Nach dem Krieg gegen die Drogen:

Modelle für einen regulierten Umgang

TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION

Deutsche Übersetzung
herausgegeben von **akzept** e.V.

Die Vision von Transform:

Der Krieg gegen die Drogen ist vorbei und weltweit sind effektive und humane Systeme der Regulierung etabliert.

Mittelfristige Ziele dazu:
Erforschung von Alternativen zur Prohibition; Vertrauensbildung in Regulierungsmodelle.

Eine seriöse Berechnung der Kosten der aktuellen Drogenpolitik durch Regierungen und Vereinte Nationen.

Erneuerung der drogenpolitischen Debatte unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Menschenrechte, die Sicherheit und die Entwicklung der Menschheit.

TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION

After the War on Drugs: Blueprint for Regulation

Copyright © Transform Drug Policy Foundation 2009
ISBN 978-0-9556428-1-4
http://www.tdpf.org.uk

Deutsche Übersetzung
herausgegeben von **akzept** e.V.
Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

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

http://www.akzept.org

Neuerscheinungen 2012

"Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten und Legalisierung von Drogen"

Hrsg.:
Ralf Gerlach, Heino Stöver
Fachhochschulverlag Fankfurt/a.M. 2012
ISBN 978-3-9437-8703-0

„Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum"

Hrsg.:
Henning Schmidt-Semisch, Heino Stöver
Fachhochschulverlag Fankfurt/a.M. 2012
ISBN 978-3-9400-8782-9

Nach dem Krieg gegen die Drogen: Modelle für einen regulierten Umgang

Der weltweite Kampf gegen den Handel mit illegalen Drogen ist verloren, oder besser nicht zu gewinnen, auch nicht zu kontrollieren oder einzudämmen.
Aber haben wir keine intelligenteren Möglichkeiten der Drogenkontrolle? Sollten wir nicht beginnen Gesundheitsthemen, wie Drogenkonsum/-abhängigkeit, auch gesundheitspolitisch anzugehen, statt überwiegend repressiv oder gar militärisch wie in Süd- und Lateinamerika? Ein Systemwechsel ist nötig, weil viele Menschen ihr Leben lassen mussten, oder aufgrund der Strafverfolgung sozial und gesundheitlich schwere Schäden erlitten haben.
Dieses Buch gibt Antworten auf die Frage: Wie?

Prof.Dr. Heino Stöver, Direktor Institut für Suchtforschung an der Fachhochschule Frankfurt; akzept e.V.

„Nach so vielen Jahrzehnten ergebnisloser Diskussionen sind wir nicht mehr an Glaubenssätzen, Meinungen und Allgemeinplätzen zur Prohibition interessiert. Wir erwarten Beweise. Für die Vorteile von Prohibition wurde noch kein einziger vorgelegt. Diejenigen dagegen mehren sich von Jahr zu Jahr. Ob uns das gefällt oder nicht gefällt, spielt überhaupt keine Rolle. Es sei denn, Suchtpolitik wäre eine Geschmacksfrage".

Dr. Raphael Gaßmann, Geschäftsführer Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

„Aufgrund meiner langjährigen beruflichen Erfahrung bin ich der Überzeugung, dass bei der Strafverfolgung die negativen Auswirkungen deutlich überwiegen. Ein wünschenswertes Ergebnis einer rationalen Drogenpolitik wäre aus meiner Sicht eine „Stelle" oder ein „Laden", in dem mit staatlicher Lizenzierung und Kontrolle Drogen verkauft werden und der Verkauf mit einem Beratungsangebot zu Gefahren und Suchtpotentialen des Konsums verbunden wird."

Hubert Wimber, Polizeipräsident, Münster

„Entkriminalisierung ist die Forderung nach Gleichbehandlung der Drogen und Selbstbestimmung. Drogen sollten entsprechend ihrer Gefährlichkeit gleichbehandelt werden. Erwachsene Menschen müssen frei entscheiden können, was sie ihrem Körper zumuten. Der Staat soll nicht mit Kriminal-strafen bestimmen, was ihnen guttut, nicht bei Alkohol und Zigaretten, auch nicht bei Hanf."

Hans-Christian Ströbele, MdB, Bündnis90/DieGrünen

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

ISBN 978-3-98 13890-4-3

„Der amerikanische Drogenkrieg ist gescheitert, weil er nur auf militärische Mittel und Repression setzte. Die europäische Drogenpolitik verfolgt eine 4-Säulen-Strategie und ist deswegen erfolgreicher (Prävention, Behandlungsausbau, Überlebenshilfe, Repression). Eine moderne Drogenpolitik baut deswegen die Prävention des Drogenangebotes aus, sie sorgt für ein ausreichendes Angebot an Behandlung und sie fördert die Überlebenshilfe. Mein Motto für eine gute Drogenpolitik bleibt: Nur wer überlebt, kann aussteigen."

Marion Caspers-Merk, Parlamentarische Staatssekretärin 2002-2009, Mitglied der Global Commission on Drug Policy

„Keine andere international verfolgte Strategie hat in den vergangenen Jahrzehnten so systematisch Gewalt, Menschenrechtsverletzungen, Korruption und die Ausbreitung von HIV/AIDS erzeugt wie die Prohibition von Drogen. Entkriminalisierung und regulierte Abgabe von Drogen über Apotheken sind kein Eingeständnis der Unvermeidbarkeit von Drogenkonsum sondern die wirksamste Strategie, Abhängigkeit und damit einhergehende Gefahren und Schäden zu verringern."

Tom Koenigs, Vorsitzender des Ausschusses für Menschenrechte und humanitäre Hilfe des Deutschen Bundestages

„Über 50 bzw. 40 Jahre nach Verabschiedung der Single Convention und der Convention on Psychotropic Substances hängen die Glaubwürdigkeit und der Sinn des vereinbarten internationalen Konsenses maßgeblich davon ab, ob es gelingen wird, die einst verfassten Regeln und Prinzipien in aller Offenheit kritisch zu hinterfragen und dort Anpassungen vorzunehmen, wo sie basierend auf den Beobachtungen und Erfahrungen sowie dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn der vergangenen Dekaden und den objektiv messbaren gesundheitlichen, ökonomischen und sozialen Folgen des Konsums psychotroper Substanzen notwendig sind."

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel, DBDD – Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht c/o IFT Institut für Therapieforschung

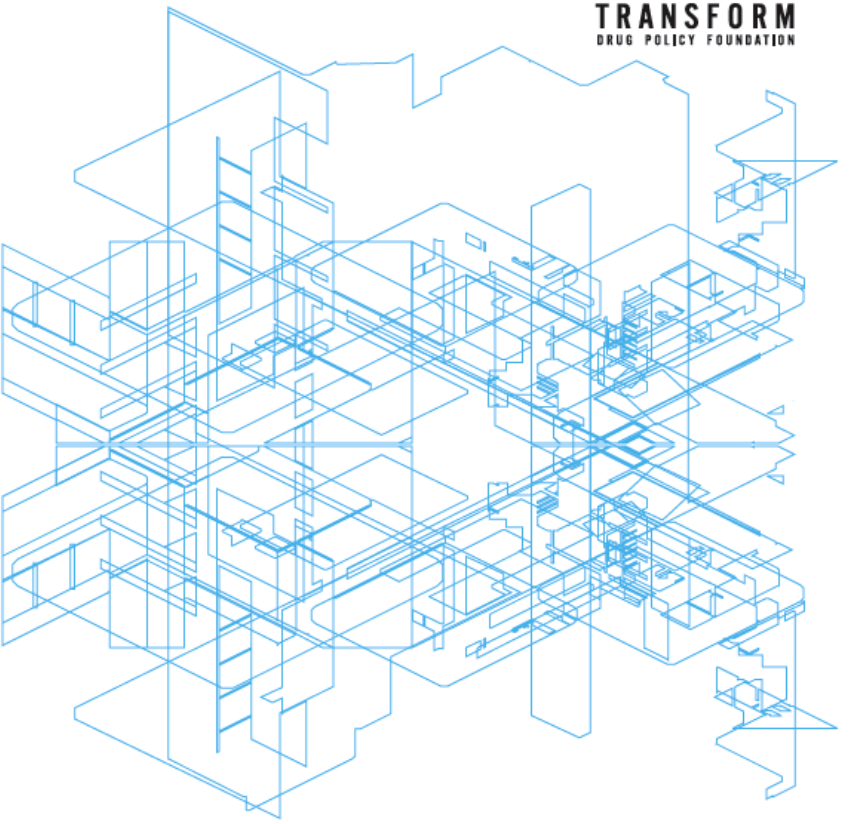
Nach dem Krieg gegen die Drogen:

Modelle für einen regulierten Umgang

herausgegeben von akzept e.V.

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

TRANSFORM
DRUG POLICY FOUNDATION



After the War on Drugs:

Blueprint for Regulation

Inhalt

Vorworte

Neustart gefordert: Für eine menschenwürdige, rationale und evidenz-basierte Drogenpolitik! 1
Heino Stöver, akzept e.V.

Geleitwort zur Deutschen Ausgabe 4
Steve Rolles, transform

Vorwort der englischen Originalausgabe 6
Craig McClure

1 Einleitung

1.1 Eine Ethik der Wirksamkeit 9
1.2 Niemand will Anarchie 10
1.3 Ist das radikal? 12
1.4 Unsere Vorschläge 13
1.5 Die Grenzen sind klar 16
1.6 Ein Ausgangspunkt - kein Resümee 17

2 Fünf Modelle zur Regulierung des Drogenangebotes

2.1 Regulierung, Prohibition und freie Märkte 19
2.1 Beschreibung der fünf Grundmodelle der Regulierung 23
2.2 Verschreibung 24
2.4 Das Apothekenmodell 27
2.5 Lizenzsystem 28
2.6 Lizenzierte Orte für Kauf und Konsum 29
2.7 Verkauf ohne besondere Zulassungsbeschränkungen 30

3. Die formale Umsetzung der Regulierung

3.1 Produktionskontrollen 33
3.2 Kontrolle der Verfügbarkeit von Drogen 39
3.3 Produktkontrollen 42
3.4 Anbieter- und Absatzkontrollen 50
3.5 Käufer- und Endverbraucherkontrollen 55

4 Die Schaffung eines regulierenden Systems

4.1 Der Einstieg: umsichtig und Schritt für Schritt 69
4.2 Die Erfassung und Einordnung von durch Drogen verursachten Schäden 72
4.3 Gesetzgebung global, national und lokal 84
4.4 Effektive Forschung für effektive Strategien 86
4.5 Weiter reichende soziale, politische und ökonomische Auswirkungen 88

5. Praktische Beispiele regulierter Drogenmärkte 101

5.1 Alkohol 102
5.2 Tabak 107
5.3 Cannabis 112
5.4 Stimulanzien 119
5.5 Psychedelische Substanzen 148
5.6 Sedativa 160

Anhang 1-
Die Reform des UN-Drogenkontrollsystems 165

Anhang 2
Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen für die Herstellung von Opium, Kokain, Cannabis und Pharmazeutika 194

Impressum und Dank 219

Vorwort

Neustart gefordert: Für eine menschenwürdige, rationale und evidenz-basierte Drogenpolitik!

Wir könnten immer so weiter machen wie bisher: die Verkäufer und Konsumenten „alter illegaler Drogen“ strafrechtlich verfolgen, den Umgang mit „neuen“ Drogen verbieten und unter strafrechtliche Kontrolle stellen und die Verkäufer und Konsumenten wieder verfolgen usw. Eine Endlosschlange. Aber zu Ende gedacht: Würden wir die Strafverfolgung intensivieren, vielleicht auch irgendwann mit (para-)militärischen Mitteln durchsetzen? Vielleicht wäre das sogar ein Weg – wenn er denn wenigstens erfolgreich wäre! Aber die hehren Vorsätze, die Milleniumsziele der UN-Organisationen, den Drogenkonsum zu eliminieren oder doch die Drogenmärkte zu verkleinern sind kläglich gescheitert.
Allein der „Drogenkrieg“ (eher Drogenprohibitionskrieg) in Mexiko hat seit 2006 über 50.000 Menschen das Leben gekostet – viele andere Tote, Verletzte, Hinterbliebene, zerstörte Familien in anderen amerikanischen Ländern kommen hinzu. Und dieser Drogenkrieg ist nicht begrenzt auf Lateinamerika oder gar Mexiko – dieser Krieg hat – wie eben die Prohibition - globale Ausmaße angenommen. Produktions-/Transit- und Konsumentenländer sind nicht mehr voneinander trennbar: Abhängige, Gewalt, Mafia-Händlerstrukturen wirken auf allen Ebenen – damit einhergehend Korruption bei den Strafverfolgungs-/Vollzugsbehörden, Aushöhlungen von Grund- und Menschenrechten, Erosion des Rechtsstaates und seiner tragenden Organe (Polizei, Gerichte) und schließlich schleichender Abbau demokratischer Strukturen.
Also, wie wäre es wenn wir so weitermachen würden wie bisher, einmal konsequent zu Ende gedacht: Würden wir „amerikanische Verhältnisse“ bekommen? Würden wir mit stärkerer Aufrüstung der Polizei mehr Erfolge haben? Würden wir vielleicht am Ende sogar Militär einsetzen wollen? Mehr Grundrechte einschränken? Können wir noch mehr Drogenumgangsformen kriminalisieren? Verschärfte Grenzkontrollen einführen? Fast eine Viertel Million Betäubungsmitteldelikte (die meisten davon sog. Konsumentendelikte in Bezug auf Cannabis!) werden jährlich von der Polizei erfasst (etwa 4% aller Straftaten im Jahre 2011 in Deutschland) – würde eine halbe oder eine ganze Million „Rauschgiftdelikte“ den „Erfolg

der Prohibition“ beweisen? Können wir uns diese Drogenpolitik überhaupt leisten?
NEIN! Schon jetzt wird deutlich, dass diese Politik enorm teuer ist, wenn wir uns die Ausgaben ansehen: Vergleicht man die Kosten für „Repression“ mit den Ausgaben für „Hilfen“, ergibt sich ein deutlich disparitätisches Verhältnis von 9:1. (etwa 10 Prozent der gesamten Staatsausgaben für den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung weisen einen Bezug zu illegalen Drogen auf).
Die Prohibition hat mehr Schäden angerichtet als sie zu verhindern vorgibt. Wir haben seit langem ein massives Drogenpolitikproblem! Man muss mehr Angst haben vor den Folgen der Prohibition als vor den Folgen der Drogen selbst! Wir dulden die Existenz, die Gewalt, die Anarchie und die Dynamik des Drogenschwarzmarktes – zu Lasten eines Verbraucher- und Jugendschutzes. Und selbst die Polizei glaubt nicht wirklich, dass sie eine Angebotsreduktion durchführen kann. Weit weniger als 5% der auf den Markt geworfenen Drogen konfisziert die Polizei. Unterbrochene Handelsrouten werden umgehend neu erfunden, drakonische Strafen, selbst Körper- und Todesstrafen (wie z.B. im Iran) schrecken nicht ab. Zu groß, zu verführerisch die Aussicht auf das prohibitionsbefeuerte „schnelle Geld“, das „große Ding“ – oder einfach nur das Überleben. Was denn noch?

Die internationalen Bemühungen, den weltweiten Drogenmarkt einzudämmen, sind – gemessen an den Zielvorstellungen der United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) – nicht erfolgreich gewesen. Als Ergebnis einer jüngsten EU-Studie ließen sich keine Belege für eine Reduktion des weltweiten Drogenproblems in der Periode 1998–2007 finden.
Es ist also höchste Zeit sich intelligente Modelle der Drogenkontrolle und –regulation zu überlegen. Wir sollten wenigsten versuchen den Markt zu regulieren! Die gegenwärtige Drogenpolitik unternimmt noch nicht einmal einen Versuch der Regulation: Strafandrohungen der Verfolgungsbehörden und Verhaltensappelle der Hilfeleister stellen nicht wirklich einen Versuch der Regulierung eines offenbar gewünschten Drogenangebots dar. Beide Instanzen sind lediglich Symbolträger eines Scheiterns, das nicht ausgesprochen werden darf.
Was sind intelligente Modelle der Regulation des Drogenmarktes? Wir fangen nicht bei Null an: Bei legalen Substanzen bekannte, eingeführte und bewährte Modelle können wir auf Regulierungen für jetzt noch illegale Drogen übertragen. In einer Gesellschaft hoher Regulierungsdichte erscheint diese Drogenpolitik ohnehin immer stärker als eine anachronis-

tische - symbolische - Ausnahmepolitik, die offenbar (noch) gebraucht wird, sozialpsychologisch (noch) ihre Funktion erfüllt, die aber bei Lichte betrachtet nicht effizient, nicht effektiv ist - und es nie war!

In Deutschland – wie in vielen anderen Ländern – geben wir uns noch der Illusion hin, nur durch „gute Suchtkranken-/-gefährdetenhilfe“ sei das Drogenproblem zu lösen. Dabei existieren Repression und Hilfe nicht friedlich nebeneinander: Beides gehört zusammen, beeinflusst und verformt sich gegenseitig, die rechtlich-gesundheitlich-sozialen Folgen der Strafverfolgung spürt jeder Konsument einer illegalisierten Droge. Vor allem die Abhängigen: Prostitution, Diebstahl, Gewalt, Gefängnis/Maßregelvollzug, Ausgrenzung, Psychiatrie, Therapie statt/als Strafe, Verlust des Arbeits- und Ausbildungsplatzes, Schulverweis, – all dies sind nur Schlaglichter der Dimensionen des Unglücks Betroffener, deren Partner und Angehöriger.

Wir brauchen also einen gesamtgesellschaftlichen Diskurs über alternative Wege, wie wir Kontrolle über einen völlig deregulierten, raubtierkapitalistischen Markt bekommen können. Alte Wege (mit bekannten Kontrollgesetzgebungen), neue Wege mit noch zu schaffenden Kontroll- und Vertriebsmechanismen. Dies ist der erste Schritt für eine Drogenpolitik nach dem „Krieg gegen die Drogen“ – eine Art „Jalta-Konferenz“ des „War on Drugs“, die den sich abzeichnenden Kollaps als Startpunkt für eine Drogenpolitik nimmt, die Menschenwürde, Gesundheitsschutz und Glaubwürdigkeit in den Fokus nimmt, und nicht mit ausschließlich repressiven Mitteln vorgibt den Umgang mit den Substanzen reduzieren zu können.
Es ist ein Weg, der zudem auf evidenz-basierter Wissenschaft, und nicht auf Glauben und Moral gründet und eine Konsistenz der Drogenpolitik als Leitgedanken trägt. Die „Global Commission on Drug Policy (GCDP)” hat mit ihrem Bericht einen Meilenstein gesetzt, welche Schlüsse aus dem globalen Versagen der Begrenzung des weltweiten Drogenmarktes und seinen negativen Konsequenzen zu ziehen sind. Die Länder müssen ihre eigenen Schlüsse daraus ziehen, und die können nur dahin gehen, Reformen in den Drogengesetzgebungen so anzugehen, dass sie ihren eigenen rechtlichen Strukturen und Kulturen folgen.
Zukünftig wird die Drogenpolitik einen erheblich höheren Stellenwert in unserer Gesundheits-, Sozial-, Finanz-, aber auch in unserer Entwicklungshilfepolitik einnehmen müssen.

Frankfurt a.M. im Juni 2012
Prof. Dr. Heino Stöver
akzept e.V.

Geleitwort zur Deutschen Ausgabe

It is a delight to be writing the foreword to the German translation of "Blueprint". Little did we know when we launched the book that it would have the international resonance that it has. This is the third translation since the UK launch in 2009, adding to the Spanish and Italian versions. The e-book version has been downloaded more than 350,000 times, it received the endorsement by the editor of the British Medical Journal, has been widely referenced in a range of publications and journals, and we have been invited to speak about it in countries across Europe and as far afield as Mexico and Thailand. Over 5000 print copies have been disseminated to policy makers, opinion formers, academics and activists around the world, and other language versions are in the pipeline.

The War on Drugs is a disaster by any objective measure. However, to change an emotive and deeply entrenched 50 year-old global policy, it will not be enough to demonstrate that the current approach is failing. We must also show the world what the alternative could look like. One of the key aims of the book is to fill a gap in the drug policy reform debate about how post-prohibition models of regulation could practically function. In the two years since publication it has usefully achieved this goal. And, whilst it never sought to answer all the questions, it has at least provided a much firmer foundation for debate around the feasibility of drug regulation in a post-prohibition world.

And this is not just a utopian dream - a number of developments have taken place in the last year that will make "Blueprint" a practical political tool. 2011 saw the publication of the report from the Global Commission on Drug Policy. Amongst the distinguished grouping of commissioners are the former General Secretary of the United Nations and six former heads of state. Along with a range of pragmatic recommendations in the report was a clear call to *"Encourage experimentation by governments with models of legal regulation of drugs to undermine the power of organized crime and safeguard the health and security of their citizens".*

And since the Global Commission report the debate has leaped onto the political agenda, with a number of sitting heads of state in Latin American countries publicly calling for a meaningful debate on alternatives to prohibition, including models of legal drug market regulation. President Santos of Colombia called for a review of global drug policy, asking that *"all options be put on the table".* President Obama announced that legalisation

was "*an entirely legitimate topic for debate*" and suggested that we must look at *"where the drug laws are doing more harm than good"*. And the President of Guatemala called for legalisation and regulation to undermine the criminal gangs in Central America. In 2012 the Organisation of American States will conduct a review of drug policy in the Americas, and this book could be used to model one of the policy options.

The approach taken in "Blueprint" has been to present the options for regulation in a clear, rational, pragmatic and non confrontational way in order to achieve the goals that everyone can agree upon – the desire for a safer, healthier society. In doing so we have effectively challenged some of the common myths about legalisation and regulation. Our experience has been that the book facilitates engagement even with those who take issue with the detail of the proposed models – from the most ardent "drug warriors" to the most passionate free market libertarians (interestingly it has been the latter that have been most vocally critical). Such disagreement and debate still represents progress as it indicates how we are now debating principles and detail of effective regulation rather than whether or not regulation is needed.

