünge. Abgesehen von der Frage einer Kostenübernahme fehlen in den allermeisten Fällen entsprechende Hilfsangebote (vgl. hierzu Bundespsychotherapeutenkammer 2015). Betroffen von diesen Problemen sind aktuell Geflüchtete ebenso wie EU-Bürger_innen oder seit Jahrzehnten in Deutschland lebende Konsument_innen aus sogenannten Drittstaaten. Solange keine deutsche Staatsbürgerschaft erlangt wird, bleibt die Situation für alle Betroffenen prekär.³ Dies führt beispielsweise dazu, dass eine HIV-Infektion eine völlig untergeordnete Rolle spielt, weil andere Probleme dringlicher erscheinen und tatsächlich auch sind. Bei der Entwicklung von Präventionskonzepten müssen derartige Lebensbedingungen bedacht werden. Hier gilt, was für alle Benachteiligten dieser Welt gilt: Etwas zu wissen beziehungsweise über eine Sache informiert zu sein, bedeutet nicht, das jeweilige Wissen auf Grund bestimmter Lebenssituationen auch umsetzen zu können.

Selbst wenn es gelingen sollte, einzelne gesetzliche Regelungen zu verändern und einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für alle zu verbessern, bleibt die politisch beabsichtigte Ausgrenzung in den Strukturen der beteiligten Systeme und Organisationen bestehen.

³ Werden Drogenkonsument_innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft straffällig, besteht – selbst bei einer Sozialisation in Deutschland – immer die Gefahr, einen relativ „sicheren“ Aufenthaltsstatus wieder zu verlieren und eine Duldung zu erhalten. Damit droht die Ausweisung.

Daher kann die ungleiche medizinische Versorgung nur als Teilproblem der Forderung nach Gleichstellung gesehen werden. Gesundheit ist im weiteren Sinne immer auch verknüpft mit angemessenen Wohnbedingungen, einem Zugang zu Bildung, Ausbildung und dem Arbeitsmarkt, der Ernährung und den Ernährungsgewohnheiten, der Sicht auf Familie und die familiären Beziehungen sowie mit Fragen der Anonymität und des Datenschutzes. All dies ist im Fall von Drogenkonsumierenden ohne deutsche Staatsbürgerschaft vor allem abhängig von der jeweiligen rechtlichen Situation.

Wie bereits angeführt, bringen die unterschiedlichen ausländergesetzlichen Regelungen seit 2014 nicht nur im Rahmen der sogenannten Asylrechtsreform (2014-2017) und nicht nur für Betroffene ohne Krankenversicherung („Alle Menschen haben ein Recht auf medizinische Versorgung“⁴) weitere Chancenungleichheit und Diskriminierung mit sich.

Seit dem 01.01.2016 bietet die neue Bleiberechtsreform für bestimmte Personengruppen eine vor diesem Datum kaum durchsetzbare Möglichkeit der Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis. Insbesondere für Langzeitgeduldete, die in Deutschland geboren sind oder die viele Jahre in Deutschland leben, scheint diese Reform auf den ersten Blick hilfreich. Für straffällig gewordene Drogenkonsument_innen ist dieser Weg weitgehend ausgeschlossen; denn für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis gelten die folgenden Kriterien: (1) Bekenntnis zur demokratischen Grundordnung der BRD, (2) überwiegende Sicherung des Lebensunterhalts durch Arbeit, (3) einfache Deutschkenntnisse sowie (4) **keine Straffälligkeit**.

Mit Hinweis auf die „Kölner Silvesternacht 2016“ wurden auch Neuregelungen zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (2017) mit weiteren Verschärfungen im Jahr 2019⁵ getroffen. So wiegt ein Ausweisungsinteresse schwer in den Fällen, in denen der Tatbestand des § 29 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 BtmG verwirklicht oder dies **lediglich versucht** wurde. Ein schweres Ausweisungsinteresse liegt auch vor, wenn drogenabhängige Straftäter_innen sich einer Therapie entziehen oder kein Therapieinteresse zeigen. Abgesehen von der Frage, wer die Therapiekosten für Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus übernehmen wird, zeigen sich gerade an diesem Beispiel Ungleichbehandlung und ungleiche Chancen allzu deutlich. Wenn allerdings auf der anderen Seite Betroffene durch ihre Zustimmung zu einer Therapie zunächst vor einer Abschiebung bewahrt werden können, ist erneut zu fragen, inwieweit rechtlich bedingte Benachteiligungen überhaupt zu thematisieren sind, wenn damit zugleich Chancen auf ein Bleiberecht für andere Betroffene infrage gestellt werden.

Die Vielzahl unklarer rechtlicher (Neu-) Regelungen (oder vielleicht besser gesagt: das oft widersprüchliche Zusammenspiel unterschiedlicher Rechte und Regelungen) wird ergänzt durch unterschiedliche Auslegungen und Möglichkeiten in den Bundesländern und Kommunen. So können etwa in Berlin alle suchtkranken Bürger_innen unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft und ihrer sozialrechtlichen Situation über den § 23 SGB XII versorgt werden. Derartige *theoretische* Möglichkeiten erweisen sich allerdings in der Praxis als nur sehr bedingt bis gar nicht umsetzbar. Zum einen lassen sich die dazu nötigen Kranken- und Sozialversicherungen auf Grund der unsi-

⁴ Zitat nach einem Interview mit Norbert Trelle, Bischof von Hildesheim, Vorsitzender „Katholisches Forum – Leben in der Illegalität“ und Schirmherr der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Hannover, Mai 2020

⁵ Siehe dazu: Die Bundesregierung unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/gesetzliche-neuregelungen-1664252>. Zugriff am 05.06.2020

chere Lebenssituationen nur schwer oder gar nicht organisieren, zum anderen sind die Drogenberatungsstellen teilweise überfordert mit den zahlreichen zu überwindenden bürokratischen Hürden. Anträge nehmen ungewöhnlich viel Zeit in Anspruch, während ihr Ausgang stets ungewiss bleibt. Dieser Umstand ist nicht nur mit einer starken Belastung für Betroffene verbunden, sondern ebenso für die Mitarbeitenden der Beratungsstellen (vgl. dazu auch Narimani 2018). Zudem gibt es eine große Zahl von Konsumierenden, die aus unterschiedlichen Gründen keine Beratungsstellen aufsuchen. Sie sind nach Auskunft von Streetworker_innen allein durch aufsuchende Arbeit erreichbar.

Als drogenkonsumierende nichtdeutsche „Gruppen“, die mit aufenthaltsrechtlichen Benachteiligungen konfrontiert sind, wären insbesondere zu nennen:

- **Konsument_innen aus Nicht-EU-Staaten**, die bei Einreise nicht registriert wurden und die sich ohne Aufenthaltstitel in Deutschland aufhalten
- **Konsumierende Geflüchtete im laufenden Verfahren**
- **Konsumierende Geflüchtete, deren Asylantrag nicht anerkannt wurde** und deren Rückkehrmöglichkeiten ins Herkunftsland unklar sind
- **Konsument_innen aus EU-Ländern ohne Zugang zum Sozial- und Gesundheitsbereich**
- **Langzeitgeduldete Konsument_innen**, die auf Grund von Straftaten keinen Aufenthaltstitel mehr erhalten.

Das heißt in der Realität, dass derartige Definitionen zwar eine gewisse Orientierung zur Unterscheidung benachteiligter Gruppen geben können, in der Praxis aber wenig hilfreich sind, da die unterschiedlichen Rechtssituationen mit den tatsächlichen und durch das Recht individualisierten Lebenssituationen nicht in Einklang gebracht werden können. Selbst wenn es gelänge, Verbesserungen im Zugang zu einzelnen Angeboten für bestimmte Gruppen (und dies auch nur regional) zu erreichen, würde die Gesamtlage nicht verbessert und eine Chancengleichheit nicht hergestellt.

Dennoch ist es politisch wie gesellschaftlich wichtig, immer wieder auf ausgrenzende Gesetze und damit verbundene ungleiche Chancen hinzuweisen. Gleichzeitig – oder vielleicht sogar dringlicher – erscheint es aber, sich selbst und anderen die Versäumnisse der letzten Jahrzehnte im Zusammenhang mit Zuwanderung klar zu machen. Dazu gehört auch der sorglose Umgang mit Definitionen, die bis heute verbunden sind mit Fremd-Zuschreibungen, Ausgrenzung und Diskriminierung (vgl. hierzu Narimani 2019). Daher sollten, noch vor Thematisierung von rechtlich bedingten Benachteiligungen, wesentliche Aspekte rund um das Thema Migration betrachtet und reflektiert werden.

Um weitere und immer neue Ausgrenzungen von Drogenkonsumierenden (Bölinger & Stöver 2002) ohne deutsche Staatsangehörigkeit zu vermeiden, werden die bisherigen Überlegungen im Folgenden noch einmal konkretisiert und durch grundlegende (Um-) Denkanstöße ergänzt.

Drogenkonsument_innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft

- sehen sich zunächst einmal ähnlichen Problemen gegenüber wie Konsumierende mit deutscher Staatsbürgerschaft. *„Ich habe erst in meiner Therapie gemerkt, dass es Ausländer gibt“* (Zitat Mustafa, Drogenkonsument seit 20 Jahren). Wird daher zunächst einmal der Gedanke von „Gleichheit“ statt von „Unterschiedlichkeit“ in der Öffentlichkeit vertreten, erfolgt automatisch ein Perspektivenwechsel;

- werden nicht alleine durch ihren Drogenkonsum stigmatisiert und diskriminiert, sondern sie erfahren stets auch eine Mehrfachstigmatisierung beispielsweise durch den diffusen Begriff des „Migranten“ oder der „Migrantin“, dessen Interpretation der Phantasie Einzelner überlassen bleibt. Hierdurch wird zwangsläufig eine „andere“ und von der „deutschen“ abweichenden Kultur unterstellt (siehe dazu Narimani 2019);
- erfahren trotz Verbüßung ihrer, zumeist suchtbedingten, Haftstrafen eine Mehrfachbestrafung durch die stets drohende Ausweisung, den Verlust ihres Aufenthaltsstatus mit Erteilung einer Duldung (einschließlich Arbeitsverboten, Residenzpflicht, Auswirkungen auf Familienangehörige), immer neue Bewährungszeiten (z.B. zeitbegrenzte Erteilung einer Arbeitserlaubnis) sowie durch die Übernahme der Kosten einer Ausweisung (einschließlich der einer möglichen Wiedereinreise);
- lassen sich nur bedingt Kategorien zuordnen. Sie haben auf Grund ihrer jeweiligen Sozialisationen, ihrer unterschiedlichen Konsum- und Lebensweisen und **vor allem** auf Grund ihrer jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Situationen ganz unterschiedliche Bedarfe. Diese sind beispielsweise beeinflusst durch die eigene Persönlichkeit, Sozialisation und Identität; unterschiedliche „Szenen“, unterschiedliche Sprachkenntnisse (von vollumfänglichen Deutschkenntnissen bis des Lesens und Schreibens unkundig); Wohnungslosigkeit (teilweise bedingt durch einen prekären Aufenthaltsstatus); Zugehörigkeit zu einer weiteren ausgegrenzten (oder auch sich selbst ausgrenzenden) Gruppe; sexuelle Orientierung; Hautfarbe; unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit oder auch unterschiedliche kulturelle Sichtweisen auf den Konsum von Drogen.

Wenn es also in Bezug auf Drogenkonsument_innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft gelingen würde, einen konsequent anderen Weg als bisher einzuschlagen und einen Paradigmenwechsel vorzunehmen, könnten alle anderen Bereiche der Gesellschaft von derartigen Prozessen und Erfahrungen profitieren. Ein erster Schritt zu neuen Ansätzen ist der Grundgedanke der Inklusion⁶ mit seiner Vorbedingung: der Partizipation. Wenn diese im Sinne gemeinsamer Prozesse und gemeinsamer Gestaltung verstanden wird, bietet sich die Chance für neue Zugänge und Blickwinkel. In der Arbeit mit Abhängigkeitskranken geht es nach Stöver (1999, 2008, 2011) nicht um fremdgesetzte Ziele und Erwartungen, sondern um die Beteiligung der Betroffenen an einer Behandlungspartnerschaft. In einer solchen sind Zwangsmaßnahmen unprofessionell, unethisch und ineffektiv. Nichts anderes gilt in der Arbeit mit Konsument_innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft.

Die für ALLE Drogenkonsumierenden gleichermaßen unbefriedigenden, ungerechten und teilweise menschenverachtenden Situationen von Betroffenen ohne deutsche Staatsangehörigkeit können nur gelöst werden, wenn

- (1) ein Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik vorgenommen wird, indem drogenkonsumierende und -abhängige „Migrant_innen“ als Teil der Gesellschaft mit unterschiedlichen Bedarfen wahrgenommen werden

⁶ Inklusion ist hier nicht gemeint als Anpassung der einen Gruppe an eine andere, sondern im Sinne von gemeinsam gestalteten Prozessen, dem Willen zur Veränderung der eigenen Sichtweisen, gemeinsamen Lern- und Reflexionsprozessen und der Kompromissbereitschaft aller Beteiligten.

- (2) nichtdeutschen Drogenkonsument_innen die Möglichkeit gegeben wird, über ihre individuellen sowie kollektiven Problemlagen zu berichten und an (auch vorübergehenden) Lösungsmöglichkeiten zur Verbesserung ihrer Konsumbedingungen oder Ausstiegchancen mitzuwirken
- (3) sich einzelne Communities nach eigenen Vorstellungen und Bedarfen mit Unterstützung und im Austausch mit der Suchthilfe definieren dürfen
- (4) die Selbsthilfebestrebungen der unterschiedlichen Communities, Aktivist_innen, Peers usw. gefördert werden⁷
- (5) entsprechende politische Forderungen der Suchthilfe gemeinsam mit den von ausländerrechtlich bedingten Benachteiligungen Betroffenen diskutiert und gemeinsam mit ihnen neu oder ergänzend formuliert werden.

In Bezug auf **Drogenpolitik** bedarf es hierzu einer **politisch erkennbaren Haltung der Suchthilfe** zu rechtlich bedingten Benachteiligungen und Ausgrenzungen von Drogenkonsument_innen und Drogenabhängigen ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Dabei ist deutlich zu machen, dass es sich bei Drogenabhängigkeit um eine international anerkannte Krankheit handelt, die nicht „heilbar“ ist. Diese Feststellung widerspricht nicht den Ansätzen akzeptierender Drogenarbeit. Die Fachleute des Suchthilfesystems sind auf allen Ebenen gefordert, politisch und gesellschaftlich für die Belange von Drogenkonsument_innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft einzutreten, unterschiedliche Gruppen und Bedarfe sichtbar zu machen, um gleiche Rechte einzuklagen. Hier ist unter anderem die Frage zu stellen, inwieweit eine Ausweisung von Drogenabhängigen ohne deutsche Staatsbürgerschaft vom „Erfolg“ einer Therapie abhängen kann und inwieweit davon Fragen der Freiwilligkeit, der Ethik und der allgemeinen Menschenrechte betroffen sind. Dazu gehört, dass eine **Entkriminalisierung von Suchtmitteln** endlich stufenweise einzuleiten und damit internationalen Beispielen zu folgen ist. Nachzudenken gilt es hier aber auch über die weitgehend unklaren Folgen einer Entkriminalisierung und deren Auswirkungen auf bestehende Strukturen.