Germany has historically been a world leader in implementing harm reduction in dealing with drug use, a country prepared to put aside ideology and instead operate a pragmatic approach to dealing with the reality of drug use and misuse. Germany could, if it chooses take the next step and put legal regulation firmly on the international agenda and link the debate in Latin America with the one taking place in Europe. At a time when we are all experiencing the worst economic recession of modern times, Germany could use the opportunity to challenge the drug war as a significant waste of dwindling financial resources.
Progress will be slow, it has taken 50 years to get where we are today and the global prohibition will not be unravelled overnight, but the momentum for change now appears unstoppable.

Europe is a key regional driver of drug policy and law reform so we are delighted to welcome this new German language translation that can bring Blueprint to an ever more diverse audience, and ultimately to fruition. Lastly we must say a huge thank you to Heino Stöver and the akzept team for their efforts in making this translation happen.

Steve Rolles and the Transform Team. May 2012

Vorwort der englischen Originalausgabe

Heroin, Kokain, Ecstasy, Cannabis, verschriebene und rezeptfreie Medikamente, Alkohol, Tabak, Kaffee, Tee – wir alle nehmen Drogen. Wir wollen das nicht wahrhaben, weil „wir“ Angst haben, zu „denen“ – den Drogenabhängigen - zu gehören. Wir müssen lernen, zwischen dem Gebrauch von Drogen und Abhängigkeit davon zu unterscheiden. Die prohibitionistische Drogenpolitik konzentriert sich nach wie vor nur auf die Substanzen. Das ist falsch.

Natürlich sind einige Drogen gefährlicher als andere. Manchmal ist die Abhängigkeit für den Schaden verantwortlich. Meistens aber richtet der Zugang zu den Drogen den Schaden an (z. B. auf dem Schwarzmarkt statt in einer Apotheke), manchmal ist es die Konsumform (weniger gefährlich ist der Konsum als Tablette, gefährlicher ist geraucht, geschnupft oder gespritzt). Ganz besonders entscheidend für den Schaden ist die Art, in der die Gesellschaft mit Drogenkonsumenten umgeht. Die schlimmsten Schäden, die mit Drogen in Verbindung gebracht werden – Kriminalität, HIV und andere ansteckende Krankheiten, Gewalt, Gefängnis, Tod –, sind Folgen einer prohibitionistischen Drogenpolitik. Der nicht medizinische Gebrauch von Drogen und, wichtiger, der Krieg gegen Drogen selbst haben einen erheblichen Einfluss auf die weltweite HIV-Epidemie in den letzten 25 Jahren. Heute sind etwa 30 % der HIV-Infektionen weltweit (Afrika südlich der Sahara nicht mitgerechnet) Folge des intravenösen Drogenkonsums. In Osteuropa und Zentralasien ist das Spritzen von Drogen die Ursache für mehr als 60 % der HIV-Infektionen.

Weltweit wird durch eine Reihe von wissenschaftlich begründeten Maßnahmen versucht, Schäden durch den intravenösen Gebrauch von Drogen zu mindern und HIV-Infektionen zu verhüten. Diese Leitlinien – unterstützt durch die WHO, das UN-Programm betr. HIV/AIDS, die Internationale AIDS-Gesellschaft und andere Organisationen - stehen in krassem Gegensatz zur Drogenkontrollpolitik, wie sie in den drei großen UN-Drogenkonventionen von 1961, 1971 und 1988 festgelegt wurde. Diese fordern eine strikt prohibitionistische Haltung bei der Produktion, Verteilung und dem nicht medizinischen Gebrauch von Drogen.

Man muss kein überragender Wissenschaftler sein, um zu erkennen, dass die Kriminalisierung von Drogen und Drogengebrauch direkt und indirekt die Schäden durch Drogenkonsum dramatisch gesteigert hat. Eine staatliche Kontrolle und Regulierung von Produktion und Handel aller Drogen würde diese Schäden ebenso dramatisch vermindern. Aber solange wir den Drogenkonsumenten als den „Anderen“ und die Droge als das Problem definieren, solange bleiben wir unserer schädlichen Politik verhaftet.

„Nach dem Krieg gegen die Drogen – Modelle für einen regulierten Umgang“ legt zum ersten Mal pragmatische Pläne für ein weltweites System der Regulierung des Umgangs mit nicht medizinischen Drogen vor.
Es erscheint zu einem entscheidenden Zeitpunkt. Einige lateinamerikanische Regierungen (unter anderen Argentinien, Brasilien, Ekuador, Bolivien und Mexiko) haben ihre Politik schon in Richtung Entkriminalisierung des Drogenbesitzes verändert oder sind dabei, es zu tun. Sie betrachten die Verhütung des Drogenmissbrauchs und die Behandlung der Drogenabhängigkeit als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie ertragen nicht länger, was der Krieg gegen Drogen ihren Gesellschaften antut. Portugal hat den Besitz aller Drogen 2001 entkriminalisiert. Es gibt Anzeichen, dass der neue US-„Drogenzar“ Gil Kerlikowske bereit ist, seine Position zum Krieg gegen Drogen zu überdenken. Da die Prohibitionspolitik von den USA dominiert wird und nur in geringerem Ausmaß von Russland, Japan und Schweden vertreten wird, könnte das global dramatische Auswirkungen haben.

Dies ist kein radikales Buch, und es vertritt keine radikalen Ansätze für eine weltweite Drogenpolitik. Es zeigt vielmehr auf, dass die Prohibition der radikale Ansatz ist, weil sie moralisch gegen Drogen und Drogenkonsumenten argumentiert. Sie argumentiert nicht wissenschaftlich, um den mit Drogenkonsum verbundenen Schaden zu vermindern. Einem Jahrhundert der Prohibitionspolitik liegt die tiefsitzende Furcht zugrunde, dass ein Abrücken von der Prohibition in Richtung auf eine Regulierung (Legalisierung) zu einer freien Verfügbarkeit von Drogen für alle führt. Dieser Entwurf hier zeigt, dass diese Angst irrational ist und dass jede Reform – welche auch immer – viel besser sein wird als der jetzige Zustand.

Die Reform kommt nicht über Nacht. Der vorgelegte Entwurf macht klar, dass alle Änderungen schrittweise erfolgen, und dass alle Folgen (gesundheitliche und andere) jedes einzelnen Schrittes sorgfältig dokumentiert und überprüft werden müssen. Das Buch macht für jede Gruppe von Drogen mehrere Vorschläge. Die verschiedenen Ansätze, die es jetzt für die Regulierung von Alkohol, Tabak, Cannabis und pharmazeutischen Präparaten gibt, können für die Regulierung der nicht medizinischen Drogen und den Drogenkonsum angepasst werden. Oft sieht es so aus, als gäbe es eine tiefe Kluft zwischen denen, die sich um Schadensminderung bemühen, und denen, die sich strikt gegen Drogen aussprechen.

Deshalb dürfen sich die Befürworter der Legalisierung nicht scheuen, auch die schrecklichen Folgen zu benennen, die Drogenkonsum haben kann. Drogengegner begründen ihre Haltung häufig auch mit ihren Erfahrungen mit drogenkonsumbedingten Schäden. Nur die offene und vorurteilsfreie Diskussion dieser Erfahrungen kann zu einer gemeinsamen Sprache führen. Wenn es uns nicht gelingt, die Drogengegner zu erreichen und zu einer gemeinsamen Sprache zu finden, dann werden unsere Beweise deren Ängste nicht zerstreuen. Wir müssen gemeinsam laut und unmissverständlich verkünden, dass Gesundheit und Menschenrechte zwei Seiten ein und derselben Medaille sind.

Dieser Entwurf stellt sich eine Welt vor, in der Angebot und Nachfrage nicht medizinischer Drogen mit der richtigen Mischung aus Anteilnahme und Pragmatismus betrachtet und mit wissenschaftlich überprüften staatlichen Interventionen geregelt werden; eine Welt, deren Ziel die Verbesserung der Gesundheit aller ist. Diese Ansätze fehlten zu lange in der Debatte. Die Zeit ist reif für eine Veränderung der globalen Drogenpolitik. Nicht weniger als die zukünftige Gesundheit von Menschen, Familien und Gesellschaften steht auf dem Spiel.

Craig Mc Clure
Ehemaliger Generaldirektor der International AIDS Society
September 2009

1

Einleitung

1.1 Eine Ethik der Wirksamkeit

Globale Drogenpolitik will den Schaden mindern, der durch den nicht medizinischen Gebrauch von Drogen entstehen kann. Das ist eigentlich lobenswert. Dieses Bemühen hat aber zu einer allgemein akzeptierten prohibitionistischen Form der Drogenpolitik geführt. Weil Prohibition allgemein als richtig akzeptiert ist, besitzen ihre Unterstützer eine moralische Autorität, und ihre Gegner werden als ethisch und politisch verantwortungslos verurteilt. Aber dieses Schwarz-Weiß-Denken ist problematisch. Wenn eine möglichst streng durchgeführte Prohibition die moralischste Position ist, werden nuancierte Überlegungen über die Auswirkungen der Prohibition schwierig.

Eine solche Position macht es dann sehr schwer, Ziele und Wirkungen der Prohibition zu betrachten und daraus zu lernen. Früheren Versuchen wurde unterstellt, dass die Prohibition mit jeder kritischen Betrachtung infrage gestellt wird und dass allein das schon ein unmoralischer Akt sei, mit dem sich der Fragende mit den verbrecherischen Drogendealern verbünde. Es ist eine Ironie der Geschichte, dass gerade die Erhaltung des Status quo den illegalen Handel mit allen seinen schädlichen Folgen weiter in Gang hält.

Die kritiklose Unterstützung der strikten Prohibition hält Politiker davon ab, aus Erfahrung zu lernen. Ein Jahrhundert der Erfahrungen mit der Prohibition zeigt eindeutig, dass sie kontraproduktiv ist. Sie verfehlt ihr Ziel, den durch Drogenkonsum entstehenden Schaden zu vermindern und führt zu zahlreichen nicht gewollten, katastrophalen Konsequenzen. Das Ausmaß des Versagens ist detailliert über Jahrzehnte in hunderten von nüchternen, unabhängigen und objektiven Untersuchungen beschrieben, die von Regierungskommissionen, wissenschaftlichen Einrichtungen und Nichtregierungsorganisationen veranlasst wurden.

Es ist nicht das Ziel dieser Schrift, die Erkenntnisse dieser verschiedenen Untersuchungen zu wiederholen. Sie sind überall leicht und frei zugänglich. Wir wollen den Umgang mit illegalen Drogen im Licht der Erfahrungen und Erkenntnisse betrachten, die das abbilden Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse entwerfen wir einen Vorschlag für den Umgang mit nicht medizinischen Drogen, der individuelle und gesell-

schaftliche Schäden mindert, die der illegale Drogengebrauchs mit sich bringt.

Kurz gesagt, ist es unser Ziel, praktische und wirksame Vorschläge zu machen, wie Risiken und Schäden des Drogengebrauchs vermindert werden können. Eine solche Politik wird uns einen großen Schritt näher an das Ziel bringen, das die Prohibition erreichen wollte, aber verfehlt hat. Aus prohibitionistischer Sicht ist das unmoralisch, weil viele der bisher verbotenen Drogen dann in einem gesetzlich festgelegten Rahmen produziert und verfügbar gemacht werden sollen. Die Position von Transform ist geleitet von einer Ethik der Wirksamkeit, deshalb soll unser Entwurf die Debatte über die Schadensminderung in einen neuen Rahmen mit ausschließlich praktischen – nicht moralischen – Argumenten führen.

Die Beispiele nicht geglückter Regulierung derzeit legaler Drogen sollen uns nicht davon abhalten, gut begründete und wirksame Modelle für die Regulierung derzeit illegaler Drogen zu suchen. Die Ethik der Wirksamkeit soll für alle Drogen gelten. Die früheren Fehlschläge bei der Kontrolle der Tabak- und Alkoholindustrie zeigen eher, wie durch die Prohibition die staatliche Kontrolle eher verlorenging, als dass sie zum Beispiel einer geglückten Regulierung wurde.

1.2 Niemand will Anarchie

Die Prohibition ist entstanden, weil man Drogen für eine existenzielle „Bedrohung“ hielt, nicht für ein im Rahmen bestimmter Konventionen entstandenes Gesundheits- oder Sozialproblem. Die prohibitionistische Rhetorik sieht Drogen nicht nur als Bedrohung der Gesundheit, sondern auch als Bedrohung für unsere Kinder, der nationalen Sicherheit oder sogar noch weiter als Gefahr für das gesamte moralische Gerüst der Gesellschaft.

Das prohibitionistische Paradigma ist die Antwort auf solche vermeintlichen Bedrohungen, was der Diskussion die Qualität eines Kreuzzuges gegen das Böse verleiht, das die Menschheit bedroht. In der Präambel der *Single Convention* von 1961 heißt es deshalb:

→ „Besorgt um Gesundheit und Wohlfahrt der Menschheit...;

→ Erkennend, dass Sucht nach narkotischen Drogen ein ernsthaftes Übel für den Einzelnen und eine soziale und wirtschaftliche Gefahr für die Menschheit darstellt;

→ In dem Bewusstsein der Pflicht, dieses Übel zu verhüten und zu bekämpfen."

An diesen Formulierungen ist leicht zu erkennen, dass für die Befürworter der Prohibition alle Überlegungen in Richtung auf eine gesetzliche Regulierung von Produktion und Handel unmoralisch sind, eine Kapitulation oder den direkten Weg in die Anarchie bedeuten. Ansätze zu einer liberaleren Drogenpolitik werden häufig mit diesen rhetorischen Mitteln kritisiert. Die Kritiker beschreiben ein oder mehrere Worst-Case-Szenarien. Sie gehen von einem sofortigen und vollständigen Verzicht auf jede Kontrolle aus und behaupten, solche Szenarien seien dann als Norm zu erwarten.

In einem Punkt stimmen wir mit den Prohibitionisten überein. Der sofortige und vollständige Verzicht auf jede Kontrolle, der auch unsere schwer erkämpften Erfahrungen bei der Schadensminderung vernachlässigt, würde zu schweren individuellen und sozialen Schäden führen, die alle möglichen Vorteile übertreffen. Die Prohibition auf diese Weise zu beenden, wäre leichtsinnig und falsch. Niemand will Anarchie, am wenigsten wir: weder die Anarchie der Kriminellen noch die Anarchie völlig unregulierter Märkte. Eine wirksame Regulierung von Produktion, Verfügbarkeit und Konsum von Genussmitteln/nicht medizinischer Drogen war immer - und bleibt – von höchster Wichtigkeit.
Nur:
Wir unterscheiden uns im Verständnis der Funktion der Regulierung. Statt Drogen als bösartig und existenziell bedrohend zu verstehen, sehen wir sie als ein Thema, das gut mit medizinischen und sozialen Kriterien beschrieben werden kann.

Die Gründe für und die Verhaltensweisen beim Drogenkonsum sind so vielfältig wie die Folgen des Konsums. Die Übergänge von einem genießenden über einen nicht schädlichen zu schädlichem und süchtigem Konsum sind fließend. Auch wenn dieses Buch besonderen Wert legt auf die Regulierung dort, wo die Schäden beim Drogenkonsum

besonders auffällig sind, müssen wir doch registrieren, dass Drogenkonsum in den meisten Fällen nicht besonders gefährlich ist und die bewusste Entscheidung eines erwachsenen Menschen für einen Genuss darstellt.

Statt Drogen als bösartig, existenziell bedrohend zu verstehen, sehen wir sie als ein Thema, dem gut mit medizinischen und sozialen Kriterien begegnet werden kann.

Wir wollen deshalb keine Gesetze schaffen, um das Böse zu bestrafen und auszurotten, sondern wir wollen definierte Regelungen entwickeln, die nationalen und internationalen Gesetzgebern helfen, wirksam und zum Nutzen aller die Gesundheits- und sozialen Probleme zu lösen.

1.3 Ist das radikal?

Die Anhänger der Prohibition bezeichnen oft jeden Schritt in Richtung auf gesetzliche Regulierung der Drogenmärkte als *radikal* und damit als feindlich und gefährlich. Erfahrung und Wissenschaft belegen allerdings, dass in Wirklichkeit die Prohibition die radikale Politik ist. Tatsächlich ist die legale Regulierung von Produktion, Angebot und Gebrauch von Drogen weit mehr im Einklang mit den allgemein akzeptierten Verfahrensweisen, die für den Umgang mit gesundheitlichen und sozialen Risiken in den meisten anderen Lebensbereichen gelten.

Im Gegensatz dazu hat die Darstellung von Drogen als existenzielle Bedrohung zu einer Politik geführt, mit der wissenschaftlich nicht belegte radikale Maßnahmen gerechtfertigt werden.
Drogenpolitik hat sich in einem Kontext von „Hochsicherheitsbedarf“ entwickelt, dessen Merkmal immer größere Anstrengungen und immer höhere finanzielle Mittel zur Stärkung des staatlichen Sicherheitsapparates sind. Zu den Ergebnissen dieser Strategie, des sogenannten *Drogenkrieges,* gehören die Rechtfertigung von Propaganda und die Aufhebung vieler bewährter Prinzipien, die eine eher klassische Sozialpolitik, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und andere staatliche Interventionen definieren. Indem der Drogenkrieg die *Ausrottung* der

teuflischen Drogengefahr als *das* Mittel zu einer *drogenfreien Welt* anstrebt, hat er tatsächlich einen permanenten Kriegszustand geschaffen. Damit hat sich im politischen Milieu auf hoher Ebene eine Sichtweise verfestigt, die sich wissenschaftlich-kritischem Denken ebenso widersetzt wie bewährten gesundheits- und sozialpolitischen Normen. Sie wird zum Selbstzweck im Kampf gegen die Bedrohung. Folglich entsteht eine selbstbezogene und sich selbst rechtfertigende Argumentation, der mit aussagekräftiger Situationsauswertung und sachlicher Diskussion schwer, wenn überhaupt zu begegnen ist.

Die Prohibition hat sich dermaßen verfestigt und institutionalisiert, dass viele im Drogenbereich Tätige sie als unveränderlich annehmen. Sie halten Prohibition für eine reale Voraussetzung innerhalb der gesetzlichen und politischen Landschaft, mit der sie mehr oder weniger umzugehen haben. Sie sehen sie nicht als eine politische Möglichkeit (von mehreren). Dies gilt auch für Akteure, die sich selbst eher im kritischen und progressiven Spektrum ansiedeln.
Genau in diesem Rahmen möchten wir herausarbeiten, wie grundlegende Standards der Gesundheits- und Sozialpolitik für die Entwicklung eines effektiven Umgangs mit Drogen eingesetzt werden können. Auf den Punkt gebracht:

Prohibition ist die radikale Politik, nicht legale Regulierung.

1.4 Unsere Vorschläge

Legalisierung bedeutet lediglich einen Prozess von Gesetzesänderungen mit dem Ziel der Regulierung. Auf die Fragen „Wie kann Legalisierung funktionieren?“ oder „Wie sähe das konkret aus?“ haben die Befürworter oft keine schnelle Antwort parat. Der Mangel an pragmatischen Antworten auf diese Fragen führt zu Mythenbildung und Missverständnissen.

Um den Diskurs voranzubringen, brauchen wir klare Vorstellungen davon, wie die Regulierung des Drogenmarktes funktionieren und die Welt nach einer Legalisierung aussehen könnten. Mit diesem Buch wollen wir die Grundlage dafür anbieten.

Wir machen hier eine Reihe von Vorschlägen für Regulierungsmodelle nach einem Ende des Drogenkrieges. Dabei bemühen wir uns um sehr präzise und praktikable Vorschläge, die der Vielfalt der Substanzen und deren jeweils spezifischen Wirkungen und Schäden gerecht werden.
Insbesondere gelten unsere Überlegungen der Frage, wie Produktion und Vertrieb dieser Substanzen so zu gestalten sind, dass die Kontrolle über den Drogenmarkt zurückgewonnen und konstruktiv gehandhabt werden kann.
Als Basis unserer Überlegungen dienen bereits bestehende Modelle von kontrolliertem Anbau, Vertrieb und kontrollierter Verwaltung.
Wir beginnen mit der Beschreibung von fünf Modellen für die Regulierung des Drogenvertriebs. Unser Vorschlag lautet: Drogen könnten zugänglich gemacht werden durch

a) ärztliche Verschreibung;
b) den Verkauf in Apotheken;
c) die Abgabe in lizenzierten Verkaufsstellen oder anderen Orten
d) oder sogar – in einigen, zugegeben, seltenen Fällen - den Verkauf an nicht lizenzierten Stellen.

Dabei ist klar, dass die letzte Variante als Ausnahme zu sehen ist, während umgekehrt unter der Prohibition jeder Verkauf von Drogen nicht lizenziert ist und sich damit jenseits jeder Form konstruktiver staatlicher oder zivilgesellschaftlicher Kontrolle befindet.

Zunächst werfen wir einen Blick auf die praktischen Einzelheiten der Regulierung. Wir überlegen, mit welcher Art der Produktion und Produktionskontrolle beispielsweise die Substanzstärke und -Reinheit gleichbleibend sicherzustellen sind, und wie ausreichende Produktinformationen jedem Nutzer zugänglich sind.
Wir beschreiben eine Reihe von Kontrollmaßnahmen für den Vertrieb und setzen diese in Bezug zu Vorschlägen für die Kontrolle von Käufern und Endverbrauchern.
Ein solches Paket von Maßnahmen wird die Drogenkonsumenten ermutigen, verantwortungsbewusster und moderater zu konsumieren und dies - wo möglich - in besser kontrollierter, sicherer Umgebung zu tun.

Mit diesen Vorschlägen sollen die persönlichen und sozialen Schäden, die derzeit mit Drogengebrauch assoziiert werden, auf ein Minimum

reduziert werden. Wiederum: Schadensminderung dieser Art ist unter der Prohibition kaum möglich, ja nicht einmal allgemein erwünscht.

Natürlich ist uns klar, dass solche Veränderungen nicht über Nacht möglich sind; das sollten sie auch nicht sein. Die legale Regulierung von Anbau, Vertrieb und Konsum bedeutet eine grundsätzliche Neuausrichtung der Drogenpolitik. Wie jede größere Veränderung birgt auch diese Risiken, sie sollte daher in kleinen Schritten und mit aller nötigen Vorsicht implementiert werden. Jeder Veränderungsschritt sollte sorgfältig ausgewertet werden, bevor der nächste eingeleitet wird. Unser Vorschlag geht also in Richtung einer behutsamen, phasenweisen Veränderung.
Wir bemühen uns um Wege einer besseren Bewertung und Einordnung der Risiken und Schäden des Drogenkonsums zur Unterstützung solcher Entscheidungen und des angemessenen Umganges mit dem Management der Legalisierung auf globaler, nationaler und regionaler Ebene.

Effektive Politik braucht effektive Forschung. Hier skizzieren wir kurz die Bedingungen solcher Forschung und deren notwendige Ziele. Und schließlich hätten Schritte in Richtung auf regulierten Anbau und Vertrieb eine Vielzahl von weitreichenden sozialen, politischen und ökonomischen Auswirkungen. Unser Anliegen ist es, durch vertieftes Verständnis der Probleme deren negative Wirkungen zu entschärfen und statt dessen auf die positiven zu bauen.

Unter Berücksichtigung aller Erkenntnisse zeichnen wir ein Bild, wie regulierte Drogenmärkte praktisch funktionieren könnten. Alkohol und Tabak stehen am Anfang. Diese Substanzen sind zwar sozial akzeptiert, können aber dennoch nachgewiesene Schäden verursachen. Daher wird ihre Verfügbarkeit in den meisten modernen Gesellschaften mit Vorsicht gehandhabt. Uns interessieren die wirksamsten Methoden, bei denen die Fehler der Vergangenheit bereits eliminiert sind.

Dann prüfen wir, wie der regulierte Vertrieb von Cannabis, Stimulanzien, psychedelischen Substanzen und Depressiva funktionieren könnte. Die Methoden und Prozesse aus den vorangegangenen Kapiteln sind Grundlage der Überlegungen.

Zwei Anhänge stellen diesen Bericht in einen größeren Zusammenhang. Sie beschreiben:

1) die Entwicklung und Umsetzung des aktuellen UN-Drogen-Kontroll-Systems und
2) derzeit legale Rahmenbedingungen für den Anbau von Opium, Koka, Cannabis und Arzneimitteln.

1.5 Die Grenzen sind klar

Bei allen Entscheidungen muss klar sein: Legale Regulierung von Drogen wird weder den problematischen Drogenkonsum noch die Abhängigkeit völlig beseitigen. Prohibition kann keine drogenfreie Welt schaffen, Regulierungsmodelle können keine schadensfreie Welt schaffen.
Einige Menschen werden weiterhin durch eigenen Drogenkonsum oder als Folge des Konsums anderer Schaden erleiden. Es wird weiter Schlagzeilen über drogenbedingte menschliche Tragödien geben. Legale Regulierung ist weder Wunderwaffe noch Allheilmittel gegen das *Drogenproblem,* gleich wie deren Konzept aussieht.
Legale Regulierung und Kontrolle der Drogenmärkte können nur ein Versuch sein, die besonders durch Prohibition und illegale Märkte verursachten oder verschlimmerten Schäden zu mindern, wenn nicht gar ganz zu beseitigen.

Ebenso wichtig ist es zu sehen, dass die Regulierung des Drogenanbaus nur *ein* Aspekt in der breiteren Debatte um die Drogenpolitik ist. Zum weiteren Bereich der Debatte gehören eine Reihe sich überschneidender Schauplätze politischen Denkens, als da sind Erziehung und Prävention im Bereich der öffentlichen Gesundheit, Fragen der Behandlung und Wiederherstellung sowie die Rolle der Sozialpolitik (z. B. Themen wie Armut, soziale Randgruppen, Ungleichheit und Menschenrechte). Hier geht es darum, wie die Haltungen zu diesen Themen sich auf Drogengebrauch und Drogenmärkte auswirken.

Die oben angesprochenen Themen werden in diesem Buch nicht in allen Details behandelt. Hier werden vorwiegend die prohibitionsbedingten Hindernisse für ein Angehen der wirklichen Gesundheitsbedürfnisse im Zusammenhang mit problematischem Drogenkonsum

aufgezeigt, Hindernisse sowohl auf konzeptioneller und begrifflicher, wie auf praktischer Ebene.

Der Ersatz der Prohibition durch ein Regulierungssystem würde auf der Basis von öffentlichem Gesundheitswesen und Wohlbefinden eine Herangehensweise ermöglichen, die auf lange Sicht nur Vorteile bringt. Solche Herangehensweise bestünde in einem Umlenken der Ressourcen und einer Neugestaltung des Diskurses durch Verzicht auf politische und ideologische Hürden. Damit entstünde ein Rahmen für den Umgang mit den sozialen Bedingungen für problematischen Drogenkonsum und eine bessere Bewältigung drogenbedingter Schäden.

Mit einer Regulierung, wie hier angedacht, ist sicher kein völliges Verschwinden des illegalen Drogenmarktes und der damit verbundenen Probleme zu erwarten. Es muss klar gesagt werden: Jedes Regulierungssystem ist nur so gut wie seine Umsetzung.
Bis zu einem gewissen Grad gibt es eindeutig illegalen Umgang mit fast allen Gebrauchsgütern. Dazu gehören derzeit legale Drogen wie Alkohol, Tabak und verschreibungspflichtige Medikamente. Aber sogar eine nur teilweise Verringerung der illegalen Märkte und der prohibitionsbedingten Schäden sind als ein riesiger Gewinn für die Gesellschaft insgesamt anzusehen.

1.6 Ein Ausgangspunkt - kein Resümee

Wir haben nicht die Absicht, mit der Veröffentlichung dieses Buches eine allumfassende Antwort auf die praktischen Fragen im Zusammenhang mit einer legalen Regulierung von Drogenanbau, -vertrieb und -gebrauch zu geben. Vielmehr versuchen wir darzulegen, dass Legalisierung und Regulierung keineswegs mit Anarchie gleichzusetzen sind, ganz im Gegenteil: Es gibt bereits eine Vielzahl von Modellen des kontrollierten Umgangs mit Drogen, die verwertbare Ansätze zur Schaffung einer nach-prohibitiven Welt bieten. Einer Welt, die aus den Fehlern ihrer früheren Drogenkontrollpolitik gelernt hat und auf diese Erkenntnisse aufbaut.

Es ist uns jedenfalls bewusst, dass dieses Buch ein Ausgangspunkt und kein Resümee ist. Wir wollen keineswegs eine endgültige Antwort auf

die mit der Abschaffung der Prohibition verbundenen Probleme geben. Eher wollen wir die Debatte darüber befördern, welche die praktikabelsten und konstruktivsten Möglichkeiten zur Erlangung einer solchen Veränderung sind.

Mit der Einrichtung verschiedener Diskussionsforen im Internet wollen wir diesen Prozess unterstützen und eine Reihe von Diskussionsveranstaltungen, Seminaren und Debatten mit den Akteuren der Drogenpolitik begleiten. Die Leser können ihre Meinungen in den Foren austauschen. Eine *„Wiki“* -Version dieses Buches erlaubt den Lesern, ihre eigene Expertise einzubringen. So soll eine zukünftige weiterentwickelte Auflage diese Berichtes interaktiv entstehen (siehe dazu: www.tdpf.org.uk).

Uns ist klar, dass dieser Bericht mit dem Hintergrund eines westlichen, insbesondere europäischen Blickwinkels geschrieben ist. Wir erwarten daher besonders Anregungen, die zu einer Erweiterung der Perspektive dieses Buches beitragen. Letztlich streben wir ein globales Bewusststein über die Probleme wie über die Konzepte an, die auf dem Weg zu einer nach-prohibitiven Welt zu überwinden sind.

Weiterführende Literatur

„After the War on Drugs: Options for Control“, Transform Drug Policy Foundation, 2004

“After the War on Drugs: Tools for the Debate”, Transform Drug Policy Foundation, 2006

S. Rolles, “*Principles for rational drug policy making*”, (chapter in *“The Politics of Narcotic Drugs”*, Routledge, edited by J. Buxton, 2009)

K. Grayson, “*Chasing Dragons-Security, Identity and Illicit Drugs in Canada*”, University of Toronto Press, 2008

R. MacCoun, P. Reuter, *“Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times & Places”*, Cambridge University Press, 2001

2

Fünf Modelle zur Regulierung des Drogenangebotes

2. Fünf Modelle zur Regulierung des Drogenangebotes

2.1 Regulierung, Prohibition und freie Märkte

Es gibt eine Reihe verschiedener Ansätze zur Kontrolle und gesetzlichen Regulierung der Herstellung, des Vertriebs und des Besitzes bzw. Gebrauchs verschiedener Drogen. Diese Ansätze bewegen sich zwischen den beiden Extrempolen eines vollkommen freien Marktes und einer streng kontrollierten, sanktionierenden Prohibition.
Paradoxerweise haben beide Extreme eine geringe bzw. keine Marktsteuerung zur Folge. Zwischen den Extrempolen befinden sich die verschiedenen Möglichkeiten gesetzlicher Steuerung.

Prohibition/Kriminalisierung

Verbot/Kriminalisierung und Bestrafung der Herstellung, des Vertriebs, des Besitzes und Gebrauchs für nicht medizinische Zwecke. Der Grad der Durchsetzungsbemühungen und die Schwere der Strafen können variieren. Daneben existieren innerhalb einer Prohibition durchaus auch Straflosigkeit des persönlichen Besitzes und Gebrauchs.[1]

Gesetzlich regulierte Märkte

Eine Reihe von regulierenden Kontrollmechanismen wird eingesetzt, die die Bereiche Drogenherstellung und -handel, das Produkt selbst, die Vertriebskanäle und die Konsumenten umfassen. Einige Drogen, Zubereitungen und Handlungen bleiben untersagt.

Beispiel:
verschreibungspflichtige Medikamente, freiverkäufliche Arzneimittel, Alkohol, Tabak.
Marktkontrolle durch:
mäßige oder intensive Steuerung durch staatliche Stellen.

[1] Entweder durch die praktische Durchführung (Tolerierung, „Wegschauen“, Entpriorisierung, Nicht-Durchsetzung, Verwarnungen, usw.) oder indem man auf den Besitz nicht mit strafrechtlichen, sondern mit zivil- oder verwaltungsrechtlichen Sanktionen reagiert. Die Wege für den Zugang zu den Drogen bleiben illegal.

Legalisierung auf dem Freien Markt oder „Supermarkt-modell“

Drogen sind legal und stehen zum (fast) unbeschränkten Verkauf auf dem „Freien Markt“ zur Verfügung, wie andere Konsumgüter auch.

Beispiel:
koffeinhaltige Getränke.
Marktkontrolle durch:
Gesellschafts- oder Einzelunternehmen bei minimaler Steuerung durch Behörden, freiwillige Selbstkontrolle des Einzelhandels.

2.2.1 Prohibition/Kriminalisierung

Drogenprohibition ist ein System, bei dem Produktion, Angebot und Gebrauch (oder Besitz) einer Gruppe bestimmter Drogen gesetzlich verboten sind. Das Verbot ist durch Strafrecht sanktioniert. Der übergeordnete gesetzliche Rahmen der globalen Prohibition ist durch drei UN-Drogenkonventionen definiert, die die Regeln für die nationale Gesetzgebung weltweit vorgeben. Der nicht medizinische Gebrauch ist zwar absolut verboten, Strafen und Strafverfolgung sind aber nicht spezifiziert und unterscheiden sich stark von Land zu Land. Die einzig legale Produktion und Versorgung mit den von den Konventionen betroffenen Drogen dient dem medizinischen Gebrauch und wissenschaftlichen Zwecken, wie z. B. der Opiaterhaltungstherapie für abhängige Konsumenten.[2] Einige Ausnahmen werden für traditionellen und religiösen Gebrauch in einer rechtlichen Grauzone toleriert. Das betrifft nur einen winzigen Teil der Konsumenten.

Innerhalb dieses weltweiten Verbotsrahmens haben die einzelnen Staaten einen erheblichen Freiraum bei der Gestaltung eigener gesetzlicher Regelungen und der Festlegung eigener Strafmaßnahmen für verbotene Handlungen. So kann derselbe Verstoß also mit einer langen Gefängnisstrafe oder im Extremfall sogar mit der Todesstrafe geahndet werden, genauso aber auch straffrei bleiben - abhängig vom jeweiligen Land! Die Verfahrensweisen haben sich in den letzten Jahren weit

[2] Des Weiteren kontrollieren die Konventionen die medizinischen Anwendungsgebiete gelisteter Drogen wie z. B. Opiate zur Schmerztherapie.

auseinander bewegt und polarisiert. Sind auf der einen Seite viele Länder zunehmend drakonischer und bestrafungsorientierter geworden,[3] so zieht sich auf der anderen Seite ein Trend durch weite Teile der Industrienationen und der südamerikanischen Schwellenländer, der den Drogengebrauch und -besitz zähneknirschend toleriert und entkriminalisiert.[4]

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass der internationale Gesetzesrahmen Experimente mit solchen weniger bestrafungsorienten Ansätzen im Bereich des persönlichen Besitzes und Gebrauches durchaus zulässt. Eine legale Herstellung oder ein legaler Vertrieb der durch die Konventionen (oder durch Länderrecht) erfassten verbotenen Substanzen kann jedoch – außerhalb ihres medizinischen Anwendungsgebietes - in keiner Weise erforscht werden.

Das Modell „Medizinische Verschreibung“ stellt also die einzige existierende Quasi-Ausnahme zu dieser rigiden Regelung dar. Sie existiert wie eine „Insel“ der regulierten Herstellung und des regulierten Vertriebes, allerdings innerhalb sehr enger Vorgaben.

Dem rational denkenden, gesundheits- oder sozialpolitischen Pragmatiker erscheint eine solch willkürlich wirkende Hürde für die Verfahrensforschung und –entwicklung schwer zu rechtfertigen. Sein Anliegen ist es, die Möglichkeiten zu erforschen, die das optimale Ergebnis auf der gedachten Linie zwischen den beiden beschriebenen Extrempolen hervorbringen.
Besonders schwer fällt die Suche nach Rechtfertigungsgründen dafür vor dem Hintergrund, dass die Mehrzahl der Güter und Dienstleistungsmärkte, insbesondere solche, die Risiken oder potenzielle Schäden mit sich bringen (eingeschlossen viele Hundert medizinische und nicht medizinische psychoaktive Substanzen), sowohl legal zugänglich als auch durch Regierungen gesetzlich reguliert sind.
Es wird ein breites Spektrum evidenzbasierter Regulierungssysteme und damit verbundener Vollzugs- bzw. Aufsichtsorgane eingesetzt, um Hersteller, Vertreiber, Umfeld, Produkte und Konsumenten zu kontrol-

[3] *“At What Cost? HIV and Human RightsConsequences of the Global War on Drugs”,* International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 2009
[4] *“Illicit Drug Use in the EU; legislative approaches”,* EMCDDA, 2005, and: T. Blickman, M. Jelsma, “*Drug Policy Reform in Practice”*; Transnational Institute, 2009

lieren und zu verwalten. Die gesetzliche Steuerung des Umgangs mit risikobehafteten Gütern und Aktivitäten ist nachweislich nicht nur der Standard, sie stellt einen grundlegenden Funktionsbereich der Regierungstätigkeit dar! Schon das Verbot, Steuerungsvarianten in einem relativ kleinen Teilbereich menschlichen Verhaltens zu erforschen, passt nicht recht zu dem Bekenntnis der Vereinten Nationen, „den sozialen Fortschritt und einen besseren Lebensstandard in größerer Freiheit voranzubringen“.[5]

2.2.2 Regulierte Märkte

Dieses Buch definiert „Regulierung“ als den Einsatz gesetzlicher Regeln und eines Vollzugssystems zum Zwecke der Kontrolle oder Verwaltung bestimmter Produkte und Verhaltensweisen. Die verschiedenen Alternativen werden wir in diesem und den nachfolgenden Kapiteln detailliert beleuchten. Handlungen, die sich außerhalb der Vorgaben oder des festgelegten gesetzlichen Rahmens bewegen, bleiben verboten und unterliegen juristischen Sanktionen.

2.1.3 Legalisierung auf dem Freien Markt

Das Modell des Freien Marktes wird oft fälschlich mit dem Wort „Legalisierung“ assoziiert, oft absichtlich als Alptraumszenario von Reformgegnern. In Wirklichkeit wird das nur von einer kleinen Gruppe libertärer Denker befürwortet. Mit Ausnahme einiger Produkte mit sehr geringem Risikopotenzial wie Kokatee oder Kaffee ist ein solches Modell für Drogen ungeeignet, da es auf die Möglichkeiten verantwortlicher staatlicher Interventionen bei der Regulierung und Kontrolle des Marktes verzichtet. Mit einem solchen Modell wird die Kontrolle des Marktes ausbeuterischen Profitmachern überlassen – wie unter den Bedingungen der Prohibition.

[5] The Universal Declaration of Human Rights, Präambel

Betrachtet man einen solchen Ansatz[6] aus dem Blickwinkel der öffentlichen Gesundheit, so stellt er ein möglicherweise schlimmeres Szenario dar, als die unkontrollierten illegalen Drogenmärkte es sind. Kommerziell (und dabei legal!) ausgerichtete Akteure, deren erklärtes Hauptziel die Profitmaximierung ist, könnten uneingeschränkt und aggressiv den Drogenkonsum mittels Marketing und Verkaufsförderung bewerben.

Wie ein solcher Ansatz zu einer inakzeptabel hohen Kostenbelastung für das öffentliche Gesundheitssystems führen kann, hat uns das Beispiel der freien Tabakindustrie ausreichend deutlich vor Augen geführt: in großen Teilen der Industrieländer während der ersten 60 Jahre des 20. Jahrhunderts und heutzutage in noch größerem Ausmaß in weiten Teilen der Dritten Welt (*vgl. 5.1 Alkohol und 5.2 Tabak*).

2.3 Beschreibung der fünf Grundmodelle der Regulierung

Es gibt fünf Grundmodelle zur Steuerung des Drogenangebots. Wir werden sie weiter unten beschreiben und uns dabei vom restriktivsten hin zum freizügigsten Modell bewegen. Überall auf der Welt existieren bereits heute Varianten dieser Modelle. Sie unterstützen den legalen Handel mit einer Palette medizinischer, quasi-medizinischer und nicht medizinischer psychoaktiver Substanzen.

Die Ausgestaltung der jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Einsatz von Organen zur Durchsetzung der Gesetze im Einzelnen variieren natürlich von Land zu Land. Auch verschwimmen teilweise die Grenzen zwischen den einzelnen Modellvarianten. Dies lässt einen gewissen Grad an Verallgemeinerung zu, unterstreicht aber zugleich, dass solche Modelle an unterschiedlichen Orten nun einmal unterschiedlich funktionieren.
Wir haben außerdem einige grundsätzliche Anregungen formuliert, wie diese Grundmodelle so angepasst werden können, dass sie den

[6] Nadelmann describes it as the *supermarket model* in a more detailed critique; see: E. Nadelmann "*Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition",* Daedalus, 1992; pages 87-132.

Herausforderungen der nicht medizinischen Versorgung mit Drogen in der Zukunft dienen können.

2.4 Verschreibung

Das *Verschreibungsmodell* ist das derzeit am schärfsten kontrollierte und in seiner Einhaltung am strengsten bewachte Modell der Versorgung mit Drogen. In diesem Modell wird die jeweilige Substanz einer bestimmten Person durch einen ausgebildeten und approbierten Mediziner per Rezept verschrieben. Sie wird daraufhin durch einen approbierten Arzt oder Apotheker in einer dazu befugten Apotheke oder auf einem anderen dafür vorgesehenen Ort abgegeben.
Der Prozess wird durch eine Reihe von Gesetzgebungs- und Steuerungsstrukturen sowie von Exekutivorganen kontrolliert. Diese überwachen, kontrollieren und leiten die verschreibenden Ärzte und dispensierenden Apotheker an. Sie helfen, zu bestimmen, welche Substanzen in welcher Form, wo und unter welchen Bedingungen zur Verfügung gestellt werden.

Da dieses Modell die strengste Kontrolle erfordert und die Einhaltung der Regeln streng bewacht wird, verursacht es den höchsten Kostenaufwand. Es ist beschränkt auf medizinische Erfordernisse. Das begrenzt seine tatsächliche und mögliche Anwendung auf den Bereich problematischen oder chronisch-abhängigen Drogengebrauchs.
Meistens unterstützt es Erhaltungstherapien im Rahmen einer kurativen Behandlung oder eines *Harm-reduction*-Programms. Auf diese Weise wird es immer nur einen Bruchteil der drogengebrauchenden Bevölkerung erreichen können, obwohl man nicht außer Acht lassen sollte, dass es sich hierbei um eine Konsumentengruppe handelt, der die überproportional größten persönlichen und gesellschaftlichen Schäden zugerechnet werden (insbesondere unter Prohibitionsbedingungen.)[7]

Opiat-Ersatzstoffe wie etwa Methadon sind die häufigsten in einem solchen Rahmen verschriebenen Substanzen. Auch verschriebenes

[7] Siehe: *"A Comparisonof the Cost-Effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs",* Transform Drug Policy Foundation, 2009

injizierbares Heroin (Diamorphin) hat eine lange Geschichte und eine fundierte Evidenzbasis.[8] Weniger häufig, aber auch nicht unbekannt, ist die Verschreibung von Aufputschmitteln, eingeschlossen Amphetamine und Kokain.