Die **praktische Arbeit im Bereich Sucht und Migration** ist eine Querschnittsaufgabe. Sie trifft die Zivilgesellschaft ebenso wie Politik, Verbände, Verwaltung und alle Praxisbereiche. Eine Mitwirkung und Mitverantwortung aller beugt Diskriminierung, Ausgrenzung und Ungleichbehandlung vor und fördert Chancengleichheit und Inklusion. Dadurch werden neue Abhängigkeiten und neue Mechanismen der Ausgrenzung vermieden sowie demokratische Strukturen gestärkt.

Für die **Arbeit mit Drogenkonsument_innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft** muss sichergestellt werden, dass die aufenthaltsrechtliche Situation von Anfang an erfasst und verfolgt wird, so dass gegebenenfalls eine frühzeitige Intervention erfolgen kann. Die aufenthaltsrechtliche Situation sollte fester Bestandteil jeder Hilfeplanung sein. Ebenso sollten Informationen zu aufenthaltsrechtlichen Fragen und zur Bedeutung des Aufenthaltsstatus fester Bestandteil einer strukturell verankerten interkultu-

⁷ Aktuell hat die Covid-19-Pandemie Drogenkonsumierende ohne deutsche Staatsangehörigkeit zusätzlich getroffen. Nach Martin Klingst (DIE ZEIT Online vom 25.05.2020) diskriminiert die Pandemie in einem doppelten Sinn. Zum einen, weil sie dazu ermuntert, andere (noch weiter) auszugrenzen und zum anderen, weil sie Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten innerhalb unserer Gesellschaft verstärkt. Fehlende Kontakte und fehlender Austausch haben vermehrt zu Rückfällen geführt, wodurch die große Bedeutung von Selbsthilfe noch einmal sehr deutlich wurde (vgl. dazu DHS Rundbrief Suchtselbsthilfe 2/2020).

rellen Beratungsarbeit der Suchthilfe, der Haftanstalten und des Übergangsmanagements, der Schuldnerberatung wie auch der psychosozialen Betreuung sein⁸.

Es erscheint unerlässlich, Migrantenorganisationen und unterschiedliche Migrantengruppen von Anfang an in Präventionsstrategien zum Thema „Drogenkonsum“ und die Entwicklung adäquater Angebote einzubinden. Durch eine schrittweise zu vollziehende Annäherung werden Informationen über die jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen wie auch unterschiedliche Strukturen ausgetauscht. Diese Form der Zusammenarbeit trägt zur Sensibilisierung der Suchthilfe bei und hat einen hohen präventiven Charakter innerhalb migrantischer Strukturen.⁹

Literatur

- Böllinger, Lorenz/Stöver, Heino (Hrsg.) (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. 5. vollständig überarbeitete Auflage, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag
- Bundespsychotherapeutenkammer, BPtK (2015): Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. Unter: <https://www.bptk.de>. Zugriff am 20.07.2020
- DHS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: DHS Rundbrief Sucht-Selbsthilfe, Ausgabe 2/2020
- Die Bundesregierung: Gesetzliche Neuregelungen im September 2019: Migration ordnen, steuern und begrenzen. Unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/gesetzliche-neuregelungen-1664252>. Zugriff am 05.06.2020
- Dieterich, Anja/Schülle, Mirjam Alte Probleme und neue Verschärfungen – Rechtliche Barrieren für Migrant_innen beim Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland.
- Graebisch, Christine (1998): Ausweisung als Strafe oder: Das geteilte Dealerbild des Rechts. In: Paul, Bettina; Schmidt-Semisch, Henning (Hrsg.): Drogendealer. Ansichten eines verrufenen Gewerbes. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 109 – 126
- Klingst, Martin: Beschleuniger der Ungleichheit. Kolumne. In: DIE ZEIT Online, 25. Mai 2020, 7:44 Uhr. Unter: <https://www.zeit.de/politik/ausland/2020-05/covid-19-ungleichheiten-diskriminierung-rassismus-minderheiten-corona-5vor8>. Zugriff am 26.05.20
- Narimani, Petra: Dilemmata in der (antidiskriminierenden) Kommunikation migrationsbezogener Forschungsergebnisse. Betrachtung aus Sicht der Praxisforscherin mit partizipativem Anspruch. Workshop mit Katja Kajikhina, Petra Narimani, Olivia Sarma, Navina Sarma: Wie können wir migrationsbezogene Forschungsergebnisse antidiskriminierend kommunizieren? Eine Betrachtung aus unterschiedlichen Perspektiven. Kongress Armut und Gesundheit 2019

⁸ Siehe dazu beispielsweise Beitrag Berger zur „Zentralen Bedeutung des aufenthaltsrechtlichen Status bei ausländischen Gefangenen: Wie kann der Vollzug seinen gesetzlichen Pflichtaufgaben zur Resozialisierung gerecht werden?“. Runder Tisch für ausländische Gefangene und Gefangene mit Migrationshintergrund am 22.09.2017. Einsehbar unter www.freiabos.de

⁹ Siehe hier beispielsweise das Projekt „Partizipative Gesundheitsförderung mit russischsprachigen Drogenkonsumenten“. Das wesentliche Prinzip des Ansatzes ist die „konsequente Beteiligung ausgewählter Zielgruppenangehöriger“ als sogenannte „Gesundheitsbotschafter“. Diese vermitteln Zugänge zum Hilfesystem und geben allgemeine Informationen (Rensmann & Bietmann 2014).

- Narimani, Petra (2018): „Frei und doch in Haft“. Drogenkonsum und Aufenthaltsstatus. Dissertation. Unter: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/23789>. Zugriff am 04.06.2020
- Langewiesche, Dieter (2018): Einigkeit in Ewigkeit. In: ZEIT Geschichte. Epochen. Menschen. Ideen. Was ist Deutsch? Die Erfindung der Nation: Mythen, Sagen, Märchen von 1800 bis heute, S. 15-19.
- Trelle, Norbert: „Alle Menschen haben ein Recht auf medizinische Versorgung“. Interview unter: <https://www.malteser.de/menschen-ohne-krankenversicherung.html>. Zugriff am 22.05.2020
- Papier, Hans-Jürgen (2017): Kritische Anmerkungen eines Juristen. ASYLPOLITIK BRAUCHT GESETZLICH GEREGLTE HANDLUNGSANWEISUNGEN. 73/2017 // Politische Studien. Unter: https://www.hss.de/download/publications/PS_473_MIGRATION_RECHTSSTAAT_05.pdf. Zugriff am 02.06.2020
- Papier, Hans-Jürgen (2018): Deutschland – Einwanderungsland? Welche rechtlichen Rahmenbedingungen braucht Zuwanderung in Zukunft? <https://www.presseportal.de/download/document/475196-manuscript-prof-papier.pdf>. Zugriff am 06.06.2020
- Rensmann, Willehad/Bietmann, Gil (2014): Partizipative Gesundheitsförderung mit russischsprachigen Drogenkonsumenten . In: akzept e.V./Deutsche AIDS-Hilfe e.V./Jes Bundesverband (Hrsg.): Alternativer Sucht- und Drogenbericht 2014, S. 101-10
- Stöver, Heino (1999): Praktische und politische Ziele akzeptierender Drogenarbeit. Unter: www.akzept.org/Ziele/html. Zugriff am 12.11.2012
- Stöver, Heino (2008): Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, R./ Stehr, J. (Hg.): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 335-354
- Stöver, Heino (2011): Drogenpolitik und Drogenarbeit: Wandel tut Not. In: Dirk Schäffer & Heino Stöver (Hg.): Drogen/HIV/AIDS/Hepatitis/. Ein Handbuch. Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 2. Neu überarbeitete Auflage 2011, S. 30-45

{quapsss} – Selbsthilfe im Kontext von Substanzkonsum und Sexualität bei MSM* (ChemSex)

Urs Gamsavar & Dirk Sander

Zusammenfassung

Unter „ChemSex“ wird eine spezifische, insbesondere bei Männern*, die Sex mit Männern* haben (MSM*), zu beobachtende Praxis verstanden. Es werden psychotrope Substanzen (Chems) zur Leistungs- und Luststeigerung vor und während der sexuellen Interaktion konsumiert. Im Zentrum stehen hier Crystal Meth, GHB/GBL, Mephedron und Ketamin. Die Einnahme dieser Substanzen in der Verknüpfung mit Sexualität führt bei einem Teil der Konsumierenden zu vielfältigen und komplexen Schwierigkeiten sowie physischen und psychischen Beeinträchtigungen. Der Fachbereich MSM* in der Deutschen Aidshilfe hat im April 2019 ein modellhaftes niedrigschwelliges Projekt gestartet, welches zur „Qualitätsentwicklung in der Selbsthilfe für MSM*, die psychoaktive Substanzen im sexuellen Setting konsumieren“ ({quapsss}), beitragen soll.

Empirischer Bezugsrahmen

In einer europaweiten Studie, in der MSM* befragt wurden, gaben 4,7% der deutschen Befragten an, in den letzten 4 Wochen psychotrope Substanzen konsumiert zu haben, um die Sexakte zu verlängern und zu intensivieren; 1,4% berichteten, dass sie in den letzten 12 Monaten irgendeine Substanz injiziert hätten (Weatherburn et al. 2019: 73). Auffällig ist, dass insbesondere auch HIV-Positive MSM in ChemSex-Kontexten auftauchen (vgl. Drewes/Kruspe 2016).

In der ersten deutschen ChemSex-Studie (2018/19), die sich speziell an MSM* wandte, wurden u.a. Fragen zum generellen Substanzkonsum, zum Konsum in sexuellen Settings, zu schadensminderndem Konsumverhalten, zum psychischen Wohlbefinden, zu sexuell-übertragbaren-Infektionen und zur Wahrnehmung von spezifischen Hilfsangeboten gestellt. Etwas über 1000 Teilnehmer machten in dieser sehr selektiven Studie Angaben zu ihrem Substanzkonsum. 27% der Teilnehmer verwendeten in den letzten 12 Monaten kristallines Methamphetamin, fast 90% von diesen setzte Methamphetamin in einem sexuellen Kontext ein, die Hälfte gab an, Methamphetamin (schon einmal) injiziert zu haben. Hinsichtlich des psychischen Wohlbefindens berichteten die Befragten häufig über depressive Symptome, Angstzustände, posttraumatische Belastungsstörungen und körperliche Probleme. Der Großteil der Befragten gab den Einsatz von schadensmindernden Konsumformen an (Schecke et al. 2019).

Bisheriger Stand der Versorgung

Der Fachbereich MSM* in der Deutschen Aidshilfe hat sich schon seit einigen Jahren in verschiedenen Projekten mit dieser komplexen Thematik auseinandergesetzt. Es kann festgehalten werden, dass trotz zahlreicher Ansätze die Bearbeitung des Problems noch am Anfang steht: Beratungsstellen und therapeutische Angebote finden sich vor allem in den bundesdeutschen Metropolen. Wir gehen davon aus, dass durch lebenswelt- und ressourcenorientierte Ansätze z.B. in der Beratung, fachärztlicher Behandlung, psychosozialer Betreuung und Therapie den spezifischen Problemlagen begegnet und diese nachhaltig bearbeitet werden können. Dennoch bedarf es noch umfangreicher Forschung und einer entsprechenden Umsetzung der Erkenntnisse. Zurzeit befindet sich ein bundesweites Netzwerk zur Prävention und Versorgung in diesem Bereich in Gründung. Hier sollen Erfahrungen und Kompetenzen gebündelt und verbreitet werden.

Das Projekt {quapsss}

Anhand der bisherigen Erkenntnisse und zur Weiterentwicklung von spezifischen Angeboten hat der Fachbereich MSM* in der Deutschen Aidshilfe das modellhafte Projekt {quapsss} gestartet.

Wir haben uns bei der Konzeptentwicklung auch an vorausgegangenen niedrigschwelligen Projekten in Australien und Kanada orientiert. Zusätzlich wurden die Erfahrungswerte von Vorgängerprojekten der Deutschen Aidshilfe und von bereits bestehenden Selbsthilfegruppen, beispielsweise von Kokon, der Berliner Aidshilfe, Mannó' Meter in Berlin, der Frankfurter Aidshilfe und SHALK in NRW, mit einbezogen. Diese Erfahrungswerte wurden mit dem bisherigen qualitativen und quantitativen Wissen um ChemSex für die spezifischen Bedarfe von MSM*, die ChemSex praktizieren, verknüpft. So entstand das, auf einem Selbsthilfeansatz basierende, 12-monatige Gruppenangebot. Das gesamte Projekt wird im Prozess von externen Evaluationsexpert_innen begleitet; gefördert wird das Projekt aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit.

Durch die Flexibilität und der Teilnehmendenzentrierung halten wir den Ansatz sowohl für Abstinenz orientierte Gruppenteilnehmer*, als auch für konsumierende Teilnehmer* mit einer entsprechenden Veränderungsmotivation (z.B. kontrollierter Konsum, weniger schädlicher Konsum) geeignet. Zu beachten ist, dass eine Mischung zwischen Teilnehmern* mit Abstinenzwunsch und kontrolliertem Konsum zum Start der Gruppen vermieden werden soll.

In der Vorbereitungs- bzw. Entwicklungsphase des {quapsss}Manuals wurden von erfahrenen Therapeut_innen „maßgeschneiderte“ Kompetenzförderungsmodule entwickelt. Ausgehend von einem lebensweltorientierten Ansatz, stehen im einjährigen Gruppenangebots lebensnahe Themenbereiche im Fokus. Der jeweilige Teilnehmer* steht mit seinen alltäglichen Lebensverhältnissen, Problemen und Ressourcen, Einschränkungen und Freiheiten, Anstrengungen (vor dem Hintergrund materieller und politischer Bedingungen), Raum und Zeit sowie seinen soziale Beziehungen im Vordergrund (Grundwald & Thiersch 2018).

Die {quapsss}-Module

Die Grundidee der Kompetenzförderungsmodule ist ein ressourcenorientierter Ansatz. Die Potentiale der Gruppenteilnehmer* sollen gestärkt werden. Auf diesem Weg sollen individuelle Problemlagen bearbeitet und verändert werden. Um die eigenen Ressourcen zu entdecken und zu fördern liegen den Modulen Fragestellungen und Zielbeschreibungen zugrunde, die die Gruppenteilnehmer* für sich und in der Gruppe besprechen und erfahren sollen.

Soziales:

Das Modul „Soziales“ soll die Gruppe zusammenführen und das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe stärken sowie tragfähige und belastbare soziale Kontakte schaffen und zu einem offenen Austausch untereinander anregen. Die Etablierung einer Vertrauensbasis innerhalb der Gruppe ist unerlässlich. Das Modul wird deshalb zu Anfang der Gruppengründung empfohlen. Darüber hinaus soll ein Gruppenprozess jenseits einer online Dating-Kultur angestoßen werden, in dem jeder* Teilnehmer* seine eigenen Stärken im Sozialen Kontakt erforscht und reflektiert.

Dieses Modul wird beispielhaft durch Fragen wie:

- Kann ich mit anderen Menschen in Kontakt treten und wie reden/kommunizieren wir miteinander?
- Was sind tiefergehende Kontakte für mich?
- Kann ich anderen Menschen trauen und offen mit ihnen reden?
- Wie agiere ich in Gruppen?

Das Modul kann je nach Gruppeninteresse durch gestalterische Aufgaben (z.B. gemeinsam ein Bild, Collage gestalten und auswerten) oder Freizeitaktivitäten (Teamsportarten, gemeinsame Wanderungen o.ä.) umgesetzt werden. Eine entsprechende Auswertung und Reflektion der eigenen Position während der Aktivität soll immer im Anschluss durchgeführt werden.

Sexualität:

Das Modul Sexualität soll die Teilnehmer animieren in eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen und der Komplexität der eigenen Sexualität, jenseits von heteronormativen Zwängen und Praxen, zu gehen. Dabei soll eine sexpositive Haltung als Basis dienen. Weiterführend soll eine kritische und selbstreflexive Haltung zur bisher gelebten Sexualität und sexuellen Grenzverletzungen hergestellt werden. Folgenden Fragen wird in diesem Modul Aufmerksamkeit geschenkt:

- Warum habe ICH Sex?
- Was macht MICH geil?
- Was bedeutet Sex für MICH?
- Wie erlebe ICH Sex?
- Wozu benutze ICH Sex?

Konsum/Sucht:

Ziel dieses Moduls ist, dass die Teilnehmer* die eigenen Motivationen für den Konsum ergründen und herauszufinden, ob sie etwas verändern möchten, müssen oder können. Auch hier soll eine tiefergehende Reflektion – insbesondere der Konsummuster und Konsummotivationen – initiiert werden. Ausgangsfragen für das Modul Konsum/Sucht sind:

- Was, wie und warum konsumiere ich?
- Was passiert mit mir während des Konsums?
- Wie geht es mir danach?
- Kann und möchte ich etwas ändern?
- Abstinenz oder kontrollierter Konsum?
- Was brauche ich um meinen Konsum zu verändern?

Körperwahrnehmung:

Einen Bezug und ein Gefühl für den eigenen Körper zu haben, ihn zu spüren und zu kennen, gut mit dem eigenen Körper umzugehen, Grenzen zu erfahren und achtsam mit ihm umzugehen, ist ein komplexes Unterfangen. Darüber hinaus sollen körperfunktionale Aspekte besprochen und eine Sensibilisierung (Körperbewusstsein) erreicht werden.

- Habe ich ein Gespür für meinen Körper?
- Wirklich?
- Bekomme ich innere Unruhe mit?
- Habe ich Wut und Trauer im Bauch, im Hals, Rücken, vielleicht sogar im Arsch oder im Schwanz?
- Vielleicht ist es doch auch Angst?

Dies sind beispielhafte Fragestellungen, mit denen sich Teilnehmende in diesem Modul befassen sollen. Durch praktische Übungen können die Teilnehmenden* einen bewusst(er)en Bezug zu ihrem Körper herstellen. Sie werden somit zu einer intensiveren Auseinandersetzung mit dem Körper und seinen Funktionen eingeladen.

Selbstbestimmung/Autonomie:

Ziel dieses Moduls ist es, sich als autonomes Individuum begreifen zu lernen, die eigenen Gefühle und Bedürfnisse verstehen und ausdrücken zu können, aber auch Einschränkungen zu verstehen, sowie eine kritische Haltung zu normativen (z.B. Körper-, Gender-, sexuellen) Bildern zu entwickeln. Selbstverständlich sind das Ziele, die – wie in den anderen Modulen auch – ein Idealbild an Bewusstsein für das „Sein“ vermitteln und nicht ohne weiteres erreicht werden können. Dennoch halten wir sie für essentiell für ein eigenverantwortliches Handeln sowie zu Förderung des Erkenntnisinteresses im Gruppenverlauf. Sich darüber auszutauschen und diese Bereiche zu bearbeiten soll z.B. durch folgende Fragestellungen angeregt werden:

- Was heißt es, selbstbestimmt zu leben?

- Treffe ich meine Entscheidungen selbst?
- Weiß ich um die Konsequenzen des eigenen Handelns?
- Was sind meine Strategien gegen Schamgefühle?
- Weiß ich, dass Scham mich schützt aber auch hindern kann?
- Erlaube ich mir zu Träumen und Wünsche zu äußern, diese mit der Realität abzugleichen und trotzdem darauf hinzuarbeiten?

Zirkulationstrainings

Gerahmt werden die Kompetenzförderungsmodule in einem Gruppensetting der dialogischen Selbsthilfe (sog. Zirkulationstraining). Das dient vor allem der Reflektion und Besprechung der Module und stellt den Alltag der Teilnehmer* mit allen Hürden, Herausforderungen und Erfolgen in den Mittelpunkt. Kompetenzförderungstrainings und Zirkulationstrainings werden miteinander verknüpft. So kann beispielsweise im wöchentlichen Gruppenangebot drei aufeinander folgenden Wochen ein Kompetenzförderungstraining und dann vier Wochen lang ein Zirkulationstraining durchgeführt werden. Es handelt sich bei der Verknüpfung der Trainingseinheiten nicht um ein statisches Konzept. Vielmehr können und sollen die Abläufe und Inhalte an den Gruppenprozess angepasst und vor allem von der Gruppe selbst bestimmt werden.

Für die Vermittlung der Inhalte ist jeweils ein, im Rahmen des Projekts geschulter, Gruppenleiter* verantwortlich. Die Gruppenleiter müssen keine ausgebildeten Therapeuten* sein. Vielmehr zielt das quapsss-Manual darauf ab, auch Betroffene bzw. „Ex-User“ anzusprechen und sie durch eine Schulung zur Gruppenleitung und speziell zur Durchführung der Trainings zu befähigen. Die Gruppen sind an einen regionalen Träger angebunden und können auf dessen Infrastruktur zurückgreifen. Falls notwendig, können die Gruppenleiter auch zu weiteren Hilfsangeboten verweisen.

Stand der Umsetzung von quapsss

Im Modellprojekt sind bundesweit neun Gruppen in verschiedenen deutschen Städten an der Umsetzung beteiligt. Im Verlauf wollen wir die Auswirkungen des quapsss Konzeptes auf die gesundheitliche Entwicklung der Teilnehmenden evaluativ erfassen. Anhand der gemachten Erfahrungen werden Empfehlungen für eine „gute Praxis“ der Selbsthilfe im Kontext des ChemSex erarbeitet. Diese sollen dann in zukünftige Projekte einfließen.

Literatur

- Drewes, J./Kruspe, M. (2016): Schwule Männer und HIV/AIDS 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV. AIDS-Forum DAH, Bd. 61. Berlin: Deutsche Aids-Hilfe
- Grunwald, K./Thiersch, H. (2018): Lebensweltorientierung. In: Graßhoff, G., Renker, A., Schroer, W. (Hrsg.): Soziale Arbeit. Springer: Wiesbaden, S. 303- 315

- Schecke, H./Lea, T./Bohn, A., et al. (2019). Crystal Methamphetamine use in sexual settings among German men who have sex with men. *Frontiers in Psychiatry*. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00886
- Ulrich, H./Grundmann, D./Sander, D. (2020): ChemSex. Beschreibung eines neuen Phänomens. In: *Ärztliche Psychotherapie* 15(2), 101 – 107
- Weatherburn P./Hickson F./Reid DS., et al (2019): EMIS 2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Stockholm: ECDC

Forschung



5

Turn on, tune in, make scientific progress: die Aussichten psychedelischer Therapie zwischen AMG und BtMG

Jan Fährmann & Fabian Wenner

Zusammenfassung

Psychedelika sind halluzinoge Substanzen, deren Einnahme vorübergehende psychedelische Zustände auslösen kann, in denen sich nicht nur die sensorische Wahrnehmung, sondern auch die Stimmung und das Denken der Konsumierenden tiefgreifend verändert. In den letzten Jahren hat das Interesse an sog. „psychedelischen Therapien“, in denen dieses Potential in heilender Absicht therapeutisch eingesetzt wird, international erheblich zugenommen. Im Zentrum steht dabei die Frage, inwiefern therapeutisch veranlasste psychedelische Erfahrungen bei der Behandlung psychischer Krankheitsbilder helfen können. Besondere Herausforderungen für Forschung und Entwicklung dieser neuartigen Therapien folgen insbesondere daraus, dass entsprechende Substanzen meistens als Betäubungsmittel der Anlage I des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) eingeordnet sind. Dieser Beitrag wirft einerseits ein Schlaglicht auf die wissenschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung psychedelischer Forschung und andererseits den rechtlichen und regulatorischen Rahmen, der in Deutschland für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Substanzen zu beachten ist. Den Abschluss bilden Denkanstöße, wie die Forschung in diesem zunehmend wichtigen Bereich erleichtert werden könnte.

1 Der prospektive Einsatzbereich psychedelischer Substanzen in der Psychotherapie

Nachdem die erste Welle psychedelischer Forschung in den 1950er und 1960er Jahren durch den „War on Drugs“ für mehrere Jahrzehnte zum Stillstand gekommen war, ist in den letzten zehn Jahren das Interesse an der Untersuchung der therapeutischen Potentiale psychedelischer Substanzen wieder weltweit erwacht (Rucker et al., 2018). Dabei geht es insbesondere um Psilocybin (der Wirkstoff in sog. „magischen Pilzen“), Lysergsäurediethylamid (LSD) und Dimethyltryptamin (DMT). Mittlerweile haben sich am Imperial College London und der Johns Hopkins Universität zwei große Zentren psychedelischer Forschung etabliert (Nutt et al., 2020). An diesen und anderen Forschungsstandorten wird insbesondere unter Verwendung von Psilocybin untersucht, inwiefern sich psychologische Krankheitsbilder durch die gezielte Veranlassung tiefer psychedelischer Erfahrungen lindern oder heilen lassen, indem psychedelischen Substanzen eine laufende psychotherapeutische Behandlung komplementieren.

Ein zentraler Anwendungsbereich ist die Behandlung therapieresistenter depressiver Störungen. Im bislang gängigen Studiendesign werden den Probanden nach Durchführung einer oder mehrerer vorbereitender Sitzungen einmal (oder über meh-

rere Wochen verteilt zwei- oder dreimal) hohe Dosen Psilocybin verabreicht, wobei sie während der Wirkungsdauer und in nachgelagerten Sitzungen (in der die „Integration“ der Erfahrungen erfolgt) therapeutisch begleitet werden. Die bisherige Studienlage lässt den Schluss zu, dass sich Depressionen auf diese Weise über Monate und teilweise über Jahre spürbar lindern lassen. Ähnliche Erfolge zeitigt der therapeutische Einsatz von Psilocybin bei der Behandlung von Suchterkrankungen (Rucker et al., 2018).

Im Gegensatz zu klassischen Antidepressiva, die in der Regel täglich einzunehmen sind, und nur die Symptome der Erkrankungen lindern, zielt psychedelische Therapie auf die Bekämpfung der Grundursachen der Depression (Carhart-Harris/Nutt 2017). Dazu sollen sie den Patient*innen neue Perspektiven auf ihre Situation und damit verbundene Einsichten eröffnen, die ihnen helfen, ihr Verhalten positiv zu verändern. Zentral ist dabei mutmaßlich das Psychedelika inhärente Potential, (pathologische) Denkmuster aufzubrechen und neu zu ordnen (Carhart-Harris/Friston 2019).

Trotz erhebliche Erkenntnisfortschritte der kontemporären Forschung, stellen sich für die Zukunft zahlreiche Fragen: u.a. nach der Wirksamkeit des sog. „Microdosing“ (die Einnahme geringer Dosen, die keine subjektiv wahrnehmbaren psychedelischen Effekte hervorruft) und den therapeutischen Erfolgsaussichten psychedelischer Substanzen mit geringerer Wirkungsdauer; bei Psilocybin üblicherweise vier Stunden.

2 Steigendes wirtschaftliches und regulatorisches Interesse an psychedelischen Behandlungsformen

Die verheißungsvollen Ergebnisse der Forschung haben mittlerweile das Interesse finanzstarker Akteure geweckt, die mittelfristig die Zulassung bestimmter psychedelischer Substanzen als Arzneimittel ins Auge fassen. Insbesondere in den USA ist den ersten klinischen Studien bereits jetzt ein erheblicher (Zwischen-) Erfolg beschieden, der sich an zwei Beispielen illustrieren lässt. So hat die Food and Drug Administration (FDA) Psilocybin im Rahmen einer von COMPASS Pathways initiierten Studie¹ 2018 den sog. „Breakthrough Therapy“-Status für die Behandlung behandlungsresistenter Depression verliehen und damit angesichts vielversprechender vorläufiger Ergebnisse den weiteren Zulassungsweg (konkret den Übergang in eine Phase III-Studie) beschleunigt. Im November 2019 hat die FDA diesen außergewöhnlichen Schritt wiederholt und Psilocybin als „Breakthrough Therapy“ für die *Major Depressive Disorder* (MDD, schwere depressive Störung) deklariert, diesmal zugunsten des nicht profitorientierten Usona Instituts.² Daran ist insbesondere beachtenswert, dass in den Vereinigten Staaten ca. 17 Millionen Personen an MDD leiden und die FDA mit ihrer Einschätzung zum Ausdruck bringt, in Psilocybin ein geeignetes Behandlungsmittel für große Patientenpopulationen zu sehen. Vor diesem Hintergrund nimmt es nicht wunder, dass auch das wirtschaftliche Interesse am Einsatz psychedelischer Substanzen stetig steigt.

¹ Studiendaten abrufbar bei der U.S. National Library of Medicine: The Safety and Efficacy of Psilocybin in Participants With Treatment Resistant Depression (P-TRD). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03775200>

² Studiendaten abrufbar bei der U.S. National Library of Medicine: A Study of Psilocybin for Major Depressive Disorder (MDD). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03866174>

3 Regulatorische Rahmenbedingungen der Forschung in Deutschland

Psychedelische Substanzen zählen (nicht nur in Deutschland) nach wie vor zu den nicht verkehrsfähigen Betäubungsmitteln; aufgeführt sind sie in Anlage I zum BtMG. Voraussetzung für ihren Besitz und Erwerb ist eine Sondererlaubnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), § 3 Abs. 2 BtMG. Diese im Folgenden näher erörterte Konstellation erschwert die Forschung und den Weg zur Zulassung psychedelischer Substanzen als Arzneimittel nicht unerheblich.

Grundsätzlich sind einem arzneimittelrechtlichen Zulassungsverfahren gem. §§ 22 ff. Arzneimittelgesetz (AMG) klinische Studien vorgeschaltet, §§ 40 ff. AMG, die durch das BfArM genehmigt werden müssen. Dabei darf eine klinische Studie nur bei positiver Risiko-Nutzen-Bewertung durchgeführt werden, die zu jedem Zeitpunkt der Studie vorliegen muss. Ferner haben Antragsteller grundsätzlich die Pflicht, Prüfpräparate präklinischen Testungen (u.a. zu Toxikologie, Genotoxizität) zu unterziehen und bei der Herstellung der Arzneimittel die „Good Manufacturing Practice“ (GMP) zu befolgen, deren Dokumentation – im Gegensatz zur eigentlichen Synthese von z.B. Psilocybin – sehr ressourcenintensiv und nur wenigen Einrichtungen weltweit vorbehalten ist. Die US-amerikanische Forschung steht hinsichtlich dieser Aspekte vor deutlich weniger Hürden. Die anspruchsvollen (erheblich durch das Europarecht geprägten) Anforderungen, die sich u.a. an der grundrechtlich verankerten Forschungsfreiheit (Artikel 5 Abs. 3 GG) messen lassen müssen, rechtfertigen sich durch die hohen Risiken, die mit der Anwendung noch nicht hinreichend erprobter Substanzen einhergehen. Der deutsche Gesetzgeber zollt hier in nachvollziehbarer Weise den Lehren des Contergan-Skandals Tribut.