Diese seit langem bewährten Modelle dienen als Inseln der Regulierung für dieselben Drogen, die in jedem anderen Szenario verboten sind. Sie bieten eine nützliche – wenn auch sehr begrenzte – Möglichkeit, aus einem Drogenkonsumenten auf der Straße einen Patienten mit einer legalen Verschreibung zu machen. Ein schönes Beispiel dafür, wie wir von der Entkriminalisierung von Drogen profitieren und wie dabei zugleich die Vertriebskanäle reguliert werden können.

Dies ist besonders wichtig angesichts der Tatsache, dass solche gesetzlichen Modelle sich ausschließlich unter grundsätzlich *feindlichen* Prohibitionsbedingungen entwickelt haben. Kennzeichnend für sie ist eine minimale finanzielle Unterstützung, zudem sind sie politisch unpopulär. Es ist schwer vorherzusagen, wie sich solche Angebote entwickeln würden, wenn man ihnen die gleichen Handlungsspielräume zugestehen würde wie anderen, weniger kontroversen Bereichen der Patientenversorgung: zum Beispiel Diabetes oder psychischen Erkrankungen.

Dieses Verschreibungsgrundmodell hat man häufig durch weitere Abstufungen ergänzt. Dazu gehören zum Beispiel Vorgaben bezüglich der Räumlichkeiten und der Überwachung der Einnahme. Es müssen besondere Anforderungen erfüllt sein, oder der verschreibende Arzt muss erst eine spezielle Ermächtigung erwerben. Häufig ist die Verschreibung auch zeitlich begrenzt, muss mit einer schrittweisen Reduktion der Dosis einhergehen oder setzt voraus, dass der Patient bestimmte therapeutische Meilensteine erreicht.

Verschreibungen aus ursprünglich medizinischer Notwendigkeit heraus entwickeln sich in einigen Fällen in einer Grauzone und provozieren bzw. stabilisieren am Ende gar die Abhängigkeit. Dies ist weiter verbreitet, als man denkt, und umfasst unter anderem die Abhängigkeit von Schmerzmitteln (z. B. Vicodin) und Beruhigungsmitteln (z. B. Valium).

[8] G.Stimpson, N.Metrebian, "*Prescribing Heroin: what is the evidence*?"; Joseph Rowntree Foundation, 2003, and M. Ashton, J.Witton, "*Thematic review-heroin prescribing"*, Drug and Alkohol Findings, 2003, issue 9, Page 16

Verschreibungen an abhängige Konsumenten im Rahmen einer Erhaltungstherapie werden in der medizinischen Ethik und Praxis immer wieder kontrovers diskutiert. Für den Arzt ist es ein schwieriges Feld, denn er bewegt sich hier in den Grauzonen zwischen medizinischer, quasi medizinischer und nicht medizinischer Verwendung. Natürlich muss der Schaden, der durch problematischen, illegalen Konsum entsteht, beschränkt werden. Aber ebenso natürlich widerstrebt es, Drogen abzugeben, um sie in irgendeiner Weise nicht medizinisch zu verwenden: ein Dilemma, das zu anhaltenden Kontroversen und Konflikten führt.

Es gibt eindeutige Vorteile einer sicheren und erschwinglichen Verfügbarkeit von Drogen und Zubehör. Aus medizinischer Sicht gilt dies vor allem für injizierende Konsumenten, da bei ihnen die Gefahr der Ansteckung mit blutübertragbaren Krankheiten besonders groß ist. Aber dieser Nutzen wird häufig infrage gestellt durch Vorwürfe an den Arzt, er unterstütze damit den Drogenkonsum zu Entspannung und Genuss, anstelle zu behandeln – oder er würde die Sucht gar „gutheißen“.

Für dieses Behandlungsgebiet scheint aber eine pragmatische Weiterentwicklung nötig, um mit den aktuellen Herausforderungen umgehen zu können. Fortbildungen, fachliche Spezialqualifikationen und –zulassungen oder eine neue Nische – der „Spezialfacharzt für Suchtmedizin“ – könnten eingesetzt werden. Diese würden durch einen strengen ethischen Verhaltenskodex und klar definierte allgemeine Leitlinien unterstützt werden. Eine neue Ordnungsbehörde oder eine entsprechende Unterbehörde wären für die Aufsicht zuständig.

Jenseits dieser eher europäischen Ansätze gibt es eine umfangreiche, wenn auch wenig dokumentierte Geschichte von Opium-Kontrollsystemen in vielen östlichen und orientalischen Ländern. Im Iran wurden Konsumenten bis 1953 registriert und beaufsichtigt, und danach wieder seit den frühen 70er Jahren. Heute versucht man die vorsichtige Wiedereinführung solcher oder ähnlicher Programme. Vergleichbare Systeme existierten außerdem in Pakistan und Indien – wo Überbleibsel noch bestehen – sowie in Bangladesch, Indonesien, Thailand und andernorts.

2.4 Das Apothekenmodell

Das *Apothekenmodell* agiert ebenfalls innerhalb eines klar definierten medizinischen Rahmens, ist dabei aber weniger restriktiv und kontrollierend als das Verschreibungsmodell. Apotheker sind ausgebildet und haben die Zulassung dafür, Verschreibungen zu dispensieren, dürfen aber selbst keine Verschreibungen ausstellen. Außerdem dürfen sie bestimmte Medikamente mit geringem Gefährdungspotenzial rezeptfrei verkaufen. Im Allgemeinen wird aus einer dafür zugelassenen Apotheke heraus dispensiert.

Apotheker unterliegen der Kontrolle der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Aufsicht von berufsständischen Kammern; sie haben klar definierte Ausführungsvorschriften. Sie bedienen entweder Verschreibungen oder sie verkaufen rezeptfreie Produkte. Für Letztere bestehen eindeutig festgelegte Zugangskriterien. Dazu gehören unter anderem Beschränkungen hinsichtlich des Alters des Käufers, Giftgehalt verlangter Menge oder auf den Einzelfall bezogene Berücksichtigung bezüglich eines potenziellen Missbrauchs. Darüber hinaus können Apotheker aufgrund ihrer Ausbildung basis-medizinische Ratschläge, Hilfestellungen und Informationen anbieten.

Mancherorts werden Apotheker bereits in Systeme des BtMG-Handlings miteinbezogen. In Großbritannien beispielsweise sind sie in bestimmten Fällen damit betraut, die Unter-Sicht-Einnahme von Methadon zu beaufsichtigen, eine Vorsichtsmaßnahme, die das Abzweigen von Methadon für den Schwarzmarkt verhindern soll.

Das bestehende Apothekenmodell ist nicht unmittelbar darauf ausgerichtet, Drogen für den nicht medizinischen Gebrauch zu dispensieren oder zu vertreiben. Es könnte jedoch leicht angepasst und so zu einem effektiven Weg zur Steuerung der Verfügbarkeit zurzeit illegaler Drogen für diese Zwecke weiterentwickelt werden.
Zugelassene und dafür ausgebildete Fachleute könnten als eine Art „Torwächter“ für eine ganze Reihe solcher Drogen fungieren. Sie wären verpflichtet, sich beim Verkauf an die oben definierten gesetzlichen Vorgaben zu halten. Darüber hinaus könnten sie sich als Quelle realistischer, gut informierter und praktischer Ratschläge und Unterstützung einbringen.

Ein auf nicht medizinische Verwendung von Drogen spezialisierter Apotheker könnte so eine eigene Nische besetzen, eine, die eine sorgfältige Erschließung, inhaltliche Festlegung und Handhabung erfordern würde. Diese neue Rolle wäre denselben praktischen Verhaltensregeln unterworfen wie die der konventionellen Apotheker, wäre aber mit zusätzlichen Zugangskontrollkriterien versehen. Diese Spezialisten unter den Apothekern müssten zudem zu Themen wie *Harm-reduction* und S*afer use* Beratungskompetenzen haben, und - wo angebracht – Empfehlungen zu den Bereichen Behandlungsmöglichkeiten und Ausstieg geben können. Solche Beratungskompetenz würde durch Fortbildungsauflagen oder Nachweis von Erfahrungen in der Drogenberatung sichergestellt. Sie könnten entweder im Rahmen existierender Apotheken arbeiten (abhängig von passenden Zulassungsbedingungen) oder von getrennten, eigens dafür zugelassenen Stellen aus agieren.

2.5 Lizenzsystem

Das derzeit bewährte lizenzgebundene Verfahren für den Verkauf von Alkohol und Tabak bietet einen weniger restriktiven, dafür aber flexibleren Unterbau für den Verkauf bestimmter nicht medizinisch verwendeter Substanzen mit geringem Risiko *(siehe 5.1 Alkohol und 5.2 Tabak)*. Ein solches System würde eine Reihe von Kombinationsmöglichkeiten gesetzlicher Kontrollen einsetzen, um Zwischenhändler, Verkaufsstelle, Produkt und Käufer angemessen zu steuern.

Ebenso wie bei den bewährten Verfahren zur gesetzlichen Reglementierung von Tabak und Alkohol würde ein Grundstock zentral vorgegebener Rahmenverfahren und Gesetze gebildet werden. Dieser würde unter Berücksichtigung der örtlich gegebenen rechtlichen und kulturellen Normen durch kommunale, regionale oder nationale Behörden beaufsichtigt und umgesetzt werden. Diese Behörden würden als Lizenzstellen fungieren und könnten das regulatorische Rahmenwerk an die jeweiligen lokalen Bedürfnisse und die politischen Prioritäten anpassen. Im Bedarfsfall erhielten sie Unterstützung von Polizei und Zoll, den Gesundheits- und Sicherheitseinrichtungen sowie den für Handelsregelungen zuständigen Behörden.

Wie bereits unter dem Punkt „Apothekenmodell“ ausgeführt, könnte man von den Lizenznehmern verlangen, dass sie in der Lage sind, wo nötig, zu Themen wie *Harm-reduction*, *safer use* und Behandlungsmöglichkeiten beratend tätig zu werden. Man könnte zur Bedingung machen, dass sie bereits Erfahrung in der Drogenberatung vorweisen, oder alternativ, dass sie sich im Bereich Drogenberatung weiterbilden.

2.6 Lizenzierte Orte für Kauf und Konsum

Das alltäglichste Beispiel für Orte, an denen sowohl gekauft als auch konsumiert werden darf, stellen Kneipen und Bars dar, die Alkohol ausschenken. In diesem altbewährten System gibt es eine Reihe von Kontrollen über die Lokalität selbst und vor allem über den Lizenznehmer. Er oder sie hat die Verantwortung dafür, den Verkauf an Kriterien wie Alter, Rauschzustand und Öffnungszeiten zu orientieren.

Die lizenzgebende Behörde ist üblicherweise eine Unterabteilung der örtlichen Behörden. Sie arbeitet mit einer Reihe von zentral festgelegten Bestimmungen und ist auch für das Durchsetzen von deren Einhaltung zuständig. Üblicherweise gibt es eine klar definierte Hierarchie von Sanktionen für Verstöße gegen die Lizenzauflagen. Dazu gehören eine gestaffelte Skala von Bußgeldern, Entzug der Lizenz oder sogar strafrechtliche Sanktionen. Die Lizenznehmer können auch teilweise oder voll und ganz für das Verhalten ihrer Kunden zur Verantwortung gezogen werden. Als strafbares Verhalten gelten z. B. unsoziales Verhalten, Lärm, Verschmutzung des Umfeldes oder Fahren unter Alkoholeinfluss.

Das in den Niederlanden praktizierte „Coffeeshop“-Modell für Cannabis ist ein weiteres gutes Beispiel. In den Niederlanden gibt es Stellen mit einer Speziallizenz für den Verkauf eher umstrittener Produkte (*vgl. 5.3 Cannabis*). Mit diesen *Coffeeshops* haben die Behörden der Niederlande sich ein Stück weit in Richtung Legalisierung von Verkauf und Konsum von Cannabis bewegt. Man darf allerdings nicht übersehen, dass auch hier der Handel mit Cannabis nicht im Bereich wirklich legaler freier Marktsteuerung stattfindet. Die Versorgung der *Coffeeshops* ist weiterhin rechtswidrig, obwohl die Versorgung mit Eigenbedarf und der Konsum *innerhalb* der *Coffeeshops* toleriert werden. Die *Coffeeshops*

selbst agieren unter strengen und streng kontrollierten gesetzlichen Auflagen.

Diamorphin-Abgabestellen, in denen unter Aufsicht verordnetes Diamorphin (Heroin) ausgegeben und konsumiert wird, sind ein weiteres Beispiel für offiziell zugelassene Abgabeorte. Diese Stellen unterliegen strengen Zulassungsbestimmungen, sie werden regelmäßig extern kontrolliert und rigide auf die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen hin überprüft – und das, obwohl sie sich ausschließlich mit der Ausgabe verschriebener Medikamente befassen.

Man kann auch von bereits existierenden Steuerungs- und Zulassungssystemen lernen, mit denen andere – nur bestimmten Gruppen zugängliche – potenziell gefährdende Aktivitäten gelenkt werden. Solche gibt es im Bereich des Glücksspiels, bestimmter Formen der Unterhaltung und der Sexindustrie.

Die hier genannten Beispiele zeigen, dass ein funktionierendes System von Abgabestellen, die mit definierten Sonderrechten in Hinblick auf die Art des Angebots von Drogen und den Kreis der Abnehmer ausgestattet sind, durchaus restriktiv sein kann. Es könnten also Elemente solcher bereits bestehender Systeme mit dem beschriebenen lizenzierten Verkauf und einem wie oben beschriebenen Apothekensystem kombiniert werden, um sicherzustellen, dass gemäßigter Drogenkonsum in einem sichereren, mit Hilfsmöglichkeiten ausgestatteten Umfeld stattfinden kann.

2.7 Verkauf ohne besondere Zulassungsbeschränkungen

Bestimmte, als weniger schädlich eingestufte psychotrope Substanzen wie Kaffee, Kokatee (bei traditioneller Verwendung) und einige schwächere Schmerzmittel unterliegen nur geringen oder gar keinen Zulassungsbeschränkungen. Man beschränkt sich hier auf die Standardkennzeichnung und -beschreibung der Produkte. Wo notwendig und angebracht, kommt die bestehende Nahrungsmittel- und Getränkegesetzgebung zum Einsatz, z. B. wenn es um Verfallsdaten, Inhaltsstoffe, Verpackungsbestimmungen, u. ä. geht. Diese Substanzen sind quasi frei

verfügbar, gleichwohl kann ihr Vertrieb in manchen Fällen bestimmten örtlich begrenzten oder freiwilligen Einschränkungen unterliegen.

Das Modell des „Geregelten Marktes“

Es hat in letzter Zeit viele Diskussionen um die schädlichen Auswirkungen des derzeit praktizierten Umgangs mit Tabak auf die Gesundheit der Bevölkerung gegeben (*vgl. 5.2 Tabak*).
Diese Diskussionen hatten Vorschläge zu neuen Steuerungsmodellen zur Folge, die auch auf andere Substanzen übertragbar wären. Professor Ron Brorland hat das „Modell des geregelten Marktes“ (Regulated Market Modell, RMM) entwickelt, ausgehend von der Grundannahme, dass es sich bei gerauchtem Tabak eben nicht um ein *normale*s Konsumgut handelt.

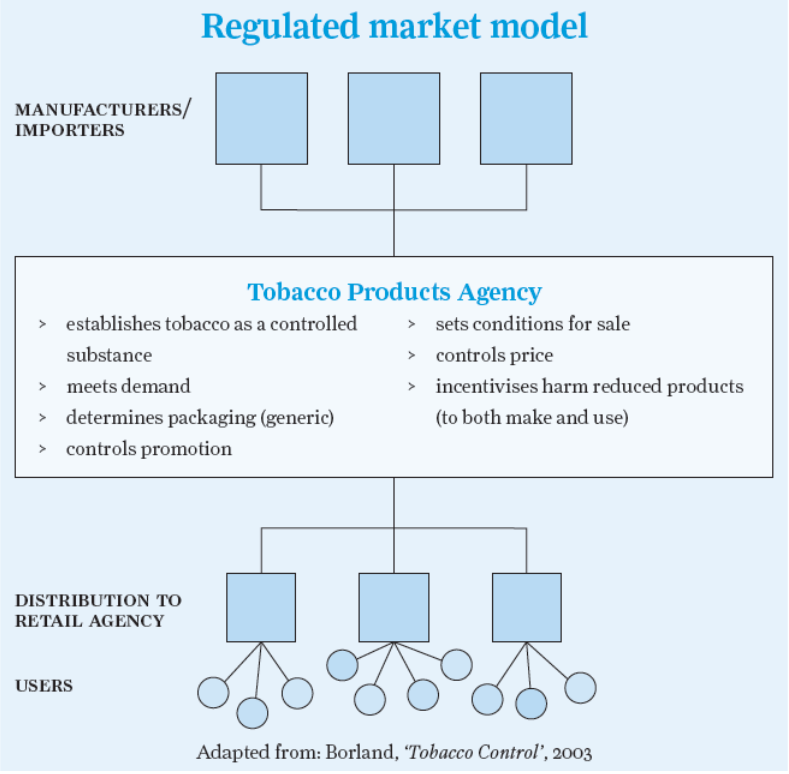
Selbst bei bestimmungsgemäßer Verwendung hat Tabak Suchtpotenzial und einen erheblichen schädlichen Einfluss auf die Gesundheit des Konsumenten. Daraus folgt, dass jede verkaufsfördernde Maßnahme zur Steigerung des Tabakkonsums und folglich auch der kommerziellen Profite unweigerlich eine nicht hinnehmbare Zunahme des gesundheitlichen Schadens mit sich bringt.

Das erwähnte Modell trägt dieser Tatsache Rechnung. Zum einen gestattet es erwachsenen Konsumenten weiterhin den legalen Zugang zu Tabak. Zum anderen aber versucht es, profitorientierte Anreize zu beseitigen, deren Ziel es ist, den Konsum durch die Erzeugung noch stärker abhängig machender Produkte weiter auszubauen, den Konsum bereits existierender Produkte anzukurbeln oder neue Konsumenten zu ermuntern, mit dem Rauchen anzufangen. Das Modell sieht den Einsatz einer neuen Behörde vor, einer *Behörde für Tabakprodukte* (Tobacco Products Agency, TPA), die als Verbindungsglied zwischen Herstellern und Einzelhändlern fungieren soll.

Die TPA würde die gesamte Kontrolle über die Produkte und die damit verbundenen verkaufsfördernden Aktivitäten übernehmen, sie würde die Art des produzierten Tabaks, die Produktion, die Verpackung und das Marketing überwachen. Eine Wettbewerbssituation bliebe nach wie vor bestehen, an der Produktionsstätte ebenso wie am Abgabeort

an den Endverbraucher. Die Tabakproduzenten stünden im Wettbewerb um die Versorgung der TPA mit Rohstoffen, die Einzelhändler erzielten ihre Einkünfte durch den Verkauf von Tabakprodukten an die nach den Kriterien der Behörde bestimmten Kundengruppen.

Derart könnte die TPA gesundheitspolitische Ziele verfolgen, indem sie den Tabakkonsum steuert und möglicherweise sogar reduziert, statt Gewinnzielen Raum zu lassen, die aktiv auf eine Maximierung des Tabakkonsums ausgerichtet sind.[9] (*vgl. Graphik unten*)



[9] R. Borland, *„A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model"*, Tobacco Control, 2003, Vol. 12, Seite 377

3

Die formale Umsetzung der Regulierung

3. Die formale Umsetzung der Regulierung

3.1 Produktionskontrollen

Seltsamerweise bereiten die Probleme der Steuerung des Drogen*angebotes* viel mehr Kopfzerbrechen als die Probleme der Steuerung der Drogen*produktion*. Viele gut etablierte Unternehmen sind schon heute mit der Herstellung von pflanzlichen und synthetischen psychoaktiven Substanzen befasst. Grundlage dafür sind bereits bestehende regionale, nationale und globale (rechtliche) Strukturen.

Folglich sind für die Produktionskontrolle von Drogen zur nicht medizinischen Verwendung weniger die Entwicklung neuer als vielmehr der Ausbau bereits bestehender Rahmenbedingungen erforderlich.
Die folgende Zusammenfassung zeigt, welche Modelle es derzeit für die legale und gesetzlich gesteuerte Produktion von Opium/Heroin, Koka/Kokain und Cannabis gibt. Eine detailliertere Auseinandersetzung mit dem derzeitigen Stand der Diskussion findet sich im *Anhang 2*.

Ein ganz wesentlicher Aspekt ist dabei, dass die Einführung eines rechtlichen Regelwerks für den Verkauf und den Konsum von Drogen zum nicht medizinischen Gebrauch den Wettbewerb stark verändern würde. Unternehmen, die sich den Regularien unterwerfen würden, hätten einen Zugang zu Märkten, die zurzeit von illegal agierenden Händlern beherrscht werden, und stünden in direktem Wettbewerb mit diesen. Steigt ihre Marktpräsenz, so sinken zugleich die Marktanteile der illegalen Mitbewerber. Wesentliche Wettbewerbsvorteile der legalen Anbieter wären neben Preisvorteilen die Legalität und die Qualität ihrer Produkte.

Die Umwandlung von einem illegalen hin zu einem legalen System bringt immer auch wesentliche wirtschaftliche und soziale Veränderungen mit sich. Fragen der Weiterentwicklung von Gebieten mit ehemals illegalem Drogenanbau wären berührt (*vgl. Kapitel 4.5*). Auf lange Sicht kann es eigentlich nur als positiv gesehen werden, wenn international kriminell agierenden Organisationen der Boden für eine ihrer wesentlichen Einkommensquellen entzogen wird.

3.1.1 Derzeitige legale Produktion: Opiate, Kokain, Cannabis, pharmazeutische Produkte

I. Legale Produktion von Opium/Opiaten

Zurzeit wird fast die Hälfte[10] des weltweit produzierten Opiums legal hergestellt und zu verschiedenen opiatbasierten Medikamenten verarbeitet. Jedes Land kann einen förmlichen Antrag an die UN-Kommission für Betäubungsmittel (UN Commission on Narcotic Drugs) zur Genehmigung des Anbaus von Opium und des Handels damit stellen. Dies geschieht dann unter dem Patronat der „UN Single Convention on Narcotic Drugs 1961“ und unter Aufsicht und Führung des „International Narcotic Control Board“ (INCB). Im Jahr 2001 haben 18 Länder den entsprechenden Antrag gestellt, darunter Australien, die Türkei, Indien, China und Großbritannien.

Sinn dieses internationalen Zulassungs- und Kontrollsystems ist es in erster Linie, die legale Produktion und den legalen Konsum zu ermöglichen und zu steuern und dabei zugleich ein Abfließen von Drogen (zu nicht medizinischen Zwecken) auf den Schwarzmarkt zu verhindern. Die nationalen Regierungsbehörden regeln die Zulassung und überwachen den Anbau, die Produktion, die Herstellung und den Handel mit den kontrollierten Substanzen. Sie tun dies unter der Aufsicht des UN-Gremiums INCB, das auch die Balance zwischen legaler Produktion und rechtlichen Auflagen sicherzustellen hat.

Es erscheint daher unproblematisch und durchaus praktikabel, den Anbau von Opiaten und opiatbasierten Produkten unter den bereits existierenden gesetzlichen Rahmenbedingungen weiter auszubauen. Die illegale Nachfrage ist zurzeit hoch, und vor diesem Hintergrund wäre ein hoher wirtschaftlicher Druck auf die legalen Produzenten zu vermuten. Dennoch werden bereits große Mengen von Rohopium und pharmazeutisch verarbeitetem Opium produziert und umgeschlagen, ohne dass es zu signifikanten Sicherheitsproblemen oder zu Abflüssen auf den Schwarzmarkt kommt.

[10] Der legale Anteil der Opiumproduktion betrug bis 2005- 2006 mehr als die Hälfte der gesamten weltweiten Produktion; der Anteil verschob sich mit den folgenden Rekordernten illegalen Opiums in Afghanistan.

Wahrscheinlich nähme die Menge der legal konsumierten Opiate zunächst im Rahmen der in Kapitel 2 beschriebenen medizinischen Verschreibungsmodelle zu. Dieser Prozess zeichnet sich bereits langsam ab. Wirklich spürbare Umschichtungen von illegaler zu legaler Produktion (z. B. als Folge einer Ausweitung der Verschreibungsmöglichkeiten oder anderer Formen erlaubten Vertriebs) würden sich langsam und schrittweise über mehrere Jahre hin vollziehen.

Es stünde also ausreichend Zeit zur Verfügung, um die notwendige Infrastruktur zur Steuerung und Kontrolle zu entwickeln und auszubauen. Während dieses Prozesses sich abzeichnende Probleme könnten unmittelbar angegangen werden. Im Laufe dieser Entwicklung würde dann zugleich die Nachfrage nach illegalen Produkten abnehmen, was wiederum zur Folge hätte, dass es kaum noch wirtschaftliche Anreize gäbe, Produkte auf den Schwarzmarkt umzuleiten oder illegal zu produzieren.

Für einige ist die beschriebene Entwicklung ein zweifelhafter Segen. Im Falle von Opium wirft sie vor allem für Afghanistan potenziell wesentliche Entwicklungsfragen auf. Auf Afghanistan entfallen derzeit geschätzte 93 % der weltweiten illegalen Opiumherstellung, was mehr als die Hälfte des Bruttoinlandsproduktes (GDP) des Landes ausmacht.[11] Soll von der Opiumproduktion als wesentlicher Einkommensquelle weggeführt werden, so muss dies äußerst behutsam geschehen, zumal es sich um eine besonders heikle Region handelt (*vgl.Kapitel 4.5*).

II. Legale Produktion von Koka/Kokain

Ähnlich wie Opium und opiat-basierte Pharmazeutika unterliegen auch das Kokablatt und das darin enthaltende Kokain den strengen Kontrollvorschriften der UN-Single Convention on Narcotic Drugs. Sowohl das Blatt als auch die Substanz werden bereits legal produziert, jedoch in geringerem Umfang als Opium.

Nach wie vor wird in der Andenregion ganz legal Koka als Getränke-Geschmacksstoff (vor allem für Coca-Cola) hergestellt. Das Blatt wird in

[11] In Afghanistan betrug der gesamte Exportwert von Opium und Heroin in die Nachbarländer im Jahr 2007 $ US 4 **Billionen**, das war ein Anstieg von 29 % gegenüber 2006. Das bedeutet, dass der Opiumhandel mehr als die Hälfte (53 %) des Bruttoinlandsproduktes des Landes ausmacht.

die USA exportiert und dort von einem speziell für diese Aufgabe von der „Federal Drug Enforcement Agency“ lizenzierten Pharmaunternehmen „entkokainiert“. Das auf diese Weise extrahierte Kokain wird weltweit als (medizinisches) Anästhetikum verwendet.

In der Andenregion sind traditionell verschiedene Kokaprodukte mit geringem Wirkstoffgehalt gebräuchlich, so zum Beispiel das Blatt selbst, Kokatee, Lebensmittel auf Kokabasis und traditionelle Medizin. Diese Produkte bewegen sich in einer rechtlichen Grauzone und führen zu ständigen Auseinandersetzungen zwischen den UN-Betäubungsmittelbehörden und Bolivien und Peru.

Die legale Kokaproduktion – sei es zur Verwendung als Blatt, als leicht verarbeitetes Produkt oder als pharmazeutisches Kokain – stellt nachweislich kein signifikantes Problem dar. Betrachtet man ihr Gefährdungspotenzial für die Gesundheit, dann sind die Produkte mit niedrigem Wirkstoffgehalt (Blatt und Tee) vergleichbar mit Kaffee und bedürfen vergleichbar geringer Kontrolle. Die Umwandlung von Koka zu pharmazeutischem Kokain hingegen würde auf einer Stufe der industriellen Produktion stattfinden, für die es bereits jetzt bewährte Standards für Produktsicherheit und -überwachung gibt.

Die Schlüsselprobleme, mit denen man zu tun hätte, kann man bereits heute in kokaproduzierenden Regionen beobachten: destabilisierende wirtschaftliche Spannungen und gesellschaftliche Schäden, die ein parallel existierender Schwarzmarkt mit sich bringt. Man könnte dem ein Stück weit entgegenwirken, indem man versucht, die Situation durch eine Ausrichtung der Kokaproduktion an bewährten „Fair Trade“-Richtlinien zu verbessern. Das bedeutet Preisgarantien in Verbindung mit weiterer sozialer und umweltpolitischer Absicherung (wie für Kaffee-, Kakao- oder Zuckeranbauer). Je mehr der Weltmarkt sich aber in Richtung gesetzlicher Regulierung entwickeln würde, desto weniger Nachfrage wäre auf dem Schwarzmarkt zu erwarten – was fast automatisch (wie bei Opium und Cannabis) zu einer Abnahme der Probleme führen würde.
Es gäbe viele besondere Aufgaben im Bereich Handel und Entwicklung, die während dieser Umwandlungszeit zu bewältigen wären.
Beispielsweise müsste die UN-Betäubungsmittelbehörde autorisiert werden, die Erteilung einer Produktionserlaubnis auf eine begrenzte

Anzahl von Ländern zu beschränken (z. B. die Andenstaaten) oder bestimmten Staaten den Einstieg in die Kokaproduktion für ihre heimischen Märkte zu gestatten (*siehe Kapitel 4.5).*

III. Die legale Cannabisproduktion

Seit Jahrzehnten wird Cannabis in vielen Ländern, vor allem den USA und Kanada, hergestellt, vornehmlich für medizinische Anwendungsbereiche und Zubereitungen. Teilweise wird mit Lizenzen gearbeitet, teilweise produzieren der Staat selbst oder quasi-legale oder doch zumindest tolerierte Patientenkooperativen.

Zu Fragen der gesetzlichen Regulierung der Cannabisproduktion hat sich auf diese Weise ein erheblicher Erfahrungsschatz angesammelt. Hier zeigt sich auch, wie eine Produktion gestaltet sein kann, die sowohl die Sicherheit als auch Aspekte der Qualitätskontrolle berücksichtigt. Zusammen ergibt dies eine Art Richtschnur für die Weiterentwicklung zukünftiger kommerzieller, nicht medizinischer Modelle der Cannabisherstellung.

Berechtigten Befürchtungen über einen möglichen Abfluss auf den Schwarzmarkt könnte begegnet werden, nötig wäre hierzu ein angemessenes Lizenzsystem für Anbauer und Händler, kombiniert mit effizienten Strukturen zur Ahndung bei Verletzung der Lizenzauflagen. Die derzeit noch agierenden illegalen Händler müssten mit Profiteinbrüchen rechnen, wenn sich das legale Angebot ausweitet. Damit würde der wirtschaftliche Anreiz der Versorgung des Schwarzmarktes mehr und mehr abnehmen.

Die ökonomischen Anreize zum Abgleiten auf die illegalen Märkte verschwänden zunehmend in dem Maße, wie die legale Produktion zunimmt und sich so die derzeit lockenden Profite für illegale Händler verringern.

Wie bei Koka- und Opiumprodukten würde sich die Ausweitung der legalen Produktion auch bei Cannabis über einen längeren Zeitraum erstrecken. Auch hier ergäbe sich ausreichend Zeit zur Anpassung und zur Entwicklung einer

effizienten rechtlichen Infrastruktur, die sich an den Problemen und Notwendigkeiten orientiert, die sich im Laufe dieses Zeitraums erbeben.

Wenn der Handel zuverlässig ausreichende Mengen an Cannabis zur Verfügung stellen kann, dann würde sich dies auch erheblich auf den privaten Kleinanbau für eigenen Gebrauch auswirken. Er würde unattraktiv werden und sich am Ende nur noch auf eine kleine Gruppe von Hobbyanbauern und „Connaisseuren“ beschränken – so wie wir es bereits vom privaten Bierbrauen und Weinkeltern kennen. Hier könnten Basisrichtlinien ansetzen und Grenzwerte für die pro Person erlaubten Mengen festgelegen. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass sich solche Grenzwerte in der Praxis nur schwer durchsetzen lassen, sie werden gerne von den Kleinanbauern und der Polizei gleichermaßen ignoriert.

Man könnte mit einer Art Zulassungsmodell für kleinere bis mittlere „Cannabisklubs“ oder Gesellschaften arbeiten, die auf Non-Profit-Basis ihre Produkte aufteilen, verteilen und austauschen. Denkbar wären beispielsweise Alters- und Qualitätskontrollen und die Einführung bestimmter Haftungsbestimmungen. Es ist allerdings wahrscheinlich, dass dann kaum Interesse am Eigenanbau bestehen wird. Der Eigenanbau von Tabak in Großbritannien, der erlaubt und theoretisch zollpflichtig ist, existiert praktisch so gut wie gar nicht.

Eine detailliertere Auseinandersetzung mit dem oben zusammengefassten derzeitigen Stand der legalen Herstellung von Drogen findet sich in *Anhang 2*.

IV. Die legale pharmazeutische Produktion

Es gibt für Tausende von pharmazeutischen Substanzen bereits Modelle der Produktionskontrolle. Diese sind recht restriktiv, besonders im Bereich der Qualitätskontrolle, der Sicherheit und der Vertriebswege. Da viele pharmazeutisch hergestellte Drogen (wie am Beispiel Kokain und Opiate gezeigt) mit den nicht medizinisch genutzten identisch sind, sind hier eigentlich kaum Änderungen notwendig.
Die bewährten Modelle könnten ohne Weiteres auf die Produktionserweiterung auf den nicht medizinischen Anwendungsbereich übertragen werden. Und auch hier würden sich anfängliche Sicherheitsprobleme oder Probleme mit der eventuellen Abzweigung für den Schwarzmarkt im Laufe der Zeit lösen lassen.

3.2 Kontrolle der Verfügbarkeit von Drogen

Jedes Drogenkontrollsystem versucht zunächst, den durch die Droge eventuell verursachten Schaden für den Konsumenten und seine Umwelt zu minimieren. Es klingt also erst einmal plausibel, die Verfügbarkeit der Droge einschränken zu wollen, um den Konsum zu verringern und damit auch drogenbedingte Schäden. Zumindest ist dies der Gedanke, der jedem Prohibitionssystem zugrunde liegt, das an der Angebotsseite ansetzt.

Der Erfolg oder Misserfolg solcher Systeme ist kaum messbar, denn es stehen keine verlässlichen Zahlen über die auf dem Markt kursierenden Mengen illegaler Drogen zur Verfügung. Mit Blick auf die beschriebene Zielsetzung der Schadensbegrenzung kann die Beschränkung des legalen Zugangs zu einer Droge eher kontraproduktiv und schadensvergrößernd sein. Denn die Restriktionen verschieben Verbreitung und Verkauf in die Hände krimineller Profitjäger und Subkulturen, die nicht das geringste Interesse am Allgemeinwohl haben.

Die Beschränkung der Verfügbarkeit von Drogen wird gern als elementares strategisches Ziel ins Feld geführt,[12] wobei allerdings kaum erforscht ist, was überhaupt hinter dem Begriff „Verfügbarkeit“ steht.
So gut wie nirgendwo existieren systematisch erhobene zuverlässige Daten zur *Verfügbarkeit*. Die einzigen Daten, mit denen man arbeitet, wurden abgeleitet aus Daten zu Preisen, Reinheitsgraden, gelegentlichen Befragungen von Drogenkonsumenten oder – auch sehr verbreitet – aus nichtssagenden Näherungswerten, wie beispielsweise der Menge beschlagnahmter Drogen. Selbst wenn man diese Zahlen systematischer sammelte, gäben sie kein verlässliches Bild über das Angebot auf den illegalen Märkten, deren typische Merkmale ja gerade verdecktes Handeln und das Fehlen fester Strukturen sind. Aus den vorliegenden unzureichenden Daten ergibt sich immerhin eindeutig, dass die Angebotsmenge mit der Nachfrage mehr als nur Schritt halten konnte. Mehr als das: Trotz wachsenden Mitteleinsatzes in die Bekämpfung hat das Angebot eher zugenommen.

[12] Siehe Beispiel (UK) in “*After the War on Drugs: Options for Control*” Transform Drug Policy Foundation, 2005, Seite 24

Ganz anders würde sich die Situation auf legalen Märkten darstellen, dort könnte die Verfügbarkeit sehr genau festgestellt und kontrolliert werden. Hier hängt die Messbarkeit lediglich von der Schärfe und Intensität der Kontrollen und der Wahl der Mittel zu ihrer Durchsetzung ab. Man kann dabei der gerade aktuellen politischen Linie folgen und flexibel auf Veränderungen der allgemeinen Stimmung in der Gesellschaft reagieren. Auf der praktischen Ebene ist ein solches System flexibel und wandelbar und kann somit schnell den sich ändernden Verhältnissen und neuen Herausforderungen angepasst werden.

Die weiter unten beschriebenen Steuerungsmodelle mögen dem einen oder anderen Leser abschreckend restriktiv und lästig erscheinen. Dieses Buch will lediglich zeigen, dass es eine große Auswahl an Möglichkeiten gibt, die Produktion, den Vertrieb und den Gebrauch von Drogen in gesetzlich geregelte Bahnen zu lenken. Die Feineinstellung der zum jeweiligen Szenario passenden Restriktionen müsste dann in einem mehr oder weniger demokratischen Prozess von den Betroffenen selbst geleistet werden.

Vermutlich wird die Entscheidung am Anfang eher zugunsten restriktiver Modelle fallen. Diese könnten dann im Laufe der Zeit mehr und mehr gelockert werden, wenn sich zeigt, wie effektiv sie sind, und wenn sich positivere gesellschaftliche Maßstäbe und Kontrollen entwickelt haben (*vgl. Kapitel 4.1*).

Ein wesentlicher Schaden der pauschalen Prohibition ist unter anderem die Einschränkung der Auswahl an Drogen, die den Konsumenten zur Verfügung stehen. Wenn es auf einem Schwarzmarkt vor allem um Profitmaximierung geht, dann werden vor allem solche Drogen angeboten, die auch die höchsten Profitraten versprechen. Dabei handelt es sich aber oft um besonders gefährliche, hochpotente, hochkonzentrierte und risikoreiche Varianten, wie z. B. injizierbares Heroin, Crack und Methamphetamin. Würden legale Systeme - kontrolliert durch das öffentliche Gesundheitssystem und staatliche Behörden - den kriminellen Profitmachern die Kontrolle über den Markt entziehen, dann würden unserer Meinung nach auch mildere Varianten der Drogen weiter verbreitet. Wie die Erfahrungen mit alkoholischen Getränken zeigen, neigen die meisten Verbraucher rational eher zu milderen

Varianten. Die neuen regulatorischen Herangehensweisen wären in der Lage, auch eine breitere Auswahl von Drogen zu berücksichtigen.

Es ist daher wichtig zu betonen, dass ein staatliches Management des Drogenangebotes sicherstellt, dass ordnungspolitische Modelle und weitere Kontrollen verschiedener Abstufung differenziert eingesetzt werden können, abgestimmt auf die Risiken, die ein bestimmtes Produkt oder eine bestimmter Umgang damit mit sich bringen. Es geht nicht nur darum, dass das größere Risiko, das eine bestimmte Droge oder eine bestimmte Konsumentengruppe (oder potenzielle Konsumentengruppe) verursacht, auch verschärfte gesetzliche Maßnahmen zur Risikominimierung rechtfertigt. Vielmehr kann die Anwendung abgestufter gesetzlicher Kontrollen dafür sorgen, dass die Verfügbarkeit auf das jeweilige Risiko unterschiedlicher Drogen/Zubereitungen, Verhaltensweisen und Konsumumgebungen abgestimmt ist.

Mit diesem Ansatz können umfassendere gesundheitspolitische Ziele und Ziele im Bereich der Schadensbegrenzung erreicht werden. Schrittweise kann man so von Produkten, Zubereitungen und Konsummustern mit hohem Risikopotenzial wegführen und die Konsumenten behutsam in Richtung der weniger gefährlichen Varianten „stupsen“ und damit auf lange Sicht verantwortungsbewusstere und weniger schädliche Verhaltensweisen fördern. Zurzeit hält der Schwarzmarkt allerdings dagegen, denn wie oben beschrieben, treibt er aus Profitgründen aktiv in die andere Richtung, hin zu gefährlicheren Produkten, Zubereitungen, Verhaltensweisen und Umgebungen (*vgl. – die Diskussion um Koka und Kokain-Produkte in Kapitel 5.4)*

Die Prohibition und ihr Anhängsel – die Drogenschwarzmärkte – untergraben die Entwicklung sozialer Normen und Kontrollen, die den verantwortungsvollen Umgang mit Drogen fördern und vom schädlichen und risikobehafteten Umgang mit ihnen abschrecken könnten. Genau das Gegenteil soll aber mit sanktionierender Prohibition eigentlich erreicht werden. Die Erfahrungen des letzten halben Jahrhunderts zeigen, dass die Prohibition als Werkzeug der öffentlichen Gesundheitserziehung und -verbesserung schlichtweg ihr Ziel verfehlt hat. Sie hat versagt, indem sie die Kontrolle über das Drogenangebot jenen überlassen hat, die am wenigsten damit umgehen können und

die auch keinen Anreiz verspüren, Verantwortung zu übernehmen, weil für sie allein die Gewinnmaximierung zählt.

Der springende Punkt ist, dass man sich durch gesetzliche Regulierung des Angebotes Kontrollmöglichkeiten eröffnet, die unter der Prohibition nicht bestehen. Dabei darf man „kontrolliertes Angebot“ nicht gleichsetzen mit „vermehrtem Angebot“, denn darum geht es nicht.
Prohibition bietet lediglich eine Art „Problemlösung von der Stange“. Gesetzliche Regulierung hingegen ermöglicht Nuancenreichtum und Flexibilität und kann sich jeder Situation anpassen. Genau durch diese Flexibilität wird man zunächst auf die durch die Prohibition verursachten Probleme reagieren können und dann langfristig in der Lage sein, Strategien zu entwickeln, mit denen neue - weniger risikoreiche - Konsummuster gefördert werden.

Entscheidet man sich zu einer gesetzlichen Regulierung von bisher illegalen Drogen, dann kann es gelingen, den durch die Prohibition verstärkten Trend zur Gefahrenmaximierung zu stoppen, umzukehren und auf mittlere bis lange Sicht mit Nachdruck in die Gegenrichtung zu lenken.

3.3 Produktkontrollen

3.3.1 Dosierungs- und Zubereitungskontrollen

Wie an anderer Stelle diskutiert (*siehe Kapitel 4.2*), hängen die Risiken einer Droge ganz erheblich von ihrer Zubereitungsart, ihrer Dosierung und von der Art der Einnahme ab.
Drogen in Pulver- oder Tablettenform sollten in standardisierten Einheiten angeboten werden. Eine solche Standardisierung stellt sicher, dass die Einnahmemenge klar definiert ist. Produktinformationen können sich somit klar und eindeutig auf die Wirkung dieser definierten Menge beziehen. Die Dosierung einer Standardeinheit sollte dabei von der Toxizität und dem Risikogrenzwert der jeweiligen Droge abhängig gemacht werden.

In welcher Form man bestimmte Zubereitungen jeder einzelnen Droge zugänglich macht und welche Zubereitungsart welchen Kontrollen unterworfen wird, muss für jeden Einzelfall entschieden werden.
Generell gilt, dass schwächere, langsamer wirkende orale Verabreichungsformen leichter erhältlich sein sollten. Zu stärkeren, schneller wirkenden Varianten sollte der Zugang erschwert sein. Zubereitungen mit dem höchsten Risikopotenzial – das sind insbesondere solche, die zur Injektion bestimmt sind – sollten nur unter größten Restriktionen verfügbar sein, d. h. entweder per Verschreibung oder unter Einnahmekontrolle.

Preiskontrollen sind hochgradig flexibel und können auf bestimmte Produkte gerichtet sein, aber auch auf bestimmte Konsumentenuntergruppen, Arten von Absatzkanälen oder geographische Regionen mit besonderer Problemlage.