Gleichwohl muss die besondere Bedeutung der Forschungsfreiheit berücksichtigt werden, sodass nicht jede Einschränkung zum Schutz der Allgemeinheit gerechtfertigt werden kann. Sie schützt als Abwehrrecht die wissenschaftliche Betätigung gegen staatliche Eingriffe und steht allen zu, die wissenschaftlich tätig sind oder es vorhaben (BVerfGE 15, 256 (263)). Zusätzlich folgt aus Art. 5 Abs. 3 GG eine grundlegende Wertentscheidung, die für alle Bereiche des Rechts Wirkung entfaltet. Daher ist der Staat verpflichtet, sein Handeln positiv an der Idee einer freien Wissenschaft auszurichten. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass wissenschaftliche Erkenntnisse und Innovationen eine hohe Bedeutung für die Gesellschaft haben. Die Wissenschaft trägt als Grundlage für den zivilisatorischen Fortschritt und zur materiellen Lebensentwicklung bei (Losch/Radua 2003: 391; Fährmann/Knop 2017). Die moderne Medizin beruht maßgeblich auf wissenschaftlicher Forschung (Laufs/Katzenmeier/Lipp, *Arztrecht* 2015: XIII, Rn. 1). Dies muss bei staatlicher Regulierung der Forschung berücksichtigt werden. Dabei ist besonders zu beachten, dass der Wissenschafts- und Innovationswettbewerb durch den Zeitfaktor (für Veröffentlichungen und Markteinführung), gesetzliche und bürokratische Hürden und die Kosten für Forschung bestimmt wird, die darüber entscheiden, ob Forschung überhaupt aufgenommen oder fortgesetzt wird (Wagner 1998: 1235).

Mit Blick auf die medizinische Forschung mit psychedelischen Substanzen ergeben sich durch ihren Status als Betäubungsmittel zusätzliche Barrieren. Dies gilt, obwohl deren Einsatz unter kontrollierten Bedingungen nach bisherigem – zunehmend abgesicherten – Kenntnisstand nicht nur in Anbetracht der zu vermutenden therapeutischen Potentiale verhältnismäßig sicher ist. Da sich der Betäubungs- und Arzneimittelbe-

griff zueinander nicht exklusiv verhalten, sind gem. § 81 AMG die Vorschriften des BtMG und AMG nebeneinander anwendbar. Forschende müssen Genehmigungen nach beiden Gesetzeswerken einholen. In der rechtswissenschaftlichen Diskussion ist zwar umstritten (Dähne 2003; Wagner 2004), ob eine Genehmigung der im BfArM angesiedelten Bundesopiumstelle gem. § 3 Abs. 2 BtMG neben einer Studiengenehmigung nach den Vorschriften des AMG und § 13 BtMG erforderlich ist, doch führt das Primat der etablierten Verwaltungspraxis dazu, dass beide Genehmigungen einzuholen sind (Wagner 2004).

Dieses doppelte Antragserfordernis bedeutet nicht unerheblichem zusätzlichem Verwaltungsaufwand und ist naturgemäß – trotz aller der dem Antragsprozess innewohnenden Verfahrensrationalität – mit aus Sicht der Forschung unwillkommenen Unwägbarkeiten behaftet. Hinzu kommt, dass die materiellen Anforderungen des AMG und BtMG sehr hoch und in der Erfüllung aufwändig sind. Daher ist die Erforschung psychedelischer Substanzen in formeller Hinsicht gegenwärtig deutlich schwieriger als z.B. herkömmliche Antidepressiva, deren Nebenwirkungen diejenigen eines kontrollierten Einsatzes psychedelischer Arzneimittel in aller Regel übersteigen dürften.

Darüber hinaus lassen sich nicht direkt mit dem Antragsverfahren verbundene Forschungshindernisse konstatieren. Zum einen liegt in der Einstufung psychedelischer Substanzen als nicht verkehrsfähiger Betäubungsmittel eine signifikante soziale Stigmatisierung, die insbesondere angehende Forschende vom Feld psychedelischer Therapie fernhalten können – zu groß dürfte aus Sicht vieler (nicht nur) Nachwuchswissenschaftler*innen das Risiko eines Reputationsverlustes sein. Das gilt insbesondere vor dem Hintergrund kultureller Zerrbilder, die sich in der allgemeinen Vorstellung von psychedelischen Substanzen und ihren Konsumenten etabliert haben (vgl. Fährmann 2018).

Zum anderen müssen sich Forschende mit dem nicht gänzlich zu vernachlässigenden Strafbarkeitsrisiko auseinandersetzen, das mit dem (auch genehmigten) Umgang mit Betäubungsmitteln einhergeht. Die große Regelungsdichte des BtMG dürfte es für Forschende unerlässlich machen, kostspielige anwaltliche Beratung in Anspruch zu nehmen, deren Umfang über die bei der Planung von Arzneimittelstudien übliche Inanspruchnahme rechtlichen Beistands hinausgehen dürfte. Hierin besteht ein weiterer Kostenpunkt für eine an Ressourcenknappheit leidenden Wissenschaftswelt.

4 Auf dem Weg zu mehr psychedelischer Forschung in Deutschland?

Psychedelische Therapie und ihre wissenschaftliche Reflektion stehen – international und in Deutschland – am Anfang einer voraussichtlich beachtlichen Karriere. Die mit psychedelischer Therapie verbundenen Heilungspotentiale werden, erfüllen sich die Erwartungen auch nur zum Teil, auf mittelfristige Sicht von regulatorischer Seite nicht ignoriert werden können. Die grundrechtlich verankerte Schutzpflicht des Staates für die Gesundheit seiner Bürger*innen (BVerfG NJW 2008, 2409 (2413)), die sich auch in der Anforderung äußert, für adäquate Bedingungen der Gesundheitsforschung zu sorgen, gibt Anlass, über die Gestaltung der Rahmenbedingungen für psychedelische Therapie in Zukunft verstärkt nachzudenken.

Der Wissenschafts- und Wirtschaftsstandort Deutschland sollte ein Interesse daran haben, die mit psychedelischer Therapie verbundenen Potentiale zu nutzen. Dies gilt umso mehr, da es ein auch im europäischen Vergleich bemerkenswertes zivilgesellschaftliche Engagement für seriöse psychedelische Wissenschaft gibt.

Zentrale Bedeutung dürfte hierbei einer Anpassung des Genehmigungsverfahrens an die Bedeutung psychedelischer Forschung zukommen. Auch wenn man zugesteht, dass der Umgang mit Betäubungsmitteln besonderen Anforderungen unterliegen muss, ist es ratsam, das Antragsverfahren zu vereinheitlichen. Die mit der doppelten Antragstellung verbundenen Hindernisse und Unwägbarkeiten wären auf diese Weise aus dem Weg geräumt, ohne die betäubungsrechtliche Wertentscheidung des Gesetzgebers zu konterkarieren. Im Übrigen steht zu erwarten, dass eine Bündelung des Antragsvorgangs auch innerhalb des BfArMs zu Effizienzsteigerungen führt und unnötige Prüfungsduplizierungen vermeidet.

Wünschenswert wäre des Weiteren ein nicht übermäßig restriktiver Umgang der Genehmigungsbehörden mit ihren Ermessensspielräumen. Bei den Anforderungen an präklinische Untersuchungen dürfte es z.B. mit Blick auf Psilocybin vertretbar sein, angesichts des verbreiteten und z.T. gut dokumentierten Konsums und damit verbundener Erfahrungswerte die Anforderungen an die toxikologischen Untersuchungen nicht zu hoch zu setzen. Auf mittlere Sicht wäre es für die Durchführbarkeit entsprechender Studien schließlich wünschenswert, wenn es auch in Europa mehr Hersteller geben würde, die die strengen GMP-Voraussetzungen erfüllen, um sich nicht von der Belieferung durch wenige (insb. außereuropäische) Hersteller abhängig zu machen.

Was einen verbesserten Umgang mit dem Strafbarkeitsrisiko der mit psychedelischen Substanzen Forschende anbetrifft, wäre ihnen schon mit einer gut strukturierten Handreichung durch die Behörden gedient. Eine bereichsbezogene Lockerung strafrechtlicher Sanktionen stellt eine weitere Option dar, die im Übrigen auch das – im Kern durch rechtliche Anpassungen nur indirekt zu beeinflussende – Stigmatisierungsrisiko lindern könnte.

5 Schluss

Die wissenschaftliche Erforschung psychedelischer Therapie hat auf internationaler Ebene an Dynamik gewonnen, und es ist absehbar, dass in wenigen Jahren die ersten Therapien Marktreife erlangen werden. Das in der Bundesrepublik herrschende Forschungsumfeld ist bislang nicht darauf ausgelegt, diese Entwicklung fördernd zu begleiten. Dieser Zustand ist aber nicht ohne Alternative – Gesetzgeber und Verwaltung können, sogar ohne grundsätzliche betäubungsmittelrechtliche Wertentscheidungen zur Disposition zu stellen – behutsam und zielgerichtet die Weichen stellen, um verantwortungsvollen Forschenden auch hierzulande die Fesseln abzulegen.

Literatur

- Carhart-Harris, R.; Friston, K. (2019): REBUS and the anarchic brain: Toward a Unified Model of the Brain Action of Psychedelics. *Pharmacological Reviews* 71: 3, 316-344.
- Carhart-Harris, R./Nutt, D. (2017): Serotonin and brain function: a tale of two receptors, in: *Journal of Psychopharmacology* 31: 9, 1091-1120.
- Dähne, H.: Klinische Prüfung mit Betäubungsmitteln, in: *MedR* 21: 10, 547-553.
- Fährmann, J. (2018): Drogenpolitik – soziale Kontrolle durch Repressionen?, in: Mercer, M. (Hrsg.): *altered states*, Berlin, 220-229.
- Fährmann, J./Knop, J. (2017): Forschungsfreiheit im Strafvollzug: Mehr als eine hohle Phrase?, in *NK* 29: 3 251-261.
- Laufs, A./Katzenmeier, C./Lipp, V. (2015): *Arztrecht*, München.
- Losch, B./Radau, W. (2003): Forschungsverantwortung als Verfahrensaufgabe, in: *NVwZ* 22: 4, 390-396.
- Nutt, D./Erritzoe, D./Carhart-Harris, R. (2020): Psychedelic Psychiatry's Brave New World, in: *Cell* 181: 1, 24-28.
- Rucker, J./Iliff, J./Nutt, D. (2018): Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future, in *Neuropharmacology* 142: 200-218.
- Wagner, H. (1998): Forschungsfreiheit und Regulierungsdichte, in: *NVwZ* 17: 12, 1235-1242.
- Wagner, M. (2004): Klinische Prüfung mit Betäubungsmitteln und die Verkehrserlaubnis nach § 3 BtMG – ein Junktim, in *MedR*. 22: 7, 373-375.

E-Zigaretten als Einstiegsdroge ins Rauchen? Update zur Diskussion um die „Gateway-Hypothese“¹

Bernd Werse, Jennifer Martens & Heino Stöver

Zusammenfassung

Der Artikel stellt den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion über die Frage dar, inwiefern E-Zigaretten und andere elektronische Dampferzeugnisse (eDe) für Jugendliche eine ‚Einstiegsdroge‘ ins konventionelle Rauchen sein könnten („Gateway-Hypothese“). Dazu werden insbesondere aktuelle Studien und Metaanalysen verwendet. Befürworter_innen der These legen oftmals dar, dass es statistische Zusammenhänge zwischen eDe- und Tabakkonsum gibt bzw. dass Jugendliche, die zuerst eDe probieren, signifikant häufiger später auch rauchen als andere Jugendliche. Kritisiert wird an solchen Studien, dass sich zumeist nur auf Lebenszeit- oder 30-Tages-Prävalenz, nicht aber auf häufiges Rauchen bezogen wird. Des Weiteren ist in den meisten Untersuchungsgebieten die Rauchprävalenz seit Aufkommen der eDe weiter zurückgegangen. Außerdem wird die Kausalität in Frage gestellt: Erfahrungen mit E-Produkten seien nicht die Ursache für späteres Rauchen, sondern beiden Verhaltensweisen liegen ähnliche Einfluss- bzw. Risikofaktoren („confounder“) zugrunde („common liability“). Die Common-Liability-Hypothese wird von der Mehrzahl der relevanten Wissenschaftler_innen vertreten. Jugendliche haben heute u.a. mit eDe alternative Möglichkeiten, einem wie auch immer begründeten Bedürfnis nach inhalativem Konsum nachzukommen. Dies scheint den rückläufigen Trend beim Rauchen nicht zu beeinträchtigen, möglicherweise sogar zu fördern.

Dieser Artikel gibt – als Update und Erweiterung zu einem im Vorjahresbericht erschienenen Artikel (Werse & Dichtl 2019) – ein Update zur Diskussion über elektronische Dampferzeugnisse (die im Folgenden unter der Abkürzung eDe zusammengefasst werden²) als „Gateway“ bzw. „Einstiegsdroge“ ins Rauchen und gibt insbesondere aktuelle Ergebnisse (Studien und Metaanalysen aus den letzten zwei Jahren) zu dieser Thematik wieder.

Die Hypothese von zeitlichen Entwicklungsstufen im Drogenkonsum (später als Gateway- oder Einstiegsdrogen-Hypothese bekannt), wurde von Kandel (1975) kon-

¹ Dieser Artikel ist eine gekürzte und geänderte Version des gleichnamigen Artikels, der demnächst in einem Sammelband im Fachhochschulverlag erscheinen wird.

² Unter „eDe“ werden 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 (ausgenommen allerdings Vaporizer, mit denen v.a. Cannabis verdampft wird).

stituiert und bezog sich ursprünglich auf Cannabiskonsum, der angeblich die Wahrscheinlichkeit auf nachfolgenden Heroinkonsum erhöhen könne.³

Positionen, die eDe einen Einstiegsdrogeneffekt zusprechen, führen neben süßen Aromen, die besonders attraktiv für Jugendliche seien, das Argument an, dass durch eDe Rauchrituale wie die Handhaltung oder auch Raucherpausen eingeübt werden. Darüber hinaus werde es durch die Verbreitung von eDe wieder normaler, rauchende (bzw. in diesem Fall dampfende) Menschen zu sehen, wodurch es zu einer Renormalisierung der Konsumform komme. So wird z.B. in den USA darüber spekuliert, dass E-Produkte das „Tobacco Endgame“, also die Idee, Tabakkonsum komplett aus der Gesellschaft zu verbannen, gefährde (Heart.org 2019). Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Jugendliche den Konsum von eDe als weniger gesundheitsschädlich wahrnehmen (Bunnell et al. 2014, Schneider et al. 2015, Kotz 2018).