Das Risiko des Abfließens auf den Schwarzmarkt könnte durch sogenannte „mikroskopische Identifizierungspartikel“ minimiert werden.
Dabei handelt es sich um mikroskopische Markierungsstoffe, die wie chemische Barcodes funktionieren, und die man pharmazeutischen Drogenpräparaten beifügen kann. Im Falle von Schwarzmarktverkäufen würden diese Partikel den Lizenzbehörden ermöglichen, die Quelle – sei es der eingetragene Nutzer oder der ursprüngliche Vertreiber – aufzuspüren und gegebenenfalls rechtliche Schritte einzuleiten.

3.3.2 Preiskontrollen

Gesetzliche Regulierung ermöglicht der Regierung, den Preis von Drogen zu beeinflussen. Eine zusätzliche Besteuerung (oder Subventionierung) eines marktbestimmten Preises oder auch direktere Preisfestsetzungsmaßnahmen wären hier denkbar. So könnte man entweder einen festen Steuersatz pro Einheit oder – nach dem Vorbild der Mehrwertsteuer - einen Prozentsatz in Abhängigkeit vom Leistungsumfang bestimmen. Je nachdem, wie Preiskontrollen gestaltet werden, können

sie entweder zu Steuereinnahmen führen oder zu staatlicher Bezuschussung von Betäubungsmitteln.
Das Optimum des festgelegten Betäubungsmittelpreises liegt dort, wo er ein Gleichgewicht zwischen zwei konkurrierenden Erfordernissen herstellt: Zum einen muss er hoch genug sein, um von Missbrauch abzuschrecken, zum anderen aber niedrig genug, um es unattraktiv für Schwarzmarktanbieter zu machen, ihn zu unterbieten.

Dies ist natürlich eine stark vereinfachte Darstellung des Problems. Bei Verallgemeinerungen über mögliche Auswirkungen eines Preismanagements ist Vorsicht geboten. Es gilt zu beachten, dass ein Drehen an der Preisschraube auf verschiedene Untergruppen von Konsumenten und verschiedene Drogenmärkte die unterschiedlichsten Auswirkungen haben kann. So ist zu beobachten, dass die Preiselastizität der Nachfrage, also die Reaktion der Nachfrage auf Preisveränderungen, je nach Art der Konsumenten, der Droge und der Konsummuster sehr stark variieren kann.

Eine Preisanhebung führt nicht immer automatisch zu weniger Konsum und umgekehrt. Grundsätzlich entspricht eine Konsumabnahme bei Preiserhöhung den grundlegenden mikroökonomischen Gesetzmäßigkeiten und kann auch an einigen Drogen und an verwandten Konsumentengruppen nachgewiesen werden (z. B. im Falle von Alkohol und Tabak), aber dennoch verändert sich der Konsum nachweislich häufig unabhängig vom Preis. So ist, um ein Beispiel zu nennen, der Kokainpreis in den USA in den letzten 25 Jahren um 80 % gefallen, der Konsum jedoch hat abgenommen.

Natürlich wird das Preisniveau legaler Drogen (unter Berücksichtigung staatlicher Maßnahmen) eine Auswirkung auf das Ausmaß eventueller paralleler Schwarzmärkte haben, wobei die relative Preisdifferenz als Schlüsselfaktor wirkt. Es sind die gewaltigen Profitmargen des derzeitigen Schwarzmarktes – wobei Maßnahmen auf der Beschaffungsseite entgegen ihrer eigentlichen Bestimmung ein weiteres Preisstützungssystem darstellen –, die ihn für kriminelle Organisationen und Einzelpersonen so ungeheuer attraktiv machen.
Gehen wir davon aus, dass die Preise für einige Schlüsselsubstanzen (vor allem Heroin und Kokain) fallen würden. In demselben Maße, in dem der Konsum sich zunehmend legalen Vertriebswegen zuwendet,

können wir erwarten, dass die Aussicht auf Profit für den illegalen Vertrieb - der Anreiz für kriminelles Engagement pro Einheit – abnimmt, was wiederum einhergeht mit einer entsprechenden Abnahme des Ausmaßes und der Intensität schwarzmarktassoziierter Gewalt. Für illegal agierende Händler wird es zunehmend unattraktiv und unmöglich, den legalen Marktpreis zu unterbieten, je mehr dieser sich der langfristigen Preisuntergrenze – den Produktionskosten – annähert und somit die Profitmargen schrumpfen.

Insgesamt ist also ein sorgfältiges, realistisches, einzelfallbezogenes Drogenpreis-Management notwendig. Sinnvoll ausgestaltet, kann die Anpassung der Preise einen maximalen Einfluss auf den Grad des Konsums, der illegalen Vertriebsaktivitäten, der Beschaffungskriminalität und der zusätzlichen Steuereinnahmen haben. Da diese verschiedenen Einflussfaktoren häufig in ein konfliktgeladenes Beziehungsgeflecht eingebettet sind, bedarf es des sorgfältigen Austarierens bei der Festlegung von optimalen Preisen für bestimmte Produkte in einer bestimmten Umgebung. Diese Herausforderung ist den Entscheidungsträgern, die sich mit der Preiskontrolle bei Alkohol und Tabak befasst haben, wohl bekannt. Aus ihrem Erfahrungsschatz in diesem Bereich kann manch wertvolle Handlungsempfehlung abgeleitet werden.

Allgemeine Überlegungen zur Preisfestsetzung für Drogen

Der Schlüsselfaktor ist das Verhältnis zwischen dem zur Verfügung stehenden Einkommen des Konsumenten und seiner ökonomischen Belastung durch Ausgaben für Drogen. Wenn das Ausgangspreisniveau niedrig und/oder die konsumierte Menge mäßig oder gering ist, dann sind die Gesamtausgaben mit hoher Wahrscheinlichkeit niedrig, und somit hat selbst eine dramatische Preisveränderung kaum Auswirkungen auf die Nachfrage. Ist anders herum der Gebrauch häufig, und sind die Gesamtausgaben im Verhältnis zum Einkommen hoch, können Preisveränderungen einen signifikanten Einfluss auf die konsumierte Menge haben (z. B. Alkohol/Tabak).
Menschen mit verhältnismäßig geringem verfügbarem Einkommen – insbesondere auch junge Leute – reagieren im Allgemeinen stärker auf Preiskontrollen, die der Konsumeindämmung dienen sollen. Man sollte dabei allerdings nicht aus dem Blick verlieren, dass Preiserhöhungen

zwar auf der einen Seite einen positiven Einfluss auf junge Leute haben können (so zeigt die Forschung z. B. einen Zusammenhang zwischen Preisanhebungen und verringertem Alkoholkonsum), andererseits aber der umfassende sozioökonomische Einfluss von Preiskontrollmaßnahmen weitere strittige Fragen aufwerfen kann.
Es ist davon auszugehen, dass der Drang abhängiger Drogenkonsumenten nach Befriedigung ihres Suchtdrucks ihre Nachfrage weniger preiselastisch macht als die anderer Konsumenten. Auf den Anteil dieser Konsumentengruppe mit niedrigem Einkommen können höhere Preise dann ungewollte Folgen haben, so wie Beschaffungskriminalität (häufig beobachtet bei Konsumenten von Schwarzmarkt-Heroin oder -Kokain) oder sinkende Ausgaben für beispielsweise gesunde Nahrungsmittel (wie man auch bei abhängigen Alkohol- und Tabakkonsumenten beobachten kann).

Ein weiterer Faktor, der den Einfluss von Preisänderungen bestimmt, sind das Vorhandensein und die Kosten von Ersatzdrogen oder von Freizeitaktivitäten, die an die Stelle des Drogenkonsums treten können. Erhöht man den Preis der Droge, kann dies dazu führen, dass die Konsumenten sich nach günstigeren Alternativen umsehen. Der Einfluss solcher Verlagerungen kann sowohl positiv als auch negativ sein, je nachdem, welche Form von Ersatzdroge oder Aktivität gewählt wird. Die Verlagerung kann auch darin bestehen, dass kostengünstigere, aber zugleich risikoreichere Applikationsformen, wie beispielsweise das Spritzen, gewählt werden. Natürlich sollte auch erwähnt werden, dass durch geeignete politische Maßnahmen versucht werden kann, Einfluss auf die Wahl positiver Ausweichmöglichkeiten zu nehmen (*siehe weiter unten*).

Ob ein Konsument sich für das legale oder das illegale Angebot entscheidet, hängt vom komplexen Zusammenwirken verschiedener Variablen ab, nicht allein vom relativen Preis, sodass eine Verallgemeinerung schwierig ist. Preispolitischen Entscheidungen der Zukunft muss eine sorgfältige Testung unterschiedlicher Preisfestsetzungssysteme und ihrer Wirkung auf die verschiedenen Konsumentengruppen voran gehen – ein System permanenter Ergebnisevaluation, das ohnehin Teil einer jeden Regulierungsinfrastruktur sein muss.

Eingriffe in Preise stellen ein besonders nützliches politisches Werkzeug dar, denn sobald eine Preiskontrollinfrastruktur etabliert ist, erlaubt diese ein relativ schnelles Reagieren auf sich ändernde Umstände und auftretende Probleme. Preiskontrollen sind hochgradig flexibel und können auf bestimmte Produkte gerichtet sein, aber auch auf bestimmte Konsumentenuntergruppen, Arten von Absatzkanälen oder geographische Regionen mit besonderer Problemlage. Die unterschiedliche Ausgestaltung solcher Preiskontrollen kann auch zu einer Art Anreiz-/Abschreckungsspannung beitragen, die ein verantwortungsbewussteres Konsumverhalten und die Verwendung von Produkten mit geringerem Risiko fördert.

Obgleich man vorsichtig damit sein muss, zwischen unterschiedlichen Drogen zu verallgemeinern, bietet doch die Erfahrungspalette mit Alkohol und Tabak einen nützlichen Ausgangspunkt zur grundsätzlichen Beratung der Drogenpreispolitik. Man kann zeigen, welche Maßnahmen effizient sein können, aber es muss auch eingeräumt werden, dass politische Interessen immer wieder staatliche Eingriffe in die Preisgestaltung dieser beiden Substanzen begründen. Die Aussicht auf höhere Steuereinnahmen kann dabei einen negativen Einfluss auf die Durchsetzung wichtiger Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens haben (die normalerweise auf mäßigen Konsum ausgerichtet sind und damit die Steuereinnahmen mindern), während auf der anderen Seite Steuererhöhungen bei der Bevölkerung unpopulär sind, und Lobbyismus der herstellenden und vertreibenden Industrie und auch die Weiterbeschäftigung von potenziellen Wählern innerhalb dieser Industrie eine große Rolle spielen. All diese Punkte stellen wichtige politische Erwägungen dar.

Die gelegentlich zur Diskussion gestellte Idee, dass die Steuermehreinnahmen aus Drogen direkt den Drogen-Hilfeangeboten zufließen könnten (Prävention, Bildung, Behandlung und Genesung), hat einen gewissen populistischen Charme, kann aber über grobe Kosten-Nutzen-Erwägungen hinaus kaum standhalten. Hilfsangebote sollten sich an Bedürfnissen und nachweislicher Wirksamkeit orientieren und nicht an der Beliebigkeit von Steuereinnahmen.

3.3.3 Verpackungskontrollen

I. Entnahmesicherung

Bereits etablierte Verpackungsarten, die für pharmazeutische Drogen und einige Nahrungsmittel verwendet werden, können die Gefahr unbefugter Manipulation an Drogen verringern und ermöglichen es dem Verkäufer oder Konsumenten festzustellen, ob eine solche Manipulation stattgefunden hat. Beispiele solcher Verpackungen sind u. a. Blister, versiegelte Ampullen und andere Formen versiegelter Behältnisse, so wie z. B. Spezialverschlüsse („pop-top lid“) bei Nahrungsmitteln.

II. Kindersicherung

Bewährte kindersichere Behältnisse (wie für Medizin verwendet) sollten als Standard für alle lizenzierten psychoaktiven Substanzen verwendet werden. Im Bedarfsfall könnte man weitere Auflagen für die gewerbliche oder häusliche Aufbewahrung in sicher verschlossenen Schränken machen.

III. Verpackungsinformationen

Die Informationen auf der Verpackung sollten sich nach den gängigen Richtlinien für pharmazeutische Erzeugnisse richten und, wo sinnvoll, durch zusätzliche Informationen und Hinweise ergänzt werden. Inhalt und Bedeutung von Verpackungsinformationen sollten von den zuständigen Gesundheitsbehörden festgelegt und per Gesetz durchgesetzt werden. Folgende Informationen sollten enthalten sein:

→ *Inhalt:* klar bezeichnet; sowohl Fachbezeichnung als auch geläufige umgangssprachliche Bezeichnung.
→ *Dosierung:* absolute Menge und Menge pro Einheit (z. B. Tablette), wo sinnvoll.
→ *Wirkung und Nebenwirkungen – erwünschte und unerwünschte*:
auf verschiedene Dosierungen bezogen (inklusive eventueller Abweichungen bei unterschiedlichen Verwendern, z. B. wegen unterschiedlichem BMI).

→ *Allgemeine Risiken:* akute und chronische Toxizität; Abhängigkeitspotenzial und Gefahrenzeichen.
→ *Spezielle Risiken:* hinsichtlich Schwangerschaft und besonderer medizinischer Begleitumstände (z. B. Herzprobleme, Diabetes, geistige Gesundheit).
→ *Sekundäre Risiken:* eingeschränkte Fähigkeit zum Führen und Steuern von Fahrzeugen und Maschinen.
→ *Schadensverminderung*: wie Risiken möglichst gering zu halten sind.
→ *Kontraindikationen:* Risiken von gleichzeitigem Gebrauch weiterer Drogen, mit Augenmerk auf sowohl weitere nicht medizinische Verwendung als auch auf die Verwendung als verschriebenes Medikament.
→ *Hinweis auf weitere Informationen/Hilfsangebote:*
(telefonische) Ansprechpartner, Websites usw.
→ *Rechtliche Ausschlussklausel:* Haftbarkeit des Produzenten/Verkäufers: „Der Verwender trägt das Einnahmerisiko“, „Nicht für die medizinische Verwendung“, „Nur für Personen über 18 Jahre“, „Nur zur Verwendung durch den angegebenen Käufer“ usw.
→ *Fälschungssicherung* (wenn erforderlich)**:** Hologramme usw., wie z. B. Steuermarken auf einigen alkoholischen Produkten.
→ *Mindesthaltbarkeitsdatum.*

Diese Richtlinien beziehen sich auf den Verkauf oder die Vergabe außer Haus und werden einen gewissen Grad an Flexibilität erfordern. In Anlehnung an bestimmte verschreibungspflichtige oder frei verkäufliche Medikamente können einige Produkte und Verpackungsformate eine Zusammenfassung der wesentlichen Informationen oder besondere Warnhinweise auf einzelnen Verpackungselementen erfordern (z. B. Blister). Diese können durch einen Beipackzettel unterstützt werden, der dann die detaillierteren Produktinformationen enthält. Wenn die Produkte vor Ort, unter Aufsicht oder durch registrierte Anwender verwendet werden, bedarf es eventuell anderer Regelungen. Zum Beispiel müssen die relevanten Informationen vor Ort gut sichtbar zur Verfügung stehen. In manchen Szenarien muss dies nicht auf dem Produkt selbst geschehen, insbesondere, wenn das Produkt ohne Verpackung verwendet wird.

IV. Verzicht auf Produkt- oder Marken-Werbebotschaften auf der Verpackung

Im Rahmen von umfassenden Kontrollen aller Formen der Werbung, des Marketings oder der Verkaufsförderung sollte das Abdrucken von Marken- oder allgemeinen Werbebotschaften auf Verpackungen psychoaktiver Substanzen allgemein verboten sein. Daraus ergeben sich dann Verpackungsdesigns, die sich am Vorbild derzeitiger Medikamentenverpackungen orientieren oder an den Vorschlägen für „schlichte Tabakverpackungen".[13] Die zuständigen Gesundheitsbehörden sollten hierzu klare Richtlinien erlassen, deren Einhaltung dann durch entsprechende Behörden als Teil der Zulassungsvoraussetzungen überwacht werden würden. Diese Behörden sollten außerdem die Art der Sicherheitshinweise auf oder in der Verpackung festlegen.

V. Identifizierung zugelassener Käufer/Konsumenten

In manchen Szenarien, z. B. unter einem Modell mit zugelassenen Käufern (s. u.), mag es sinnvoll sein, den Namen des Konsumenten auf der Verpackung zu vermerken. Dies könnte durch Aufdruck, digitale Etikettierung, Barcodes oder eine Kombination dieser drei Varianten geschehen. So würde deutlich kenntlich gemacht werden, dass dieses Produkt ausschließlich für die bezeichnete Person bestimmt ist, und dass diese auch direkt verantwortlich für das Produkt und seine Verwendung ist. Die Kennzeichnung könnte mit Sanktionen verknüpft werden, z. B. dem Verlust der Kaufzulassung, sollte das Produkt in die Hände Dritter gelangen.

3.4 Anbieter- und Absatzkontrollen

Ob einem Einzelunternehmer oder einer Gesellschaft eine Lizenz erteilt wird, kann von der Erfüllung einiger oder aller der im Folgenden aufgeführten Bedingungen abhängig gemacht werden. Die lizenzierten Verkäufer könnten dazu verpflichtet werden, sich einem abgestuften Sanktionssystem zu unterwerfen, angefangen mit Bußgeldern und Einzug der Lizenz bis hin zu weiteren angemessenen zivil- oder strafrechtlichen

[13] R. Cunningham, *„Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War"*, IDRC, 1996, chapter 12: *„Plain Packaging"*

Sanktionen. Wie zuvor in Kapitel 2.2 *Definition der fünf Grundmodelle der Regulierung* beschrieben, setzen alle Modelle lizenzierten Verkaufs voraus, dass die Verkäufer zuvor eine spezielle Schulung durchlaufen haben und/oder Erfahrungen vorweisen können und sich nach einem gesetzlich festgelegten Verhaltenskodex richten.

3.4.1 Kontrolle von Werbung und Verkaufsförderung

Es besteht ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen Werbung und Verkaufsförderung für Tabakprodukte und Alkohol und der Zunahme des Konsums. Derartige Werbe- und Verkaufsförderungsmaßnahmen könnten ohne Weiteres auch zu einer Ausweitung des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen führen.
Es sollte daher Standard in jedem Lizenzierungsregelwerk sein, jegliche Werbungs-, Verkaufsförderungs- und Marketingmaßnahmen für Drogen zu verbieten. Ausnahmen sollten lediglich nach sorgfältiger Einzelfallprüfung durch die entsprechenden Behörden zugelassen sein. Das Verbot sollte auch sämtliche Marketingmaßnahmen für Alkohol und Tabak mit einbeziehen. Politische Spenden jeder Art durch Vertreter des kommerziellen Drogenmarktes sollten generell einem solchen Verbot unterliegen.

Drogen unterscheiden sich von anderen Konsumgütern durch die Art der Risiken, die von ihnen ausgehen. Zusammen mit der Notwendigkeit, gefährdete Gruppen vor diesen Risiken zu schützen, erscheinen die stringenten Einschränkungen der üblichen Handelsfreiheit gerechtfertigt. Die vorgesehenen Kontrollen sollten auch auf Werbung am Verkaufsort, das äußere Erscheinungsbild und die Beschilderung von Vertriebsstätten ausgeweitet werden.

In den Grenzen vorhandener örtlicher Regelwerke sollten diese Kontrollen so streng wie möglich sein. In den USA z. B. könnte man das *Recht auf freie Rede* dagegen ins Feld führen. Aber auch wenn der Oberste Gerichtshof einen Teil der Schutzwürdigkeit dieses Rechtes auf die Werbung ausgeweitet hat, ist die *freie Rede* immer noch verschiedenen Kontrollen und Beschränkungen unterworfen.

3.4.2 Niederlassungsorte und Dichte von Vertriebsstätten

Die Orte der Niederlassung und die Dichte von Bars und Wein- und Spirituosenhandlungen haben einen nachgewiesenen Einfluss auf Alkoholkonsum und –missbrauch.[14] Durch eine Kontrolle der Niederlassungsorte und der Dichte legaler Betäubungsmittel-Vertriebsstätten – seien es lizenzierte Verkaufsstätten oder Örtlichkeiten, die den Verkauf und den Konsum miteinander verbinden – könnte der Konsum in Problemgebieten eingeschränkt und überwacht werden. Dabei geht es vor allem darum, ein Überangebot zu verhindern und nicht, das Angebot insgesamt auf null zurückzufahren (was in jedem Fall illegale Kaufmöglichkeiten fördern würde). In ähnlicher Weise könnte man Einschränkungen für bestimmte Orte von öffentlichem Interesse einführen, z. B. für Schulen oder andere Orte, an denen sich Jugendliche treffen.

3.4.3 Gemeinsame Verantwortung von Händler und Konsument

Zur Sicherstellung verantwortungsbewussten Verhaltens von Händlern könnten die Lizenzbedingungen Elemente der gemeinsamen Verantwortung von Verkäufern und Konsumenten beinhalten. Der Verkäufer hätte dann einen Teil der Verantwortung für das Verhalten des Konsumenten zu tragen. Dies würde Händler – und insbesondere Inhaber von Örtlichkeiten, an denen Drogen konsumiert werden – dazu bewegen, die Umgebung, in der die Drogen verwendet werden, genau im Blick zu behalten und den Verkauf vom Verhalten des Konsumenten abhängig zu machen.
Die Betriebsinhaber sollten zum Teil mitverantwortlich für sozialschädliche Vorfälle (wie beispielsweise Autounfälle) gemacht werden. Diese Verantwortung sollte sich auch auf einen bestimmten Zeitraum nach dem Konsum der Droge erstrecken. Sanktionen könnten in Geldbußen oder einer Rücknahme der Lizenz bestehen. Natürlich wäre der

[14] *"Current Research on Alcohol Policy and State Alcohol and Other Drug (AOD) Systems"*. State Issue Brief by National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (NASADAD), 2006, Seite 5

Konsument nicht von seiner Verantwortung für solche Vorfälle entbunden, ein ausgewogenes Gleichgewicht auf der Basis gemeinsamer Verantwortung wäre das Ziel. Man begibt sich hier zugegebenermaßen auf ein besonders heikles Feld der Regulierung, das schwer einzuführen und zu überwachen ist, aber es gibt bereits Beispiele für solche Vorgehensweise im Bereich Alkohol in Kanada und den USA und anderenorts.