Anhand einer prospektiven Kohortenstudie, die in drei Erhebungswellen durchgeführt wurde, vermuten Berry et al. (2019) ein durch E-Zigaretten bedingt erhöhtes Risiko, mit dem Rauchen anzufangen. Dieses Risiko bestehe insbesondere bei Jugendlichen, die zuvor wenig Berührung mit Tabakprodukten hatten.

In einer neueren Kohortenstudie des IFT-Nord (Hanewinkel et al. 2020; zur vorherigen Gateway-Studie des Instituts vgl. Jazbinsek 2018) wurde nicht mehr Lebenszeit-, sondern 30-Tages-Prävalenz von eDe und Tabakprodukten untersucht; die Autor_innen kommen zu dem Schluss, dass vorheriger E-Zigaretten-Konsum einen späteren Rauchkonsum begünstige, da von den etwa zwei Dritteln nach 18 Monaten weiterhin eDe Konsumierenden mehr als 90% auch aktuell (30 Tage) geraucht hatten. Wiederum wird aber täglicher Konsum nicht berücksichtigt, und unter der Kategorie „Rauchen“ wird auch Shisha-Konsum geführt (siehe auch Abschnitt 4).

In den aktuellsten Ergebnissen der BZgA-„Drogenaffinitätsstudie“ (Orth & Merkel 2020) wird ein fortlaufender Trend zum Nichtrauchen festgestellt: Der Anteil derer, die sich aktuell als Raucher_in bezeichnen, ist seit 2001 von 27,5% auf 5,6% gesunken, wobei sich dieser Rückgang auch in den letzten Jahren, in denen sich eDe verbreitet haben, kontinuierlich fortgesetzt hat. Bei der Betrachtung der Lebenszeitprävalenz verzeichnen E-Zigaretten unter Jugendlichen im Vergleich zu 2012 (9,1%) einen Zuwachs im Jahr 2019 auf 12,3%, wobei sich die Steigerung in den letzten Jahren praktisch nicht fortgesetzt hat. Gleichzeitig ist aber die Konsumerfahrung mit E-Shishas von 20,5% auf 9,2% zurückgegangen. Vergleichbare Entwicklungen sind für die 30-Tages-Prävalenzraten dieser Produkte zu beobachten (Orth & Merkel 2020). Diese Entwicklungen werden mit den Ergebnissen der lokalen Frankfurter Schülerbefragung weitgehend bestätigt (Werse et al. 2019).

Auch in anderen Ländern kommen Studien zu dem Ergebnis, dass parallel zu einer erhöhten Popularität von eDe der Konsum von konventionellen Zigaretten unter Jugendlichen abnimmt: Gao et al. (2020) berichten in einer Analyse von Daten taiwanesischer Jugendlicher zwischen 2004 und 2017 von einer zunehmenden Beliebtheit

3 An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Gateway-These für den Cannabiskonsum weitgehend widerlegt wurde. Für Deutschland stellten dies z.B. bereits vor mehr als 20 Jahren zwei regierungsfinanzierte Expertisen bzw. Studien (Kleiber & Soellner 1998 und Kleiber & Kovar 1997) fest. Bereits der Umstand, dass es um ein Vielfaches mehr Cannabiserfahrene gibt als Personen, die andere illegale Drogen ausprobiert haben, ist ein wesentlicher Beleg hierfür. Dennoch gibt es eine sozial geprägte typische Abfolge von Drogenerfahrungen, nach der überwiegend als erstes Alkohol und/oder Tabak, danach ggf. Cannabis und später ggf. andere Drogen probiert werden.

von E-Zigaretten seit 2014, welche gleichzeitig mit einem stärkeren Rückgang des Rauchens unter Jugendlichen verbunden ist. Walker et al. (2020) stellen fest, dass der allgemeine Rückgang des Rauchens in den vergangenen 6 Jahren unter 14- bis 15-jährigen Jugendlichen in Neuseeland darauf hindeutet, dass E-Zigaretten konventionelle Zigaretten verdrängen. Ähnliches wurde zuletzt auch für die USA festgestellt (Levy et al. 2019).

Eine zentrale Frage bei der Analyse von Erhebungsdaten im Hinblick auf eine mögliche Schrittmacherfunktion von E-Zigaretten diejenige danach, welche Prävalenzraten untersucht wurden. So wird z.B. in zahlreichen Studien (z.B. Hanewinkel et al. 2020, Berry et al. 2019 und Soneji et al. 2017) regelmäßiger Konsum als 30-Tages-Prävalenz definiert, obwohl darin erhebliche Anteile von Experimentier- und Gelegenheitskonsument_innen enthalten sind (vgl. auch Etter 2017).

Eine generelle Herausforderung für Gateway-Studien stellen Confounder (dt. Störfaktor) bzw. Confounding Variables (Hintergrundvariablen) dar: Anstatt eine Kausalität von Zigarettenkonsum aufgrund vorherigem eDe-Konsums anzunehmen, könnten bestimmte Bedingungen gleichzeitig sowohl für eDe- als auch Tabakkonsum verantwortlich sein.

In vielen der zitierten Studien werden mögliche Confounder mit berücksichtigt. McNeill et al. (2018) merken allerdings an, dass die angewandten statistischen Analysetechniken nicht für alle relevanten Confounder kontrolliert werden können.

Auch Lee et al. (2018) untersuchten die Rolle von Confoundern und deren Berücksichtigung bzw. Nicht-Berücksichtigung in Studien und kommen zu dem Ergebnis, dass Faktoren wie das Rauchverhalten der Eltern selten berücksichtigt werden und somit die Gateway-Hypothese nicht nachweisbar wäre. In einer weiteren Studie (Kim & Selya 2020) wurde versucht, den Zusammenhang zwischen E-Zigarettenkonsum und dem Rauchen von konventionellen Zigaretten mit Hilfe von Propensity-Score-Methoden, bei denen zahlreiche mögliche Risikofaktoren einberechnet werden, zu schätzen. Die Autor_innen kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Assoziation zwischen Dampfen und Rauchen aus gemeinsamen Risikofaktoren erklären lässt. Zu ähnlichen Resultaten kommen Khouja et al. (2020) in einem systematischen Review zur Gateway-Hypothese: Aufgrund der zahlreichen Unsicherheiten hinsichtlich Confoundern, unterschiedlichen eDe (z.B. mit/ohne Nikotin) und Prävalenzraten tendieren auch diese Autor_innen letztlich zur Common-Liability-Theorie – der Annahme, dass Personen, die mehrere Drogen (hier: Tabak und eDe) konsumieren, dieselben prädisponierenden Faktoren besitzen. Diese These wird auch von McNeill et al. (2018) und Etter (2018) vertreten. Zwar sei diese Theorie in Bezug auf den Konsum von eDe nicht ausführlich dokumentiert, jedoch werde sie von einer Vielzahl von Beweisen gestützt, die belegen, dass eine Neigung zum Rauchen bzw. Dampfen durch soziale, familiäre, individuelle und genetische Faktoren bestimmt werde. Etter geht davon aus, dass Jugendliche, die über eine solche Rauchneigung verfügen, als erstes das Produkt verwenden werden, das am leichtesten verfügbar, am stärksten beworben, am meisten von Gleichaltrigen konsumiert oder auf das sie am neugierigsten sind.

Schaller et. al (2020) schließlich betonen, dass ein Gateway-Effekt aus verschiedenen Gründen generell schwer zu untersuchen ist. Querschnittsstudien analysieren Personengruppen lediglich zu einem bestimmten Zeitpunkt und randomisierte kontrollierte Studien sind aus ethischen Gründen nicht vertretbar. Bei Längsschnittstudien

liegt wiederum das Problem bei der Beeinflussung durch andere Faktoren wie etwa dem sozialen Umfeld.

Abschließend lässt sich feststellen, dass bis dato keine Studie einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Konsum von eDe und einem folgenden Konsum von konventionellen Zigaretten feststellen kann. Vielmehr häufen sich Indizien, die auf eine „common liability“ hindeuten: es gibt einen Anteil der Jugendlichen, die – aus welchen Motivkonstellationen auch immer – ein Interesse an Rauchen und/oder Dampfen haben; was sie letztlich ausprobieren oder gar regelmäßig konsumieren, ist u.a. von der allgemeinen Verbreitung, aber auch von Bewertungen aus der Peergroup wie auch der Gesamtgesellschaft, inklusive Maßnahmen der Verhältnisprävention abhängig.

Insgesamt gilt somit weiterhin der Befund aus dem Vorjahr, „dass sich unter (...) Jugendlichen mittlerweile ein nicht unerheblicher Teil mit experimentellem oder gelegentlichem Konsum von E-Produkten oder auch Shishas begnügt und nicht zu regelmäßigem Zigarettenkonsum übergeht.“ (Werse & Dichtl 2019: 66). Der Anteil experimenteller und gelegentlicher Konsument_innen von Rauch- und/oder Dampfprodukten ist also im Vergleich zu intensiv Konsumierenden weitaus höher als zu Zeiten, in denen rauchbarer Tabak die nahezu alleinige inhalierbare legale Droge unter Jugendlichen war. Möglicherweise haben eDe auf diese Weise sogar mit zum rückläufigen Trend beim Rauchen unter Jugendlichen beigetragen – in vielen Erhebungen hat sich dieser seit Aufkommen der E-Produkte noch verstärkt.

Vor diesem Hintergrund ist es erstaunlich, wie vehement hierzulande weiterhin der Risikodiskurs bezüglich E-Zigaretten geführt wird. So wurde z.B. im letzten Jahr das EVALI-Phänomen – Lungenschädigungen infolge von eDe-Konsum, die teilweise tödlich verliefen – in zahlreichen deutschen Medien skandalisiert, obwohl es sich um ein rein US-amerikanisches Phänomen handelte (Blount et al. 2019), das durch nicht kontrollierte E-Liquids mit schädlichen Beimischungen (Vitamin-E-Acetat) hervorgerufen wurde. In Deutschland wäre solches aufgrund der strengeren Kontrollen kaum denkbar. Auch sonst überwiegt der Eindruck, dass in den Medien nahezu ausschließlich negative Meldungen über eDe auftauchen, zuletzt etwa mit Schlagzeilen wie „E-Zigaretten-Raucher infizieren sich öfter mit Corona“ (FAZ 2020). Damit ist zumindest teilweise zu begründen, dass in der deutschen Öffentlichkeit – anders etwa als in Großbritannien, wo eDe auch offiziell als Maßnahme zur Schadensminimierung gefördert werden – eine deutliche Mehrheit fälschlicherweise davon ausgeht, dass E-Zigaretten mindestens ebenso schädlich seien wie Verbrennungszigaretten (Welt 2019). Auch wenn diese Produkte natürlich ebenfalls Risiken mit sich tragen, so ist es dringend von Nöten, hier mehr Aufklärung zu betreiben. Somit könnte effektiver zu einer Verminderung eines der größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken – dem Rauchen – beigetragen werden.

Literatur

- 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.

- Blount, B.C., Karwowski, M.P., Shields, P.G., Morel-Espinosa, M., Valentin-Blasini, L., Gardner, M. et al. (2019): Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI. In: *New England Journal of Medicine* 382 (8): 697–705. DOI: 10.1056/NEJMoa1916433.
- Bunnell, R.E., Agaku, I.T., Arrazola, R.A., Apelberg, B.J., Caraballo, R.S., Corey, C.C., Coleman, B.N., Dube, S.R., King, B.A. (2014): Intentions to smoke cigarettes among never-smoking US middle and high school electronic cigarette users, in: *National Youth Tobacco Survey, 2011–2013. Nicotine Tob Res* 17(2):228–235.
- Etter, J.-F. (2018): Gateway effects and electronic cigarettes, in: *Addiction*, 113: 1776–1783.
- FAZ (2020): E-Zigaretten-Raucher infizieren sich öfter mit Corona. Artikel vom 13.08.2020, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/e-zigaretten-raucher-infizieren-sich-oefter-mit-corona-16903374.html>
- Gao, W., Sanna, M., Chuluunbaatar, E., Tsai, M., Levy, D., Wen, C. (2020): Are e-cigarettes reviving the popularity of conventional smoking among Taiwanese male adolescents? A time-trend population-based analysis for 2004-2017, in: *Tob Control*. 2019-055310.
- Hanewinkel, R., Isensee, B., Seidel, A.-K., Goecke, M., Morgenstern, M. (2020): Der Verlauf des Zigarettenkonsums im Jugendalter: Eine Kohortenstudie über 18 Monate, in: *Pneumologie* 2020; 74(7):448-455.
- Heart.org (2019): E-cigarettes threaten the „Tobacco Endgame“. Artikel vom 11.März 2019, <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/quit-smoking-tobacco/tobacco-endgame> (Stand: 11.08.2020).
- 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 (Hg.): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018. Lengerich: Pabst: 96-113.
- Kandel, D. (1975): Stages in adolescent involvement in drug use, in: *Science* 190(4217): 912–914.
- Khouja, J., Suddell, S., Peters, S. et al (2020): Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis, in: *Tobacco Control* 2019-055433.
- Kim, S., Selya, A. (2020): The Relationship Between Electronic Cigarette Use and Conventional Cigarette Smoking is largely attributable to shared risk factors, in: *Nicotine & Tobacco Research* 22 (7): 1123-1130.
- Kleiber, D. & Kovar, K.A. (1997): Auswirkungen des Cannabiskonsums. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kleiber, D. & Soellner, R. (1998): Cannabiskonsum: Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. Weinheim: Juventa.
- Levy, D., Warner, K., Cummings, K. et al. (2019): Examining the relationship of vaping to smoking initiation among US youth and young adults: a reality check, in: *Tobacco Control* 2019 (28): 629-635.
- 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.
- Orth, B., Merkel, C. (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Schaller, K., Kahnert, S., Mons, U. (2020): E-Zigaretten und Tabakerhitzer – ein Überblick. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum.
- Schneider, S., Diehl, K. (2015): Vaping as a Catalyst for smoking? an initial model on the initiation of electronic cigarette use and the transition to tobacco smoking among adolescents, in: *Nicotine & Tobacco Research* 2016; 18: 647-653.
- Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., Leventhal, A. M., Unger, J. B., Gibson, L. A., Yang, J., Primack, B. A., Andrews, J. A., Miech, R. A., Spindle, T. R., Dick, D. M., Eissenberg, T., Hornik, R. C., Dang, R., & Sargent, J. D. (2017): Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis, in: *JAMA pediatrics*, 171(8), 788–797.
- Walker, N., Parag, V., Wong, S., Youdan, B., Broughton, B., Bullen, C. et al. (2020): Use of e-cigarettes and smoked tobacco in youth aged 14-15 years in New Zealand: findings from repeated cross-sectional studies (2014-19), in: *The Lancet Public Health* 5(4): E204-E212.
- Welt (2019): Die paradoxe Angst der Deutschen vor der E-Zigarette. Artikel vom 21.11.2019. <https://www.welt.de/wirtschaft/article203711402/E-Zigarette-Deutsche-halten-Alternative-fuer-sehr-schaedlich.html>
- Werse, B., Dichtl, A. (2019): E-Zigaretten: (k)eine „Einstiegsdroge“ ins Tabakrauchen, in: Akzept e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe (Hg.): 6. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019. Lengerich: Pabst: 62-67.

Partizipatives Mapping: ein Workshop zur Beteiligung von Drogenkonsument_innen an Prozessen der Stadtplanung

Luise Klaus, Mélina Germes, Francesca Guarascio, Daniela Jamin & Anna Dichtl

Zusammenfassung

Zusammen mit marginalisierten Drogenkonsument_innen aus Frankfurt und Berlin wurden insgesamt 3 partizipative Kartierungswshops durchgeführt. Dabei haben die Teilnehmer_innen Vorschläge für eine Stadt(planung) der „idealen Stadt“ erarbeitet, in welcher ihre Lebensumstände, alltäglichen Herausforderungen und Existenz im öffentlichen Raum berücksichtigt und toleriert werden.

Die „Belastung des öffentlichen Raumes“ durch marginalisierte Konsument_innen illegalisierter Drogen ist ein wiederkehrendes Thema städtischer Politik und Medien. Neben einem Abwägen von schadensmindernder Sozial- und repressiver Polizeiarbeit, kommen zunehmend auch Bürgerinitiativen und Interessenvertretungen (z.B. von Gewerbetreibenden) zu Wort. Die Stimmen der Konsumierenden jedoch bleiben nach wie vor weitestgehend unberücksichtigt. Um dem entgegenzutreten, wurde nach einer Möglichkeit gesucht, den Perspektiven der Konsument_innen verstärkt Raum zu geben und sie an stadtplanerischen Prozessen teilhaben lassen zu können. Dafür haben wir in drei partizipativen Kartierungswshops mit Konsument_innen die Frage gestellt: „Was ist deine ideale Stadt?“ Eine Stadt, die den Bedürfnissen der Drogenkonsumierenden entspricht. Eine Stadt, die mit ihrer Expertise und ihrem Wissen gestaltet ist. Eine Stadt in der sie einen Platz haben (Klaus et al. 2020; Germes et al. 2020).

Im Folgenden werden wir den Aufbau und Ablauf der Workshops sowie einige Ergebnisse darlegen, mit der Hoffnung, dass sich die Methode zukünftig auch von anderen Initiativen, die sich wissenschaftlich oder politisch mit Drogenkonsum und städtischem Raum befassen, angeeignet und weiterentwickelt werden kann. Die ausführlichen Forschungsberichte können auf der Seite des Centre for Drug Researchs (Frankfurt) und des Forschungsprojekts DRUSEC (Berlin) heruntergeladen werden¹.

Was ist partizipatives Kartieren?

Partizipatives Mapping dient u.a. in der Stadtforschung und -planung dazu mit verschiedene Akteursgruppen in gemeinsam potenzielle Gestaltungen des urbanen Raums und Aneignungsmöglichkeiten zu erarbeiten (Kollektiv Orangotango+ 2018).

¹ Frankfurter Workshop: https://www.uni-frankfurt.de/88472859/Frankfurter_Workshop_Mapping_gesamt.pdf; Berliner Workshops: <https://drusec.hypotheses.org/1379>

In der Suchthilfepolitik und Drogenforschung grenzt die Methode sich deutlich von quantitativen (Kriminalitäts-)Kartierungen und deren falschen Abstraktionen von gesellschaftlichen Verhältnissen und Prozessen ab (Belina 2009). Gesellschaftliche Probleme sollen nicht verräumlicht und somit abstrahiert werden, vielmehr ist die Karte ein Instrument, um das Wissen von **Konsument_innen als Expert_innen** anhand von qualitativen Daten, die Ergebnisse einer Analyse und einer kollektiven Verhandlung sind, darzustellen. Die Peerpartizipation, also die Einbeziehung der Konsumierenden in Drogenforschung und -politik schafft zudem eine neue Ebene des Austauschs indem gemeinsam mit den Teilnehmenden an einer Veränderung der gesellschaftlichen und urbanen Lebensqualität erarbeitet wird. Die Konsument_innen erhalten so den Raum ihre eigene sozial-politische Situation aktiv mitzugestalten, was eine sinnvolle Ergänzung zu lokal- oder kommunalpolitischen Projekten darstellt (Stallwitz 2018). Die Ergebnisse des partizipativen Mappings mit Konsumierenden enthalten **Handlungsvorschläge für die Stadtplanung**, welche mit konventionellen Ansätzen und Kartierungen nicht erbracht werden können.

Aufbau und Ablauf der Workshops

Der erste Workshop fand im Sommer 2019 in Berlin an fünf aufeinanderfolgenden Tagen statt. Die Drogenkonsumierende entwarfen Karten zu ihrer idealen Stadt in Bezug auf die fünf Themen: Wohnen, Mobilität, Sicherheit, Drogenkonsum und Gesundheitsversorgung. Im November 2019 wurde ein zweiter, fünftägiger Mapping-Workshop in Berlin veranstaltet, an dem diesmal ausschließlich drogenkonsumierende Frauen² teilnehmen durften, da an dem ersten Workshop nahezu ausschließlich Männer teilgenommen hatten und wir auch eine weibliche Perspektive miteinschließen wollten. Ebenfalls im November 2019 führten wir einen weiteren gemischtgeschlechtlichen Workshop in Frankfurt/M. durch. Dieser Workshop dauerte drei Tage und fokussierte sich auf die Themen Wohnen, Mobilität und Sicherheit.

Das Ziel des Workshops war es, dass die Teilnehmenden mit Hilfe ihres Alltagswissens, möglichst anwendbare Maßnahmen entwickeln, die dazu beitragen können, in einer Stadtplanung auch die Bedürfnisse von marginalisierten Drogenkonsumierenden zu berücksichtigen und innerhalb bereits existierender Strukturen zu überlegen, welche Lösungsansätze für alle Beteiligten, vor allem auch für alle Nutzenden des öffentlichen Raums sinnvoll erscheinen.

Die Teilnehmer_innenzahl bei den Workshops war auf maximal 8 Personen begrenzt, die Workshops dauerten jeweils 2 Stunden, wobei es eine kleine Kaffeepause gab. Wir konnten jedem der Teilnehmenden eine Aufwandsentschädigung von 15 Euro pro Tag zahlen, was einigen der Konsumierenden, die rund um die Uhr damit beschäftigt sind genug Geld durch Betteln, Flaschensammeln etc. zusammenzubringen, um so ihre Sucht zu finanzieren, eine Teilnahme erst ermöglichte. Die Teilnahme war freiwillig. Die Personen konnten wählen, ob sie an einem oder mehreren Tagen

² Wir verstehen Geschlecht als sozial konstruiert. Als „weiblich“ sind alle Personen gemeint, die sich selbst als Frauen verstehen, unabhängig von ihren biologischen Geschlechtsmerkmalen oder behördlichen Zuordnungen.

teilnehmen wollen, da der Workshop so konzipiert ist, dass jeden Tag ein neues Thema von Beginn an bearbeitet wird.

Voraussetzung für die Teilnahme waren Deutschkenntnisse, da leider keine Übersetzungsmöglichkeiten gegeben waren. Dieser Umstand führt zu einer wichtigen Einschränkung in den Ergebnissen: diese spiegeln in allererster Linie die Erfahrungen und Perspektiven von deutschsprachigen Konsumierenden, die zum größten Teil an die Drogenhilfe angebunden sind, wider. Weitere Merkmale wie Wohnstatus oder Konsummuster spielten keine Rolle als Auswahlkriterium, so dass die Teilnehmenden der drei Workshops eine heterogene Gruppe von Menschen, die auf der Straße leben oder einen festen Wohnsitz haben, aktuell intravenöse und/ oder inhalativen konsumieren oder (mit oder ohne Beikonsum) sind, bilden.

Im Rahmen der Workshops fertigten die den Teilnehmer_innen gemeinsam Kartierungen an, auf denen die spezifischen Bedürfnisse von Konsument_innen sichtbar werden und die konstruktive Verbesserungsvorschläge liefern.

Im ersten Teil des Workshops wurden von den Teilnehmenden im Rahmen einer gemeinsamen und offenen Diskussion die verschiedenen im jeweiligen Themenfeld existierenden Probleme und Herausforderungen benannt. Dabei wurde die Diskussion von uns insofern mitbestimmt, dass wir Schlagwörter der „Recht auf Stadt“-Bewegung einführten und somit eine gewisse Politisierung der Gruppe angestoßen haben. Ebenso haben wir ausgewählte, anonymisierte Interviewzitate aus vorherigen Erhebungen vorgelesen, welche uns wichtig und stellvertretend für gewisse Problemfelder erscheinen, um die Teilnehmenden nach ihren Meinungen dazu zu fragen. Nach einer gemeinsamen Diskussion wurden die Teilnehmer_innen darum gebeten eigene Lösungsverschlüsse und Verbesserungsideen stichpunktartig und zunächst für sich auf einem Notizzettel zu sammeln, bevor sie dann in der Runde präsentiert und gegebenenfalls erneut gemeinsam diskutiert wurden. Im Idealfall wurden so im ersten Teil des Workshops konkrete stadtplanerische Lösungsansätze entwickelt.

Nach einer kurzen Pause wurden die unterschiedlichen Ideen und Vorschläge im zweiten Teil des Workshops in Form unterschiedlicher Symbole von den Teilnehmer_innen auf bunten Zetteln visualisiert. Jeder Tag (ergo jedes Themenfeld) hatte dabei eine eigene Farbe, so wurde das Thema „Wohnen“ grün, „Sicherheit“ blau, „Drogenkonsum“ gelb, Gesundheitsversorgung „orange“ und „Mobilität“ pink dargestellt. Diese Symbole wurden anschließend auf den Karten verortet. Für jede Stadt standen Basiskarten in DinA0 in verschiedenen Kartenausschnitten zur Verfügung: Je eine Karte zeigt das gesamte Stadtgebiet, die anderen Karten zeigten die verschiedenen Stadtviertel, die im Fokus des Workshops standen (so z.B. das Frankfurter Bahnhofsviertel). Im Verlaufe des Frankfurter Workshops wurden zudem häufig Problemfelder, die explizit die Drogenkonsumräume betrafen, thematisiert, sodass wir kurzerhand eine dritte Karte entwarfen, die den schematischen Grundriss eines Drogenkonsumraums darstellte. Die von den Teilnehmenden entworfenen Symbole wurden nun in den verschiedenen Kartenausschnitten verortet. Insbesondere in Frankfurt, dem dritten Workshop, der aus den Erfahrungen der vorherigen profitieren konnte, wurde die Verortung der Symbole jeweils gemeinsam in der Gruppe diskutiert.

Am Ende der Workshop-Wochen entstanden somit unterschiedliche Karten, welche teils sehr spezifische Problemlagen (z.B. innerhalb des Konsumraums) aber auch gesamtgesellschaftlichen, strukturellen Handlungsbedarf darstellen (diese wurden stellvertretend für „alle Menschen“ oder „in ganz Deutschland“ auf den Kartenaus-

schnitt des gesamten Stadtgebiets verortet). Die Karten geben wichtige Aufschlüsse über die alltäglichen Erfahrungen, Bedürfnisse und Lösungsstrategien von marginalisierten Drogenkonsumierenden im urbanen Raum.

Ergebnisse

Der urbane Raum bietet immer weniger Platz für marginalisierte Drogenkonsument_innen und negiert dabei, dass diese sich oft aufgrund von Alternativlosigkeit im öffentlichen Raum aufhalten. Ordnungsbehördliche Repression können dieses Problem nur verschärfen und die Betroffenen weiter in die Kriminalisierung treiben. Es fehlt an urbanen Räumen und politischen Maßnahmen, die den Drogenkonsumierenden einen geregelten und nicht-prekarisierten Alltag und Akzeptanz bieten. Da es den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, alle von den Teilnehmer_innen erarbeiteten Maßnahmen vorzustellen, wollen wir uns darauf beschränken den Blick auf nur einige Ideenvorschläge zu werfen, die zum Teil in beiden Städten genannt wurden oder uns besonders innovativ erschienenen. Um einen Einblick auf die Fülle der teils sehr konkreten Maßnahmen – wie (mehr) Spritzenmülleimer im Viertel, Spinde in Drogenhilfeeinrichtungen, die es Personen in prekären Wohnverhältnissen ermöglichen Wertgegenstände zu verstauen – verweisen wir an dieser Stelle noch mal auf die ausführlichen Workshop-Berichte (Vgl. Fußnote 1).

„(Autonomer) Substituiertentreff“: Sowohl im ersten Berliner-Workshop als auch im Frankfurter Workshop wurde ein Treffpunkt für ehemalige Drogenkonsumierende ohne Beikonsum gefordert, da diese sich häufig aufgrund von Alternativlosigkeit in den Kontaktcafés aufhalten und dort mit der Szene der aktuellen Konsument_innen und somit alltäglichem Drogenkonsum konfrontiert sind. Ein Café oder Kontaktort für die – meist schon älteren – beikonsumfrei Substituierten böte die Möglichkeit des sozialen Austauschs, der preiswerten Abdeckung des Grundbedarfs (Verpflegung, Kleidung etc.) und Beschäftigungsmöglichkeit. Zudem wurde der Wunsch geäußert sich für diesen Treffpunkt (ehrenamtlich) zu engagieren und im täglichen Betrieb mitzuarbeiten. Auch wenn möglichst viele Arbeiten von den Substituierten selbst übernommen werden sollen, wurde eine Begleitung durch Sozialarbeiter_innen innerhalb des Substituiertentreffs gewünscht.

„Junkies gehen auf Bürger_innen zu“: Die Einrichtung einer Selbsthilfe- und Aufklärungskampagne „Junkies gehen auf die Bürger_innen zu“, würde nach Ansicht der männlichen Berliner Workshop-Teilnehmenden dazu beitragen, den vielfach erlebten Vorurteilen und Verunsicherungen von Bürger_innen im Umgang mit Drogengebrauchenden durch Aufklä-



Abb. 1: (Autonomer) Substituiertentreff



Abb. 2: Junkies gehen auf Bürger_innen zu

rung zu begegnen. Ihnen die Lebensrealität von Drogengebrauchenden zu vermitteln und dadurch die bürgerlichen Vorstellungen von ‚gefährlichen‘ und ‚kriminellen‘ Drogenkonsumierenden zu hinterfragen. Wir könnten uns diese Aufklärungskampagne als eine spannende und wertvolle Initiative vorstellen, nichtdestotrotz kann das alleine unseres Erachtens nicht im Kampf gegen Diskriminierungen reichen, denn solange institutionalisierte diskriminierende Praktiken bestehen bleiben, werden Ausschlüsse im (räumlichen) Alltag der Menschen (re) produziert.

„*Führungen im Frankfurter Bahnhofsviertel*“: Das Frankfurter Bahnhofsviertel ist Treffpunkt und Aufenthaltsort für einen Großteil der marginalisierten Konsument_innen. Doch sind alltägliche Polizeikontrollen, Gentrifizierung von ehemaligen Szenetreffpunkten und die zunehmende Privatisierung des öffentlichen Raums spürbare Folgen für die Menschen, deren Aufenthalt dort immer weniger geduldet wird. In „hippen“, thematischen Führungen (z.B. Rotlicht- oder Drogenszene) werden Konsument_innen als belastigend und voyeuristisch wahrgenommen. Von den Teilnehmenden des Workshops wurde deshalb eingebracht, sich bei der Ausgestaltung dieser Führungen aktiv mitbestimmen zu wollen, die Führungen nicht mehr direkt an den Drogenkonsumräumen im Viertel (vor deren Türen sich die Konsumierenden oftmals sammeln) vorbeizuführen und selbst Führungen zu geben.