3.4.4 Kontrolle der Verkaufsmengen

Die Verkäufe an Einzelpersonen könnten auf Mengen begrenzt werden, die für den Eigenverbrauch angemessen erscheinen. Dies würde

- verhindern oder einschränken, dass das Produkt unbefugt an Dritte veräußert oder verschenkt wird, und
- die Möglichkeit exzessiven Konsums reduzieren.

Das wird natürlich problematisch, wenn eine Person beabsichtigt, sich größere Mengen zu beschaffen. Die Kontrolle könnte einen Anreiz dafür schaffen, Beschränkungen zu umgehen, sei es durch den Kauf von verschiedenen Quellen oder durch „Hamstern“. Man muss zugeben, dass der Versuch der Rationierung immer unvollkommen sein wird und – bei entsprechendem Willen und entsprechender Entschlossenheit – umgangen werden kann. Man könnte aber zusätzliche Kontrollmaßnahmen einsetzen.

Eine zweite Stufe von Kontrollvorgaben könnte eingesetzt werden, wenn solch ein „Umgehungsverhalten“ besonders problematisch wird.
Ein besonders gutes Beispiel ist das Mengenkontrollsystem, das bereits heute bei verschriebenen Betäubungsmitteln eingesetzt wird. In diesem Bereich gibt es Systeme, mit denen abhängigen Konsumenten geholfen werden soll, die sehr häufig Rezepte benötigen oder auf tägliche Mitnahme angewiesen sind. Bei diesen Beispielen handelt es sich um extrem strenge Methoden der Handhabung, die nur in speziellen Fällen von Betäubungsmitteln und Zubereitungen mit höchstem Risikopotenzial oder als unterstützende Maßnahme innerhalb einer Drogenersatztherapie zu rechtfertigen sind.

Allgemeiner könnte das Verfolgen des Vertriebsweges von einer zentralen Datenbank aus in Verbindung mit einem ID-basierten lizenzierten Verkäufer-Modell (s. u.) einiges dazu beitragen, Mehrfachkäufe und Lagerbildung zu verhindern. Allerdings wäre ein solches System möglicherweise bürokratisch und teuer und könnte darüber hinaus Datenschutzrechte tangieren; viele würden dies als einen zu weitreichenden Eingriff ablehnen.

Es gibt allerdings bereits ähnliche Systeme für bestimmte, kontrolliert verschriebene Präparate, wie beispielsweise das *Pharmanet* in British Columbia, Kanada. In diesem werden alle Verschreibungen für bestimmte Präparate zentral nachverfolgt, und alle Ärzte und Apotheker haben Zugang zur Datenbank des Netzwerks.[15] Man könnte Preiskontrolle und Einkaufsnachverfolgung zu einem System zusammenfügen, in dem dann steigende Preise als finanzielle Abschreckung vor Großeinkäufen fungieren könnten (mehr noch als ein totales Verbot). Der Preis würde dabei mit der Abnahmemenge steigen.

Mengenbeschränkungssysteme für *duty free*-Käufe von Alkohol und Tabak gibt es schon lange, wenngleich diese in erster Linie darauf ausgerichtet sind, den kommerziellen Weiterverkauf an Dritte zu verhindern und nicht auf die missbräuchliche Verwendung an sich. In den Niederlanden gilt eine Abgabebeschränkung von maximal fünf Gramm Cannabis pro Konsumenten als Lizenzauflage der Cannabis-Coffeeshops.

3.4.5 Zeitlich versetzte Bestellung und Abholung

Versetzt man Bestellung und Abholung zeitlich, würde dies eine Vorausplanung der Einnahme von Betäubungsmitteln und damit einen verantwortungsvolleren Konsum sowie Mäßigung fördern. Dies würde auch helfen, „Konsumorgien“ einzudämmen, denn wenn der alte Vorrat aufgebraucht ist, dauert es eine Zeit, bis Nachschub zur Verfügung steht. In manchen Ländern wird der Zugang zu Spielkasinos auf diese Weise kontrolliert: Zutritt ist Mitgliedern möglich, aber die Mitgliedschaft wird erst am Tag nach der Antragstellung aktiviert.

[15] Für weitere Details über das Pharmanet und wie es funktioniert siehe http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/pharmanet/hp.html

3.5 Käufer- und Endverbraucherkontrollen

3.5.1 Kontrolle des Käuferalters

Ein Schlüsselelement bestehender und zukünftiger Regulierungsmodelle ist es, Jugendlichen den Zugang zu Drogen zu erschweren oder zu verhindern. Jegliches Recht auf einen Zugang zu psychoaktiven Substanzen und auf die freie Wahl über die Einnahme von Betäubungsmitteln sollte ausschließlich Erwachsenen vorbehalten sein, die sich bewusst dafür entschieden haben.

Jegliches Recht auf einen Zugang zu psychoaktiven Substanzen und auf die freie Wahl über die Einnahme von Betäubungsmitteln sollte ausschließlich Erwachsenen vorbehalten sein, die sich bewusst dafür entschieden haben.

Zum Teil ergibt sich dies aus den gesetzlich bestimmten Rechten und Pflichten von Kindern und Erwachsenen. Wichtiger jedoch sind die spezifischen gesundheitlichen Kurz- und Langzeitrisiken von Drogen, die für Kinder signifikant höher sind: und je jünger das Kind, desto höher die Risiken.

Diese Kombination aus rechtlichen Prinzipien und den Belangen der öffentlichen Gesundheitspflege legitimiert eine strenge Verfahrensweise bei der Alterskontrolle. Auf der praktischen Ebene sollte auch erwähnt werden, dass es trotz aller Unzulänglichkeiten viel einfacher und praktikabler ist, stringente Restriktionen für den Zugang von Jugendlichen zu Betäubungsmitteln durchzusetzen, als die gesamte Bevölkerung durch Prohibition zu kontrollieren. Kinder unterliegen generell einer größeren sozialen und staatlichen Kontrolle als Erwachsene. Die Durchsetzung von Betäubungsmittelrestriktionen für Minderjährige erfordert eine besonders umfassende Unterstützung durch Erwachsene.

Durch Prohibition entstandene Märkte wecken immer kriminelle Interessen. Der Betäubungsmittelmarkt für Nichterwachsene macht aber nur einen kleinen Teil des Gesamtmarktes aus. Man kann daher auf

diesem kleineren Gebiet Strafverfolgungsmittel sehr viel effizienter und folglich auch mit größerer Erfolgsaussicht einsetzen.
Ironischerweise hat die Prohibition einen unbeabsichtigten Nebeneffekt, der nicht unerwähnt bleiben soll: Es fällt Jugendlichen unter Prohibition häufig leichter, sich Zugang zum Schwarzmarkt zu verschaffen (der ja keine Altersschranken hat) als zu den gesetzlich geregelten Märkten, wie z. B. für Tabak oder Alkohol.

Es wird natürlich darüber diskutiert, mit welchem Alter das Erwachsensein beginnt, und/oder welches Alter als Zugangs- oder Schwellenalter in Frage kommt. In verschiedenen Ländern wurden unterschiedliche Grenzen zwischen 14 und 21 Jahren für Tabak und Alkohol gesetzt, die sich auf den Kauf oder den Zugang zu Lokalen beziehen. Wo diese Schwelle für ein bestimmtes Betäubungsmittelprodukt liegen sollte, wird von einer Reihe von pragmatischen Erwägungen abhängen. Diese sollten auf objektiven Risikoabwägungen basieren, vom jeweiligen Staat oder von der örtlichen Genehmigungsbehörde bewertet werden und durch sorgfältiges Abwägen in Einklang mit den jeweiligen Prioritäten gebracht werden. Wie auf allen Gebieten behördlicher Entscheidung muss eine gewisse Flexibilität möglich sein, um auf sich verändernde Gegebenheiten und Erkenntnisse reagieren zu können.

So hat man beispielsweise die Altersgrenze für den Tabakverkauf in Großbritannien gerade von 16 auf 18 erhöht, während in den USA immer häufiger darüber diskutiert wird, ob die Altersgrenze für Alkohol mit 21 Jahren zu hoch angesetzt ist. Die Amethyst Initiative[16] zum Beispiel, die von 135 Hochschulrektoren und Präsidenten amerikanischer Universitäten und Colleges unterstützt wird, führt an, dass die Altersgrenze von 21 Jahren eine Kultur hervorgebracht habe, die durch gefährliche, heimliche „Sauforgien“ (oft außerhalb des Campus) gekennzeichnet sei, und dass die Schüler bzw. Studenten durch die Verwendung von gefälschten Studentenausweisen ethische Kompromisse eingehen würden, die den Respekt vor dem Gesetz untergraben. Auch innerhalb eines regulierenden gesetzlichen Rahmenwerkes führen ungeeignete Verbote offensichtlich zu unerwünschten Folgen. Sie können soziale Kontrollen und verantwortungsvolle

[16] Siehe www.amethystinitiative.org

Normen im Bereich von Drogen und Drogenkonsum eher untergraben als verbessern.

Es ist ganz klar, dass Altersgrenzen realistisch sein müssen, und sie müssen auf jeden Fall vernünftig durchgesetzt werden, damit sie wirkungsvoll sind. In Großbritannien beispielsweise, wo „Komasaufen“ unter Jugendlichen ein ständig wachsendes Problem darstellt, gab es vielerorts Probleme mit der Überwachung der vorgegebenen Altersgrenzen. *Alcohol Concern* berichtet, man habe festgestellt, dass 10 bis 15 % der Gastwirtschaften ständig Alkohol an Minderjährige verkauften, aber nur 0,5 % der Gaststätten einer Überprüfung unterzogen werden.[17] Auch die Weitergabe legal erworbener Medikamente an Minderjährige bedarf angemessener Sanktionen und Maßnahmen, eventuell mit abgestufter Schärfe, abhängig vom Abstand zur gesetzlich festgelegten Altersgrenze.

Gesetzliche Altersvorgaben können immer nur einen Teil der Lösung zur Reduzierung von drogenbedingten Gefahren unter jungen Leuten darstellen. Gezielte Präventivmaßnahmen zur Unterstützung von effektiven Rechtsvorschriften und Zugangskontrollen sind notwendig. Diese sollten evidenzbasierte, zielgerichtete Drogenaufklärung beinhalten, die in ausgewogener Weise die Notwendigkeit berücksichtigt, einen gesunden Lebensstil zu fördern, ohne dabei Risikominimierung und – vielleicht noch wichtiger – die Investition in das soziale Kapital Jugend zu vernachlässigen. Jungen Leuten, besonders solchen mit erhöhtem Risiko aus besonders gefährdeten und Randschichten, sollten sinnvolle Alternativangebote zum Drogengebrauch gemacht werden. Das SMART-Programm, das in den USA in Sozialwohnungssiedlungen durchgeführt wird, hat gezeigt, dass das Einrichten von Jugendklubs einen nachweisbaren Einfluss auf den Rückgang des Drogenkonsums, des Dealens und der allgemeinen Kriminalitätsrate sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen hat.[18] Es ist ebenfalls bemerkenswert, dass die Niederlande und Schweden regelmäßig die Kindergesundheits-

[17] *„Unequal Partners: A report into the limitations of the alcohol regulatory regime*.“, Alcohol Concern, 2008, Seite 19

[18] Steven P. Schinke, et al.,”*The Effects of Boys & Girls Clubs on Alcohol and Other Drug Use and Related Problems in Public Housing. Final Research Report*”, Education Resource Information Center, 1991.

liste[19] der UNICEF anführen und die Drogenmissbrauchsrate eher niedrig ist, während die USA und Großbritannien sich unverändert am unteren Ende der Liste bewegen und eine hohe Missbrauchsrate und zugleich ein niedrigeres Alter der drogenmissbrauchenden Personen aufweisen.

Während es einerseits wichtig ist, Schritte einzuleiten, mit denen der Zugang zu Drogen streng begrenzt wird und der Gebrauch von Drogen bei jungen Menschen vermieden werden soll, muss man andererseits sehen, dass es trotzdem weiterhin einige Jugendliche geben wird, die sich diesen Zugang verschaffen und auch Drogen nehmen. Deswegen ist es unerlässlich, ihnen einen angstfreien Zugang zu angemessener Behandlung und zu *Harm reduction*-Programmen zu ermöglichen.

3.5.2 Grad der Intoxikation des Kunden

Diese Form der Kontrolle kombiniert die Verantwortlichkeit des Kunden mit der des Händlers. Die Grundannahme ist hierbei, dass die Entscheidung für die Einnahme von Drogen auf informierter Zustimmung und verantwortungsbewusster Entscheidungsfindung basieren sollte. Beides wird jedoch durch Intoxikation gefährdet.

Viele Länder haben bereits Beispiele für diese Art der Kontrolle eingeführt, indem sie den Verkauf von Alkohol an Betrunkene untersagen,[20] sowohl zum Konsum vor Ort als auch zur Mitnahme. Solche Regeln sind jedoch problematisch, weil die Neigung besteht, sie nur halbherzig umzusetzen und Verstöße selten geahndet werden. Einige dieser Probleme werden im Folgenden untersucht und potenzielle Problemlösungsstrategien vorgeschlagen, die zu einer Steigerung der Effizienz dieser Art von gesetzlichem Regelwerk führen können.

Fragestellungen/Probleme

- Ab welchem Schwellenwert der Intoxikation sollten der Verkauf und der Kauf verboten sein?

[19] "*Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7*", UNICEF, 2007, page 4
[20] For example the UK Licensing Act 2003, Part7/141.

- Nach welchen Kriterien soll dies sichergestellt werden?
- Wie bestimmt man, ob jemand diese Schwelle überschritten hat? Ohne den unpraktikablen Einsatz von Alkoholteströhrchen oder ähnlicher Technologie oder noch detaillierterer Testung der Beeinträchtigung ist die Beurteilung einem hohen Grad an Subjektivität ausgesetzt (und besonders schwierig in Bar- oder Klub-Umgebungen, die laut, überfüllt, trubelig oder schlecht beleuchtet sind).

Antwort/Lösungsansatz

Um die eher subjektiven, grenzwertigen Fälle zu umgehen, sollten nur wirklich extreme Fälle der Intoxikation, auf die eine klar definierte Reihe von Kriterien zutrifft, dazu führen, dass der Verkauf unterbleibt. Wichtig ist dabei, dass diese Kriterien sowohl vom Verkäufer als auch vom Gast eindeutig verstanden werden können. Man müsste in öffentliche Aufklärung investieren, damit der Gast genau weiß, was ihn erwartet.

Die Vergabe von Methadon ist z. B. in Kanada abhängig davon, ob der Patient einen klaren und nicht zu sehr sedierten Eindruck macht. Der Apotheker wird zur Verantwortung gezogen, wenn er eine Dosis herausgibt, die zu Schäden oder zum Tode führt.

Fragestellung/Problem

- Kauf durch einen Dritten für eine intoxikierte Person.

Antwort/Lösungsansatz

In der Theorie stellt es einen zivilrechtlichen Verstoß dar, wenn jemand bewusst ein Rauschmittel für jemanden erwirbt, dem die Bedienung verwehrt wurde. Dies würde jedoch die Durchsetzungsbemühungen noch komplizierter machen und wäre in der Praxis nicht realistisch.

Wir müssen uns eingestehen, dass das System lückenhaft ist. Der beste Ansatz besteht wohl darin, den Lizenznehmer und sein Personal zu Achtsamkeit und Verantwortungsbewusstsein anzuhalten.

Fragestellungen/Probleme

- Verweigert man ihnen die Bedienung, werden verärgerte, aufgebrachte und hochintoxikierte Kunden häufig zu einem Problem für die öffentliche Ordnung sowie die Sicherheit des Bedienungspersonals und anderer Personen. (Ein Problem, das wesentlich

häufiger bei Alkoholintoxikation als bei jeder anderen Drogenintoxikation anzutreffen ist).

Antwort/Lösungsansatz

- Sicherheitskräfte vor Ort oder physische Barrieren zwischen Käufer und Verkäufer könnten geeignete Maßnahmen zur Gesundheits- und Sicherheitsvorsorge des Personals darstellen.
- Klare, leicht verständliche Informationen über die Bedienungsregeln vor Ort.
- Investitionen in verbesserte allgemeine Kenntnis und Akzeptanz der Regeln.
- Fortbildungen des Personals im Bereich „Umgang mit schwierigen Kunden".

Fragestellungen/Probleme

Fehlende Qualifikation des Personals. Barpersonal wird häufig schlecht bezahlt, arbeitet auf zeitlich befristeter oder formloser Basis, ohne Lizenz und ohne Ausbildung in diesem Bereich.

Antwort/Lösungsansatz

- Man könnte es mit einem einfachen Lizenzsystem für Barpersonal versuchen, das eine einschlägige Grundausbildung als Voraussetzung beinhalten könnte.
- Man könnte den Lizenznehmer für Fehlverhalten seines Barpersonals verantwortlich machen und auf diese Weise ein Mindestmaß an Personalschulung sicherstellen.
- In Kanada (und in Utah, USA) kann man Barbesitzer und Bringdienste zur Verantwortung ziehen, wenn der Gast oder Kunde trinkt und daraufhin einen Autounfall hat. Der Eigentümer (oder möglicherweise der Ausschenkende) wird mit Geldbußen bestraft. Außerdem kann die Schanklizenz eingezogen werden.

Fragestellungen/Probleme

Die Profitorientierung kommerzieller Verkäufer und die Notwendigkeit, Verkaufszahlen auf einem Markt mit starker Konkurrenzsituation zu maximieren (viele Franchisenehmer arbeiten mit sehr scharf berech-

neten Umsatzzielen), werden natürlich dazu führen, dass diese sich eher gegen Verkaufsbeschränkungen stellen.

Es mag nicht die Regel sein, aber viele Leute gehen ganz gezielt in Bars, um sich zu betrinken. Genau diese Art exzessiver Intoxikation versuchen gesetzliche Regelungen einzuschränken, die theoretisch durch die Branche umgesetzt werden sollen. Diese profitiert aber auf der anderen Seite von genau diesem Verhalten und ist daher geneigt, es bis zu einem gewissen Grade zu verstärken

Antwort/Lösungsansatz

Hier geht es um „Zuckerbrot und Peitsche“: Auf der einen Seite möchte man eine bestimmte Kultur fördern, in der die Verkäufer verstehen sollen, dass es auf lange Sicht in ihrem Interesse ist, den gesetzlichen Vorgaben Folge zu leisten. Auf der anderen Seite sollten öffentliche Gelder investiert werden, um Verkäufer und Kunden zu schulen und dadurch zu einer effizienteren Umsetzung zu gelangen.

Eine effektive Implementierung entsprechender gesetzlicher Maßnahmen würde hoffentlich auf lange Sicht zu einer Bildung sozialer Normen beitragen, indem sie einen sozialverträglichen Grad der Intoxikation in der Öffentlichkeit bestimmt.

In Apotheken herrscht ein ähnliches Prinzip. Apotheker sind gehalten, den Verkauf bestimmter Verschreibungen oder freiverkäuflicher Produkte zu beschränken oder zu verweigern, wenn sie eine Intoxikation vermuten oder eine nicht medizinische bzw. missbräuchliche Verwendung. Allerdings unterliegen Apotheken auch in hohem Maße gesetzlichen Bestimmungen, und Apotheker sind respektierte, hochqualifizierte Fachleute. Das bedeutet, dass sich Apothekenpersonal auch selten mit Problemen konfrontiert sieht, wie sie in Bars und Klubs vorherrschen, wo die fragliche Substanz vor Ort konsumiert wird mit dem klaren Ziel, sich zum Zwecke der Entspannung zu intoxikieren.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Schlussfolgerung gerechtfertigt, dass Stellen, die ausschließlich die Lizenz zur Abgabe, nicht aber zu Abgabe und Konsum vor Ort haben, besser geeignet sind, solche Restriktionen durchzusetzen, wenngleich sie diese im Allgemeinen weniger benötigen. Dennoch kann es auch für sie notwendig sein, einige der weiter oben angesprochenen Fragen zu bedenken. In Kanada

zum Beispiel können Methadon-Verschreibungen die „Unter-Sicht-Einnahme“ des Methadons vorschreiben. In diesem Falle müssen die Patienten den „Saft“ vor den Augen des Apothekers trinken, der zu vermerken hat, dass sie nicht intoxikiert waren.

Apotheker, die Verschreibungen von Abhängigen in Substitutions- oder anderer Dauerbehandlung bedienen, stehen vor besonderen Problemen. Es gibt für diese Art von Abgabe bereits umfangreiche Erfahrungen und bewährte Richtlinien zur Handhabung der vielfältigen Szenarien und Probleme, die in diesem Bereich auftauchen.

Lizenzierte Konsumorte für Cannabis liefern ein gutes Beispiel für die zukünftige Umsetzung solcher Regulierungsmodelle mit weniger restriktivem Zugang zu Drogen. Die Erfahrungen in den Niederlanden und anderenorts zeigen, dass Cannabis im Großen und Ganzen selbstregulierend ist und kaum große Intoxikationsprobleme zu erwarten sind. In diesem Falle würden sich intoxikationsbezogene Beschränkungen des Verkaufes vor allem auf Personen beziehen, die entweder betrunken sind oder andere Drogen konsumieren. Wenn diese Personen Cannabis kaufen oder konsumieren wollen, könnten Richtlinien greifen, wie sie bereits für den Alkoholausschank gelten.