„*Konsumausweis*“: In beiden Städten forderten die Teilnehmer_innen einen „Konsumausweis“, mit dem sie sich als abhängige Drogenkonsumierende ausweisen und somit – analog z.B. zu einem Behindertenausweis – spezielle Vorteile oder einfachere Zugänge haben könnten. Im Idealfall, so die Teilnehmer_innen, könnte ein solcher Konsumausweis zum Beispiel auch dafür genutzt werden, eine legale Abgabe von psychoaktiven Substanzen über Apotheken zu organisieren oder eine kostenlose Substitution auch für nicht versicherte Personen zu ermöglichen.

„*Maßnahmen für Frauen*“: Während dem Berliner Workshop mit Frauen haben die Teilnehmerinnen



Abb. 3a und 3b: Führungen im Frankfurter Bahnhofsviertel



Abb. 4: Konsumausweis

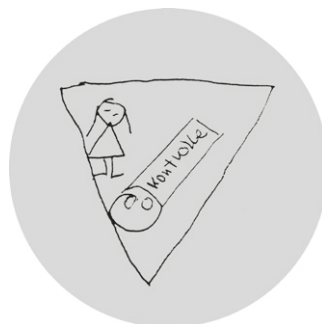


Abb. 5: Maßnahmen für Frauen;



Abb 5a: Konsumräume

zahlreiche Forderungen geäußert, die besondere Problemen mit Männern aus der Szene und aus der Behörde betrafen und auf ungleiche Geschlechterverhältnisse zurückzuführen sind. So forderten sie Räume nur für Frauen und Sexarbeiter_innen wie Konsumräume, Notunterkünfte, Praxis und Beratungsstellen. Auch sexuelle Erpressungen durch Kontrollkräfte wurde im Rahmen des Workshops thematisiert und Maßnahmen dagegen gefordert.

Fazit

Die partizipative Teilhabe von marginalisierten Drogenkonsumierenden an stadtplanerischen Prozessen zeigt sich als eine wertvolle ergänzende Perspektive. Die Workshops haben verdeutlicht, dass Menschen aus Drogenszenen nicht nur Objekt einer Stadtplanung sein sollten, sondern ihre expliziten Bedürfnisse und alltäglichen Herausforderungen in den urbanen Raum tragen und sich diesen dementsprechend aneignen. Eine Stadtplanung, die dies berücksichtigt und nicht von sozialen Problemen absieht und diese damit potenziell verschärft, muss dieser Gruppe von Menschen zukünftig gerecht werden. Denn eine Abtrennung auf einer Parkbank schafft noch keinen Schlafplatz, eine Videoüberwachung von sogenannten „Drogenumschlagsplätzen“ stoppt keinen Handel von illegalisierten Substanzen.

Weitere Workshops in verschiedenen Vierteln und Städten und insbesondere auch auf verschiedenen Sprachen wären wünschenswert, um auch die Ansichten und speziellen Herausforderungen der nicht-deutschsprachigen Betroffenen, die meist weniger an das Drogenhilfesystem angebunden und zudem einer Mehrfachmarginalisierung ausgesetzt sind, in Betracht zu ziehen. Die Ergebnisse dieser Workshop an die zuständigen der Stadtpolitik, Drogenhilfe und Polizei zu tragen ist dabei unabdingbar, um die Perspektiven der Drogenkonsument_innen sichtbar zu machen.

Derzeit planen wir eine Wanderausstellung in der wir die Ergebnisse unserer Forschungen präsentieren wollen, weitere Informationen dazu werden zukünftig online abrufbar sein .

Literatur

- Belina, B. (2009): Kriminalitätskartierung – Produkt oder Mittel neoliberalen Regierens, in: Geographische Zeitschrift, 97: 4, 192–212.
- Germes, M./Guarascio, F./Klaus, L./Herrgesell, C. (2020): Berliner Partizipativer Mapping-Workshop: „Was ist unsere ideale Stadt als Drogennutzer_innen?“ 2. Bericht, online verfügbar unter: https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/4337/files/2020/06/20200608_NUDRADRUSEC_Gesamtbericht.pdf; letzter Zugriff: 16.06.2020.
- Klaus, L./Dichtl, A./Jamin, D./Padberg, C./Zielinski, A. (2020): Workshop „Partizipatives Mapping“ in Frankfurt: „Was ist unser ideales Viertel?“ – Sichtweisen von Drogenkonsumierenden im Frankfurter Bahnhofsviertel, online verfügbar unter: https://www.uni-frankfurt.de/88472859/Frankfurter_Workshop_Mapping_gesamt.pdf; letzter Zugriff: 16.06.2020.
- Kollektiv Orangotango+ (2018): This is not an atlas: a global collection of counter-cartographies, Bielefeld.

Stallwitz, A. (2018): Peerpartizipation in Drogenintervention, -forschung und -politik , in: akzept e.V. Bundesverband und Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): 5. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2018, Lengerich: Pabst Science Publisher, 36 – 44.

Autorinnen und Autoren

Scharif Bahri

ist Psychiater und Psychotherapeut in eigener Praxis für Verhaltenstherapie. Er engagiert sich seit 15 Jahren im gemeinnützigen eclipse e.V. (www.eclipse-ev.de) und seit mehreren Jahren als Teil des Vorstands. Dort organisiert er unter anderem Festival-einsätze mit Vor-Ort-Beratung und Intervention auf großen Festivals. Er ist Gründungsmitglied des Sonics e.V. und seit 2018 assoziierter Vorstand.

Rike Bartholomäus

ist Diplom-Pädagogin, Handwerksmeisterin, Lauftherapeutin. Nach langjähriger Mitarbeit in einer Beschäftigungsgesellschaft leitet sie seit 2004 im Sozialtherapeutischen Zentrum Haus Bruderhilfe in Essen die Bereiche Beschäftigung und Gesundheitsförderung sowie das Zentrum für Joborientierung mit Blick auf die Teilhabechancen von Suchtkranken.

Hans Cousto

engagierte sich von 1994 bis 2011 im Rahmen von „Eve & Rave e.V.“ Berlin für eine sachliche Drogenaufklärung, Drug Checking und für eine vernünftige Drogenpolitik. Seit Frühlingsanfang 2011 setzt er diese Tätigkeit in der Freien Arbeitsgemeinschaft „DrogenGenussKultur“ fort. Zudem veröffentlicht er in unregelmäßigen Abständen Artikel zur Rauschkunde und Drogenmündigkeit auf der Website www.drogenkult.net wie auch zur Drogenkultur, Drogenpolitik und Psychonautik im TAZ-Blog Drogenie und im Magazin „Lucy's Rausch“. Im „Hanf Journal“ schreibt er regelmäßig eine Glosse über die Handlungsweisen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Zudem veröffentlichte er zum Thema Drogen mehrere Sachbücher. Hans Cousto ist auch ein gefragter Referent auf Kongressen. So hielt er u.a. verschiedentlich Vorträge auf den Kongressen der Reihen „Entheo-vision“ und „Entheo-Science“, auf den Weltkongressen der Hedonistischen Internationalen oder auch auf dem LSD-Symposium zum 100. Geburtstag von Albert Hofmann in Basel. Zahlreiche Vorträge von Hans Cousto sind im Videokanal PSI-TV dokumentiert.

Anna Dichtl

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

Philine Edbauer

lebt in Berlin und studiert im Master Moderne Süd- und Südostasienstudien mit dem Schwerpunkt staatliche Gewalt im Namen des „Drogenkriegs“ in den Philippinen. Sie ist seit 2015 drogenpolitisch aktiv und rief 2017 die Initiative #mybrainmychoice mit ins Leben.

Pia Eigenstetter

geb. 1990, BA Soziale Arbeit, Hauptamtliche im Projekt Drug Scouts (Leipzig) (<https://drugscouts.de>) und Moderatorin des Selbsthilfeportals Breaking-Meth (www.breaking-meth.de/). Sie koordiniert seit vielen Jahren Party- und Festivaleinsätze, entwickelt Schulungen für Fachpersonal und freiwillige Mitarbeiter_innen und unterstützt Veranstalter_innen in der Erarbeitung von Safer-Clubbing-Konzepten. Sie ist Gründungsmitglied des Sonics e.V., koordiniert in diesem Rahmen PsyCare-Projekte und ist seit 2019 assoziierte Vorständin.

Dr. Jan Fährmann

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

Cora Funk

Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin (FH), seit 2004 Streetworkerin und in der niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten, frauenspezifischen Drogenhilfe, Anlauf- und Fachberatungsstelle La Strada Hannover, Phoenix e.V.

Urs Gamsavar

M.A., ist staatl. anerkannter Sozialarbeiter und Sexualtherapeut. Er ist zusammen mit Dirk Sander Projektleiter des Modellprojektes {quapsss} der Deutschen Aidshilfe, Leiter der sexualtherapeutischen Praxis Lust.Punkt. und Dozent für Soziale Arbeit an der evangelischen Hochschule Berlin.

Dr. Mélina Germes

ist Geographin und Forscherin am CNRS, Laboratoire PASSAGES, Bordeaux. Sie leitet die internationalen Projekte DRUSEC (Drug Use and Urban Security) und GO-NACI Governing the Narcotic City (www.narcotic.city) in Frankreich.

Francesca Guarascio

(M.Sc. Urban Studies) ist wissenschaftliche Leiterin im Projekt NUDRA (Netzwerk zum Umgang mit Alkohol und Drogen im öffentlichen Raum) bei Fixpunkt gGmbH.

Dr. med. Franjo Grotenhermen

betreibt eine medizinische Praxis mit dem Schwerpunkt Cannabis-Therapie. Er ist Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin e.V. (ACM) und der International Association for Cannabinoid Medicines e.V. (IACM).

Tibor Harrach

ist Pharmazeut, war langjähriger Vorsitzender von Eve & Rave e.V. Berlin, Sprecher der Landesarbeitsgemeinschaft Drogenpolitik von Bündnis 90/Die Grünen Berlin und Mitbegründer der Drugchecking Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de); seit 2016 im Vorstand von Sonics e.V. Bundesverband für Safer Nightlife und seit 2018 pharmazeutischer Koordinator des Drugchecking Projekts Berlin.

Aaren Ivers

ist Doktorandin an der kriminologischen Fakultät der Simon-Fraser-Universität in Burnaby, British Columbia. Ihre Doktorarbeit befasst sich mit illegalen Online-Cannabisverkäufen, die durch MOMs (Mail Order Marijuana suppliers) erleichtert werden, und mit den Auswirkungen der Legalisierung auf den illegalen Cannabis-Verwandhandelsmarkt.

Daniela Jamin

(M.A. Soziale Arbeit) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Suchtforschung (ISFF) der Frankfurt University of Applied Sciences im Forschungsverbund DRUSEC (Drug Use and Urban Security/bis 2020) und im DAAD geförderten Projekt SOLID (Social work and strengthening of NGOs in development cooperation to treat drug addiction/seit 2020)

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.

Petra Kaup

Diplom-Sozialpädagogin, Betriebswirtin Fachrichtung Sozial-/Gesundheitswesen und Sozialtherapeutin (VT) für Suchttherapie, arbeitet seit über 20 Jahren in unterschiedlichen Bereichen der Suchthilfe und -therapie. Seit 2015 ist sie als Fachreferentin in der Landeskoordinierungsstelle berufliche und soziale Integration Suchtkranker in NRW tätig und koordiniert den Arbeitskreis „Arbeitsmaßnahmen für Menschen mit Suchterkrankungen in NRW“.

Carolin Kilian

arbeitet am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden an Fragestellungen rund um Alkoholepidemiologie, europäische Alkoholpolitik sowie soziale Ungerechtigkeit.

Luise Klaus

(M.A. Humangeographie) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsverbund DRUSEC (Drug Use and Urban Security) am Centre for Drug Research der Goethe-Universität Frankfurt/M.

Urs Köthner

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

Kollektiv Solidarische Sozialarbeit

Wir, Sozialarbeiter_innen verschiedener Träger der Frankfurt-Drogenhilfe, haben uns 2019 zu einem Kollektiv zusammengeschlossen, um uns kritisch mit der Konzentrierten Aktion auseinanderzusetzen.

Kontaktmöglichkeit unter: Solidarische-sozialarbeit@riseup.net.

Anja Liebig

B.A. Erziehungswissenschaftlerin und Soziologin, seit 2019 Referentin für weibliche Sexarbeit und Frauen im Kontext von HIV, STI und Hepatitis bei der Deutschen Aidshilfe.

Jennifer Martens

ist studentische Mitarbeiterin am Centre for Drug Research an der Goethe-Universität Frankfurt/M. Neben E-Zigaretten beschäftigt sie sich im Rahmen verschiedener Projekte unter anderem mit Drogenkonsum in Frankfurt.

Julia Meisner

M.A. Medienwissenschaft an der Humboldt Universität zu Berlin, B.A. Kunstgeschichte und Publizistik an der Freien Universität Berlin. Sie hat 2017 die Initiative #mybrainmychoice mitgegründet und ist seitdem ehrenamtlich drogenpolitisch aktiv.

Petra Narimani

Dr. phil., Dipl.-Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt PartKommPlus an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin. Nach einer frühen Ausbildung zur Justizassistentin und längeren Auslandsaufenthalten in Ecuador und Vietnam arbeitete sie in unterschiedlichen Bereichen der Sozialen Arbeit. Sie hat sich spezialisiert auf Themen rund um die Bereiche Migration, Sucht und Partizipative Forschung, ist Gründungsmitglied von GEDA (Global Empowerment and Development Association) und Mitglied des Senior Experten Service (SES).

Christian Plattner

geb. 19.07.73 in Bayern, 1994-2001 Studium der Medizin in Regensburg, Würzburg und München, 2004 Facharzt Allgemeinmedizin, 2005-2010 Sanitätsoffizier der Luftwaffe, 07/2010 Niederlassung in Düsseldorf, BAG Lamprecht&Dr. Plattner, verheiratet, zwei Kinder.

Maximilian Plenert

ist selbst Cannabis-Patient und Autor des Praxis-Ratgebers „Cannabis als Medizin“. Er arbeitet als Geschäftsführer der Beratungsfirma Kompetenzzentrum Cannabis und ist Sprecher des Selbsthilfenetzwerkes-Cannabis-Medizin.

Helmut Pollähne

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

Nina Pritzens

Dipl. Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin, Jahrgang 1978, seit 2004 in der ambulanten Drogen- und Suchthilfe in unterschiedlichen Bereichen und Funktionen tätig. Seit 2018 gemeinsam mit Anneke Groth Geschäftsführerin der vista gGmbH, ebenfalls seit 2018 im Vorstand des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, akzept e.V.

Jürgen Rehm

arbeitet als Professor in Toronto (Kanada), Dresden und Moskau (Russland), und beschäftigt sich vor allem mit der Modellierung von Substanzgebrauch in epidemiologischen, ökonomischen und sozialwissenschaftlichen Studien.

Dr. Dirk Sander

ist Sozialwissenschaftler und Leiter des Fachbereichs MSM* in der Deutschen Aids-hilfe.

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 der Deutschen Aids-hilfe. Initiator von Modellprojekten, wie z.B. „TEST It“ und „SMOKE It“ sowie „HIV? Hepatitis? DAS CHECK ICH“. Berater von Nationalen Programmen zur umfassenden Gesundheitsversorgung Drogenkonsumierender in Nepal und Thailand (GIZ und Global Fund), Mitbegründer des Schildower Kreises sowie des „Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch“. Mitbegründer internationaler Organisationen von Drogengebraucher_innen wie INPUD (Int. Network of People who use Drugs) und EURONPUD (European Network of People who use Drugs).

Claudia Schieren

geboren 1963 in Heinsberg, ehemalige Mitarbeiterin der Drogen- und Aids-Selbsthilfe Bonn und Geschäftsführerin von JES Düsseldorf. Sie war bis zum Jahr 2015 Dozentin im Auftrag der Arbeitsagentur Berlin und ist aktuell in hauptamtlicher Funktion Leiterin des Kontaktladens in der Einrichtung VISION e.V. in Köln und seit dem Jahr 2009 im JES Bundesvorstand.

Olaf Schmitz

Diplom-Sozialarbeiter und M.A. Sozialmanagement, leitete 12 Jahre die Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahme für abhängigkeitskranke Menschen „INSAT – Individuelle Schritte in Arbeit“ der Krisenhilfe Bochum und ist seit 2017 Geschäftsführer der Gesamteinrichtung.

Rüdiger Schmolke

ist Politik- und Gesundheitswissenschaftler (MA Pol./MPH) und systemischer Organisationsentwickler und -berater. Er arbeitet seit gut 20 Jahren in den Feldern der Drogenforschung/-beratung und Suchtprävention und war langjährig Geschäftsführer des Vereins zur Förderung akzeptierender Jugend- und Drogenarbeit Chill out e.V. mit Sitz in Potsdam (www.chillout-pdm.de). Er ist Mitinitiator der Drugchecking-Initiative Berlin-Brandenburg (www.drugchecking.de), Mit-Kurator der Konferenzreihe „Stadt nach acht“ (<https://2019.stadt-nach-acht.de>) und seit 2016 im Vorstand des Sonics e.V. Bundesverband für Safer Nightlife aktiv. Er ist Dozent an der Fachhochschule Potsdam und koordiniert seit 2018 er das Projekt SONAR – Safer Nightlife Berlin (www.safer-nightlife.berlin).

Wolfgang Sterneck

(www.sterneck.net) ist Sozialwissenschaftler, Kultur-Aktivist und Buchautor. Er zählt zu den Gründungsmitgliedern des Sonics e.V. und des europäischen ‚NEWNet‘ (www.safernightlife.org). Daneben war er als Mitveranstalter des Festivals ‚Gatherings of the Tribes‘ und der ‚Nights-Stadt nach Acht‘-Konferenzen tätig (www.stadt-nach-acht.de). In Projekten wie ‚A Different Kiss*‘ verbindet Sterneck immer wieder Kultur, Gesellschaft und Veränderung (www.a-different-kiss.net).

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).

Katharina Tietz

geb. 1985, Magistra A. Politikwissenschaften, Geschichte; Leitung der Fachstelle für Konsumkompetenz und Geschäftsführung des Chill out e.V. – Verein zur Förderung akzeptierender Jugend- und Drogenarbeit Potsdam (www.chillout-pdm.de). Sie koordiniert langjährige PsyCare-Projekts und ist seit 2016 Vorständin des Sonics e.V.

Dr. Fabian Wenner

ist Politikwissenschaftler und Jurist. Er ist 1. Vorsitzender des Fördervereins MIND Foundation.

Bernd Werse

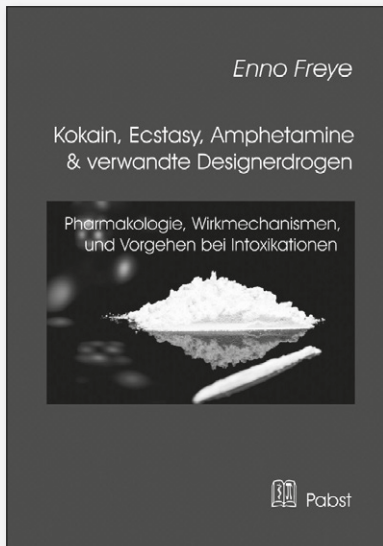
Dr. phil., Soziologe, seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Drittmittelforschungsbüro Centre for Drug Research an der Frankfurter Goethe-Universität. Arbeitsschwerpunkte: Drogentrends, neue psychoaktive Substanzen, Drogenhandel, Substanzkonsum in Jugendkulturen. Sprecher des Schildower Kreises,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

Hubert Wimber

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

Georg Wurth

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



188 Seiten, ISBN 978-3-89967-843-7
Preis: 25,- € inkl. MwSt.

eBook, ISBN 978-3-89967-922-9
Preis: 15,- € inkl. MwSt.



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

Enno Freye

Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen

Pharmakologie, Wirkmecha-
nismen, Vorgehen bei Intoxika-
tionen

Der Konsum von Kokain und synthetischen Dro-
gen, ebenso euphorisierend wie leistungsstei-
gernd, nimmt zu. Die Risiken werden häufig
unterschätzt, selbst in der medizinischen Fach-
welt. Synthetische Drogen werden in immer
neuen, unterschiedlichen Variationen und Kom-
binationen angeboten, teils legal.

Das Handbuch bietet einen präzisen Überblick
über die aktuellen Herstellungsformen, chemi-
schen Zusammensetzungen, physischen und
psychischen Wirkungsmechanismen, Sympto-
me, kurz- und langfristigen Folgen.

Ärzte erhalten detaillierte Empfehlungen für Dia-
gnostik und Therapie – sowohl im Notfall als
auch in der chronischen Behandlung. Anhand
langjähriger eigener Erfahrung skizziert der
Autor typische Täuschungsversuche von Patien-
ten und Fehlermöglichkeiten von Ärzten.

Das Handbuch sollte in jeder Notaufnahme,
jeder Intensivabteilung, jeder Suchtklinik und
jeder Suchtpraxis als griffbereites Nachschlage-
werk zur Verfügung stehen. Trotz seiner detail-
reichen Informationstiefe eignet es sich zur
schnellen Orientierung für den Alltag.

Frederic Fredersdorf

Verantwortung leben – Ambulante Drogenselbsthilfe in Deutschland



432 Seiten
ISBN 978-3-87581-227-5
Preis: 39,90 €



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

Die Studie »Verantwortung leben« ist im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Abt. Drogen und Sucht, erschienen. Hier ist erstmals gelungen, ein breitgefächertes Bild der Suchtselbsthilfe im Bereich der illegalen Drogen in der Bundesrepublik zu dokumentieren und die Vielfältigkeit der verschiedenen Ansätze von Akzeptanz- bis Abstinenzorientierung anschaulich zu machen. Die in diesem Band dokumentierte Untersuchung belegt eindrucksvoll, dass es möglich ist, Suchtforschung, professionelle Hilfe und Selbsthilfe einander näher zu bringen und damit die Suchtbehandlung zu optimieren und mit Erfolg abzuschließen. Diese Studie bildet eine umfangreiche Arbeitsunterlage. Sie liefert Basisinformationen, z.B. einen grundlegenden Überblick zur Entwicklung der deutschen Suchtselbsthilfe. Hierzu gehört auch ein Querschnitt zur Philosophie, den Zielen und dem Bedarf der ambulanten Drogenselbsthilfe in Deutschland. Darüber hinaus beschreibt der Autor anglo-amerikanische Modelle zur ambulanten Drogenselbsthilfe und umreißt den aktuellen Zustand der Selbsthilfeorganisationen in Deutschland.

Otto Schmid & Thomas Müller (Hrsg.)

SUCHT – GENUSS UND THERAPIE

Ein gesellschaftlicher Wandel



236 Seiten, ISBN 978-3-95853-109-3
Preis: 20,- €



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

Die umfassenden gesellschaftlichen Umbrüche in Europa haben auch das Drogengeschehen entscheidend verändert. Herausragend war die Erkenntnis, dass allein mit Abstinenzforderung und Repression der Heroinepidemie und ihren verheerenden Folgen nicht zu begegnen ist. Bei den neuen Behandlungsansätzen waren v.a. die Drogensubstitution und Entkriminalisierung umstritten. Manches geschah entgegen ausdrücklichen Verboten, anderes eher unbemerkt. Aber die Logik und Erfolge der Ansätze überzeugten derart, dass Politik und Behörden sich allmählich mehr für ihre Förderung als ihre Unterdrückung interessierten und sich auf das Experiment der „Vier Säulen-Drogenpolitik“ einließen – Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression.

40 Insider reflektieren in diesem Aufsatzband die Entwicklungen aus der Perspektive der Schweiz; fast alle Probleme und Veränderungen ergaben sich – teils leicht verzögert – analog auch in Deutschland und Österreich.

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

Gundula Barsch & Julia Walta

Baukasten

für eine anonyme Drogensprechstunde



112 Seiten, ISBN 978-3-95853-199-4
Buch inkl. CD mit Arbeitsmaterialien
Preis: 15,- €



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

Methamphetamin, das sich als Crystal im Freizeitbereich verbreitet, führt vor Augen, dass das professionelle Drogenhilfesystem unter einem enormen Modernisierungsdruck steht. Besonders tragisch: Obwohl mit hohen Risiken für die physische, psychische und soziale Gesundheit konfrontiert, meiden Crystal Meth-Konsumierende den Kontakt zu Hilfesystemen sehr lange und melden sich erst, wenn sich bereits dramatische Bündelungen von Problemen entwickelt haben.

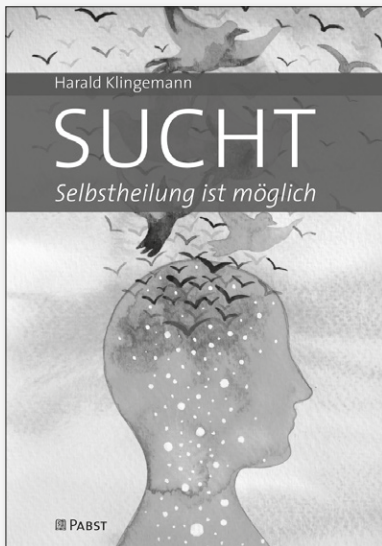
In interdisziplinärer Zusammenarbeit entwickelten Professorin Dr. Gundula Barsch (Hochschule Merseburg), Dipl. med. Peter Jeschke (Ostdeutsche Arbeitsgemeinschaft Suchtmedizin e.V.) und Prof. Dr. Andreas Klement (Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle) ein niederschwelliges Angebot, das neue Ansätze einer Versorgung aktuell drogenkonsumierender Menschen auslotete:

In einer anonymen Drogensprechstunde, als Peer-to-Peer-Projekt angelegt, konnten sich KlientInnen medizinisch untersuchen und umfangreich beraten lassen. Als Peers arbeiteten Studierende der Medizin und der Sozialarbeit – supervidiert von erfahrenen ÄrztInnen.

Der vorliegende Band beschreibt das gesamte Pilotprojekt so in detail, dass zur Nachahmung geradezu eingeladen wird. Das Buch kann als konkrete, aber modifizierbare Anleitung für vergleichbare Angebote, nicht nur für Crystal-KonsumentInnen, dienen. Die beigefügte CD enthält die Arbeitsmaterialien zum Ausdrucken.

Die kritische Evaluation belegt, dass die anonyme Drogensprechstunde eine Lücke füllen kann und auch in der institutionalisierten Drogenhilfe überwiegend aufmerksame Zustimmung findet.

Im Buch und auf der beigefügten CD sind Arbeitsmaterialien für die anonyme Drogensprechstunde enthalten: Checklisten, Informationsflyer, Dokumentationsbögen u.a.



120 Seiten, ISBN 978-3-95853-328-8,

Preis: 15,- €

eBook: ISBN 978-3-95853-329-5, Preis: 10,- €



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28

D-49525 Lengerich

Tel. ++49 (0) 5484-308

Fax ++49 (0) 5484-550

pabst@pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com

www.pabst-publishers.com

Harald Klingemann

Sucht: Selbstheilung ist möglich

Psychotherapie und seelische
Gesundheit im Zeitalter
kategorischer Optimierung

Sucht ist eine Herausforderung. Der Ausstieg gelingt in der Regel ohne professionelle Therapie. Professor Dr. Harald Klingemann hat Betroffene gefragt, wie ihnen die Selbstheilung gelungen ist. Drei Grundvoraussetzungen sind entscheidend:

- der dringende Wunsch, sich von der Sucht zu befreien
- der dringende Wunsch, endlich offen Bilanz zu ziehen
- der dringende Wunsch, Sinnhaftes zu erleben

Welcher der vielen Wege führt aus der Sucht und welches persönlich sinnhafte Ziel ist erreichbar? Jeder und jede Betroffene berichtet Anderes. Keine Regel und keine Perspektive gilt für alle. Es gibt kein einziges Rezept. Jeder und jede Süchtige ist ein Unikat.

Betroffene schildern ausführlich verschiedenste kreative Strategien und Tricks, die zur Selbstheilung geführt haben: Kein Weg führte einfach geradeaus. Und gelegentlich folgten auf zwei Schritte vorwärts drei Schritte rückwärts. Der erste Versuch gelingt selten.

Die authentischen Berichte sind konkret: Sie gelten für Alkoholabhängige, Junkies, Raucher, Essgestörte, Glücksspieler. Wer sich selbst aus der Sucht befreien will, findet in dem anregend bebilderten Band eine Fülle ermutigender Informationen.

Der 7. Alternative Drogen- und Suchtbericht 2020 fokussiert auf die Frage, wie Schäden durch Drogenkonsum so gering wie möglich gehalten werden können.

Er bietet eine konstruktiv-kritische Perspektive auf die aktuellen Entwicklungen im Drogen- und Suchtbereich. Zahlreiche namhafte Autor_innen informieren über vorbildliche Projekte und innovative Ansätze, weisen auf Missstände und Blockaden hin und entwerfen Szenarien für eine Drogenpolitik der Zukunft.

Deutschland verfügt zwar über ein differenziertes Hilfesystem, zugleich bleibt jedoch noch eine Vielzahl an Möglichkeiten ungenutzt: Individuen und die Gesellschaft könnten noch weit besser vor den Folgen des Drogenkonsums geschützt werden, als es bisher geschieht. Die Zahl der Menschen, die an den Folgen ihres Drogenkonsums – vorzeitig – versterben (v.a. am Konsum von Tabak, Alkohol und illegalen Substanzen) könnte geringer ausfallen. Gesundheitsschäden ließen sich reduzieren oder vermeiden. Gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Folgekosten könnten drastisch sinken. Das bedeutet auch: Ein sehr viel effektiverer Einsatz von Ressourcen ist möglich.

Dabei hat die Corona-Pandemie in diesem Jahr wie ein Vergrößerungsglas auf Missstände und Herausforderungen gewirkt, interessanterweise aber ganz besonders Chancen deutlich werden lassen. Diesen Chancen ist ein Schwerpunkt im 7. Alternativen Drogen- und Suchtbericht gewidmet.

Einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt bildet die bisher noch vernachlässigte Schadensminimierung auch bei Alltagsdrogen, auf die bisher vorwiegend mit der Abstinenzforderung reagiert wird.

ISBN 978-3-95853-636-4

eBook: ISBN 978-3-95853-637-1

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