3.5.3 Lizenzen für Käufer und Konsumenten

Ein Berechtigungssystem für Käufer und Konsumenten eröffnet die Möglichkeit, eine ganzen Palette von verschiedenen Kontrollmöglichkeiten einzusetzen. Eine Lizenz zum Erwerb oder zum Besitz einer bestimmten Droge zu bekommen, wäre vergleichbar mit dem Erwerb beispielsweise des Führerscheins oder einer Pyrotechnik-Lizenz, die zum Kauf und Gebrauch bestimmter Feuerwerkskörper berechtigt. Sie könnte vom Bestehen einer Prüfung abhängig gemacht werden, die sicherstellt, dass der Berechtigte die Risiken des Drogengebrauchs kennt und versteht und daher in der Lage ist, verantwortungsvolle Konsumentscheidungen zu treffen.
Dieses System erlaubt Flexibilität:
→ BtM-Zugangsberechtigungen könnten bis zu einem gewissen Grad kontrollieren, wann, wo und in wessen Dabeisein neue Konsumenten Zugang haben, vergleichbar mit Führerscheinneulingen, die häufig nur

unter bestimmten Bedingungen und mit bestimmten Personen fahren dürfen.

→ Wie beim Führerschein könnten auch hier Verstöße gegen die Lizenzbedingungen eine abgestufte Palette von Sanktionen nach sich ziehen. Diese wären abhängig von der Schwere des Verstoßes und könnten zum Entzug der Berechtigung und des Zugangs führen, sobald eine festgelegte Punkteschwelle erreicht wird. Solche Verstöße wären zum Beispiel Konsum in der Öffentlichkeit, Weitergabe oder Verkauf an Leute ohne Berechtigung oder Fahren unter Drogeneinfluss. Solche Sanktionen müssten auf vorhandene zivil- oder strafrechtliche Sanktionen abgestimmt sein.

→ Ein variables Berechtigungssystem könnte auch als abgestuftes Programm laufen, das bestimmte Stufen des Zugangs zu verschiedenen Produkten festlegt, in Abhängigkeit von zusätzlicher Schulung oder von Phasen des „Wohlverhaltens“ oder der Dauer des „Wohlverhaltens“.

→ Um sicherzustellen, dass der Erwerber auch die berechtigte Person ist, könnte die Lizenz an ein ID-System gekoppelt sein. Eine solche ID kann über verschiedene Arten von elektronischen Erkennungssystemen funktionieren (eingebaute biometrische Daten etc.), ähnlich wie von bewährten ID-Karten oder Führerscheinmodellen bereits bekannt. Alternativ könnte die Lizenz in ein bestehendes ID-System eingebettet bzw. elektronisch damit verlinkt werden.

Aus dem Blickwinkel der öffentlichen Gesundheit und der Schadensbegrenzung betrachtet, wären Trainingsprogramme für Lizenzbewerber eine wertvolle Chance, das Wissen über Drogen und Gesundheit bei Schlüsselgruppen zu erweitern. Informationen über Risiken, Abhängigkeit, Behandlungsmöglichkeiten und andere gesundheitliche Themen könnten an Drogenkonsumenten gerichtet werden. Man sollte allerdings sehr darauf achten, die zu vermittelnden Inhalte nicht in zu einengender, moralisierender oder herablassender Weise zu vermitteln.

Indem sich diese Programme bewährter Methoden der Präventionsbildung, Schadensbegrenzungsprinzipien und Motivationstechniken bedienen, könnten sie die Absolventen mit dem notwendigen Schlüsselwissen und den Kernkompetenzen im Umgang mit Drogen ausstatten. Diese würden sie in die Lage versetzen, unabhängige Konsumentscheidungen zu treffen und die damit verbundenen Schäden gering

zu halten. Sie würden die Bildung sozialer Maßstäbe für einen verantwortungsvollen, moderaten Konsum unterstützen, würden für Abstinenz als die Option mit Nullrisiko werben und ein Verständnis für die Rechte und die Verantwortung von Drogenkonsumenten vermitteln.

Wie in Kapitel 3.4.4 angesprochen, könnte man die Einkaufsmenge und -häufigkeit berechtigter Konsumenten nachverfolgen. Mit diesen Daten ließen sich potenziell problematische Konsummuster aufzeigen. Im Falle eines Problems könnte der dispensierende Apotheker eine „Gesundheitsintervention“ anregen. Er oder sie könnte seine oder ihre Bedenken mit dem Konsumenten erörtern und passende Hilfestellungen anbieten. Das Nachverfolgen selbst kann als Abschreckungsmaßnahme gegen Drogengebrauch dienen. Es könnte auch an andere Abschreckungsmaßnahmen gekoppelt werden, zum Beispiel an höhere Preise beim Überschreiten eines bestimmten Abnahmevolumens. Die Konsumenten könnten sich auch selbst eine Bestellsperre auf ihrer Berechtigung eintragen lassen, wenn sie sich vor Versuchung schützen wollen. Ist die Schwelle erreicht, wäre der Zugang zu einer bestimmten Substanz für einen festgelegten Zeitraum nicht möglich.

3.5.4 Nachweis des Wohnortes beim Kauf

In einigen Gesellschaften haben sich „kulturspezifische soziale Kontrollmechanismen“ entwickelt, die im Laufe der Jahre dazu geführt haben, dass ihre Angehörigen ein relativ gesundes, unproblematisches Verhältnis zu bestimmten Drogen ausbilden konnten. Es besteht die Gefahr, dass „Drogentouristen“, die nicht Teil dieser Kultur sind, sich nicht an die Grenzen dieser örtlichen Gepflogenheiten halten, was zu problematischem oder risikobehaftetem Verhalten führen kann.
Um solches Verhalten zu verhindern, könnte man den Verkauf auf die Einwohner eines Landes, eines Staates, einer Provinz/Stadt oder sogar einer bestimmten Wohngegend beschränken. Dies würde jedoch ein wohnortbezogenes ID-System erfordern, das als solches wiederum nicht unproblematisch ist.

3.5.5 Klub- oder Gruppenmitgliedschaft als Erwerbsvoraussetzung

Drogenkonsumenten könnten Klubs oder Gruppen beitreten.[21] Diese würden nach dem bekannten Vorbild von Aufsichtsgremien arbeiten. Sie würden den Zugang zu bestimmten Drogen ermöglichen und dabei klare „good practice"-Handlungsanweisungen für ihre Mitglieder vorgeben. Bewegt sich der Konsument außerhalb dieser Normen und Regeln der Gruppe, kann diese die Mitgliedschaft verweigern oder widerrufen. Die Regeln werden durch Schulungen vermittelt und durch verschiedene formale und gruppeninterne Prozesse umgesetzt und überwacht.

Alternativ könnten lizenzierte Lokale mit einer Art Mitgliedermodell arbeiten, ähnlich denen, mit denen Kasinos und Nachtbars in manchen Ländern arbeiten, um den Zugang zu beschränken.[22] Man könnte das Vorhandensein eines solchen Modells zur Lizenzauflage für Betreiber von Lokalen machen, die planen, den Verkauf und den Konsum von bestimmten Drogen anzubieten. Dieses Mitgliedschaftsmodell bietet darüber hinaus Ansatzpunkte für weitere sinnvolle Kontrollen.

Dazu können gehören:
→ Wartezeit zwischen dem Mitgliedsantrag und erster Benutzung der Örtlichkeit (im Kasino-Modell des UK wurde mit einer Wartezeit von 48 Stunden gearbeitet) oder Wartezeit zwischen Bestellung und Lieferung;

→ Aufnahmebedingungen für die Mitgliedschaft beinhalten eine Schulung oder ein Vorstellungsgespräch;

→ Konsum nur vor Ort, kein Verkauf außer Haus;

→ Lizenzauflagen für den Betreiber (s. o.).

3.5.6 Kontrolle von lizenzierten Drogenkonsumräumen

Im Zusammenhang mit Reformen de Drogenpolitik bestehen unausgesprochene Ängste, dass der Drogenkonsum öffentlich sichtbarer und sozial aufdringlicher werden würde. Tatsächlich würde das neue

[21] D. Gieringer: *„Drug User's Clubs: A Modest Proposal"*, unpublished conference discussion paper, (US) Drug Policy Foundation conference, November 1994

[22] Wie z. B. im Vereinigten Königreich üblich, bis der *„Gambling Act"* von 2005 in Kraft trat

Regelwerk die Möglichkeit eröffnen, den Drogengebrauch wesentlich weniger sichtbar zu machen als derzeit.
Die Regelwerke für Alkohol und Tabak haben gezeigt, wie es gelingen kann, Örtlichkeiten für den Substanzgebrauch festzulegen und zu kontrollieren. Für beide gibt es eine Reihe flexibler Kontrollen, z. B.:

→ lizenzierte Örtlichkeiten für den Konsum von Alkohol;

→ ausgewiesene Außenbereiche, Gärten oder Raucherräume als Reaktion auf die verbreitete Einführung des Rauchverbots in geschlossenen Räumen;

→ Baugesetze, die den Konsum von Alkohol und das Rauchen an bestimmten öffentlichen und privaten Orten verbieten.

Die Gründe für diese Restriktionen variieren. Rauchverbote werden normalerweise mit den Auswirkungen des Rauchens auf die Umwelt und den gesundheitlichen Risiken des Passivrauchens begründet.[23] Die Beschränkung des Konsums von Alkohol in der Öffentlichkeit ist eher in der öffentlichen Ordnung begründet, daneben geht es um Abfallprobleme. Manchmal werden diese Restriktionen zentral, manchmal regional festgelegt und umgesetzt. Die Durchsetzung erfolgt unterschiedlich, normalerweise werden Geldbußen verhängt.
Da diese Restriktionen von der Bevölkerung gut angenommen werden, wird im Allgemeinen gut auf deren Einhaltung geachtet. Die Erfahrung deutet darauf hin, dass die effektive Durchsetzung solcher Bestimmungen die Ausbildung neuer sozialer Normen begünstigt, wodurch auf lange Sicht die Überwachung der Einhaltung weniger mühsam werden dürfte.
Es erscheint vernünftig und praktikabel, ähnliche Restriktionen in der Zukunft auch für andere Drogen einzuführen. Zum Beispiel könnte das öffentliche Rauchverbot selbstverständlich auf das Rauchen jeder anderen Droge ausgeweitet werden, wobei man zuerst an Cannabis denkt. Bestehende Restriktionen mit Bezug auf Intoxikation in der Öffentlichkeit und Störung der öffentlichen Ordnung, die bisher auf Alkohol angewendet werden, könnten ausgeweitet werden, sodass sie jede Form der Intoxikation erfassen. Tatsächlich ist dies bereits teilweise der Fall.

[23] Obwohl der größte Nutzen für die öffentliche Gesundheit wahrscheinlich aus vermindertem Konsum erwächst.

Drogen in Tablettenform oder - in geringerem Ausmaß - in Pulverform, die entweder oral eingenommen oder „gesnieft“ werden, sind in Hinblick auf den öffentlichen Konsum das kleinere Problem. Der Konsumvorgang selbst ist kurz. Er ist kein Teil des Konsumerlebnisses oder -rituals, wie dies beim Trinken, Rauchen oder Spritzen der Fall ist.
Die Verwendung von Injektionsutensilien, die eigentlich nur einen Bruchteil des gesamten Drogenkonsums betrifft, führt zu einer überproportional großen regulatorischen Herausforderung. Besonderes Augenmerk erfordern dabei chaotische, injizierende Konsumenten.
Sie sind es, die mit größter Wahrscheinlichkeit gesundheitsgefährdenden Abfall produzieren, sich aber zugleich am wenigsten um ihre bürgerlichen Pflichten kümmern.
Vor diesem Hintergrund erscheint es am sinnvollsten, das Spritzen in der Öffentlichkeit zu verbieten. Erfahrungsgemäß fruchten solche Verbote am ehesten, wenn sie mit weiteren sozialen und *Harm-reduction*-Maßnahmen einhergehen. Diese umfassen:

→ Zugang zu Nadeln;
→ Bereitstellung von sicheren, überwachten Räumlichkeiten zum Spritzen;
→ Hilfe bei der Wohnungssuche, um der Obdachlosigkeit zu begegnen;
→ Programme der aufsuchenden Sozialarbeit;
→ niedrigschwellige Behandlungsangebote;
→ Zugang zu sozialer Unterstützung und Fürsorge.

Ohne solche Maßnahmenpakete ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sich das Spritzen in der Öffentlichkeit fortsetzt, wenn auch vielleicht an anderen Orten. Wenn man sich darauf beschränkt, Gesetze gegen das Spritzen einfach durchsetzen zu wollen, führt das lediglich zu einer noch größeren Kriminalisierung der chaotischen Konsumenten, die oft nicht einmal in der Lage sind, die dann fälligen Bußgelder zu zahlen. Das hat dann den Effekt, sie weiter in noch schmutzigere und gefährlichere Randbezirke abzudrängen, ohne dabei eine Abschreckungswirkung zu erzielen.

Weiterführende Literatur

„*A Public Approach to Drug Control*“, British Colombia Health Officers Council, 2005

“*Effective Drug Control: Toward A New Legal Framework*”, The King County Bar Association, 2005

“Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition”, E. Nadelmann, Daedalus, 1992;121: Seiten 87-132.

4

Die Verwirklichung eines Regulierungssystems

4. Die Schaffung eines regulierenden Systems

4.1 Der Einstieg: umsichtig und Schritt für Schritt

Regierungen und andere staatliche Einrichtungen sind ausgesprochen erfahren darin, möglicherweise schädliche und zur Entspannung eingesetzte Produkte und Aktivitäten zu regulieren – darunter auch eine breite Palette an psychoaktiven Substanzen. Die Entwicklung und Umsetzung neuer Modelle rechtlicher Regulierungen von momentan illegalen Drogen bedeutet tatsächlich einen völligen Neubeginn. Zwar ist es durchaus möglich, aus vergangenen strategischen Erfolgen und Misserfolgen zu lernen, die aktuelle Situation birgt aber auch die Gefahr unbeabsichtigter oder unvorhergesehener negativer Konsequenzen.

Bei einigen Punkten des anstehenden Reformprogramms – z. B. der Aufnahme von auf Menschenrechten basierenden Prinzipien und Gesetzen in die internationale Drogenkontrolle – ist eine schnelle Veränderung zu erwarten. Bei anderen Punkten werden sich die entsprechenden Ansätze Schritt für Schritt über einen Zeitraum von Monaten und Jahren ändern; dies gilt z. B. für die Entwicklung von legalen Modellen der Drogenabgabe und die Verfügbarkeitskontrolle. Parallel zu diesen Veränderungen sollten entsprechende Leitlinien formuliert werden, sodass Strategie- und Regulationsmodelle in direkter Rückkopplung zu Monitoring- und Evaluationsergebnissen von Schlüsselindikatoren weiterentwickelt werden können.

Dieser Ansatz sollte standardmäßig am Grundsatz der Vorsorge ausgerichtet sein. Das gilt vor allem dann, wenn die Aussagekraft über existierende Strategien nicht ausreichend ist oder besondere, überdurchschnittliche Risiken ermittelt werden. Neue Ansätze werden sich folglich zu Beginn erst in Richtung strengerer und einschränkender Regulierung orientieren und erst nach und nach Ansätze mit weniger starken Einschränkungen berücksichtigen. Ein vorbeugender und Schritt für Schritt vorgehender Ansatz schafft die Voraussetzung für ein enges Monitoring der vorrangigen Anliegen, wie der Verfügbarkeit für Jugendliche, einer Steigerung von risikobehaftetem Verhalten oder anderer

spezifischer gesundheitspolitischer Anliegen. Sollten solche Probleme auftauchen, könnten Strategien zurückgezogen, angepasst und verändert sowie alternative oder zusätzliche Regulierungsinstrumente eingesetzt werden.

Ein solcher Ansatz hat darüber hinaus einen Demokratisierungseffekt, da er eine größere Einbindung der Zivilgesellschaft in die Entwicklung von politischen Strategien ermöglicht. Er verringert auch teilweise Befürchtungen, sämtliche Drogen könnten „über Nacht“ überall verfügbar werden. Zu verdeutlichen, dass Strategien verantwortungsvoll und umsichtig entwickelt werden, sich dabei sowohl auf nachgewiesene Effektivität gründen als auch sensibel sind für legitime Befürchtungen und Bedenken, bietet die Chance, eine breitere Basis an politischer und öffentlicher Unterstützung für eine programmatische Reform zu gewinnen. Ein solcher umsichtiger und bedächtiger Ansatz hilft auch, Kritikern zu begegnen, die die Entwicklungen hin zur Regulierung als „Lotteriespiel“, als nicht wissenschaftlich begründet und „gefährlich“ ansehen.

Nützlich in diesem Zusammenhang sind einige der eher umstrittenen Entwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte im Bereich der Risikominderung (*Harm-reduction*), wie Spritzentausch, Drogenkonsumräume oder die Verschreibung von Opiaten. Aufgrund der politisch stark aufgeladenen Stimmung rund um das Thema Drogen waren diese Interventionen beispielloser Regulierung und rigider Prüfung unterworfen. Besonders aufmerksam beobachtet wurden einerseits ihr tatsächliches Potenzial der Schadensminimierung und zum anderen die erheblichen Bedenken, sie könnten auf irgendeine Weise den Drogengebrauch fördern. Die Reaktionen auf derartig rigide Prüfungen haben gezeigt, wie man effektive Interventionsleitlinien entwickeln, mit Bedenken der Öffentlichkeit behutsam umgehen und sensationslüsterner Medienberichterstattung intelligent begegnen kann und so politischen Gegnern der Wind aus den Segeln nimmt

Die Bausteine, mit denen eine Veränderung Schritt für Schritt realisiert werden kann, entsprechen im Prinzip der in Kapitel zwei und drei beschriebenen Bandbreite an regulierenden Instrumenten. Dabei ist es möglich, von einem höheren Grad an Regulierung zu einem geringeren

zu gelangen. Erreicht werden kann das durch Kontrolle der Verfügbarkeit, und zwar:

a) durch Einsatz der verschiedenen Kontrollmaßnahmen bei Händlern, Käufern und Produkten oder
b) durch den Einsatz dieser Maßnahmen in unterschiedlichen Intensitätsgraden.

Langfristiges Ziel dabei ist es, von einer gesetzlichen/administrativen Kontrolle zu einer sozialen zu kommen, wo immer das möglich ist.

Die verschiedenen Länder werden unterschiedliche Ansätze wählen und auch ihre Strategien und gesetzlichen Regelungen unterschiedlich entwickeln. Die Herausforderungen an die einzelnen Länder werden unterschiedlicher Art sein, je nach dem, ob es sich um ein Produktions-, Transit-, oder Konsumland handelt. Auch entscheidend sind ökonomischen Ressourcen, politische Stabilität, Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Strafjustiz und die Frage, ob ein Land geographisch abgelegen und eher isoliert ist oder lange Grenzen mit dicht bevölkerten Staaten teilt.
Wahrscheinlich wird Cannabis die erste Droge sein, für die regulierende Modelle ernsthaft erwogen werden. Die Gründe hierfür sind:

- Es ist mit Abstand die am weitesten verbreitete illegale Droge.
- Es existieren bereits bewährte und effektive Modelle für die Regulierung von Produktion und Angebot.
- Die öffentliche Meinung unterstützt prinzipiell eine Reform und den Anbau.[24] In vielen Ländern nähert man sich einer unterstützenden Mehrheit oder hat dies bereits erreicht.

Am anderen Ende des Spektrums, im Bereich des problematisch abhängigen Gebrauchs von Opiaten und Stimulanzien, werden wahrscheinlich rezeptbasierte, medikamentöse Substitutionsmodelle weiterentwickelt und ausgeweitet. Diese Modelle können sich auf bereits etablierte, funktionierende und effektive Ansätze aus vielen Ländern stützen. Diese zwei aufkommenden Trends formen bereits dadurch einen andauernden, an der Praxis orientierten Reformprozess, dass sie die Bereiche angehen, in denen die praktische Notwendigkeit dazu durch

24 R.Newcombe, *„Attitudes to drug policy and drug laws; a review of the international evidence“,* Transform Drug Policy Foundation. 2004.

die ungeheuerlichen Folgen der Verbote am dringendsten ist – in Bezug auf die Menge der konsumierenden Bevölkerung (Cannabis) und die insgesamt verursachten Schäden (unkontrollierter Gebrauch/Abhängigkeit).

Innerhalb einer weit gefassten Gruppierung ähnlicher Drogen – Stimulanzien, Beruhigungsmittel oder Halluzinogene (siehe Kapitel 5) – könnte man vernünftigerweise erwarten, dass Pilotprojekte zur regulierten legalen Verfügbarkeit sich zunächst auf Drogen konzentrieren, die am wenigsten mit persönlichen und gesellschaftlichen Schäden und Kosten in Verbindung gebracht werden *(siehe 4.2).* Vergleichbar könnten Darreichungsformen mit geringerem Wirkstoffgehalt und für risikoärmere Konsumformen in einem ersten Schritt verfügbar gemacht werden. „Magic"-Psilocybin-Pilze könnten z. B. zunächst offen zugänglich sein im Gegensatz zu LSD, Opium im Gegensatz zu pharmazeutischen Opiaten sowie oral konsumierte Stimulanzien mit geringerem Wirkstoffgehalt im Gegensatz zu Kokain (Pulver) oder Methamphetamin.

4.2 Die Erfassung und Einordnung von durch Drogen verursachten Schäden

Der Ansatz, durch Drogen verursachte Schäden zu bemessen und einzuordnen, verfolgt zwei Hauptziele. Erstens dient diese Art von Einschätzung der Information politischer Entscheidungsträger. Sie sollen so effektive, passgenaue und angemessene strategische Antworten auf verschiedenste durch Drogen verursachte Schäden entwickeln können, um diese besser bewältigen und reduzieren zu können. Dies ist ein fundamentaler Baustein zur Entwicklung eines effektiven Regulierungssystems, wobei es unvermeidbar zu einem gewissen Ausmaß an Verallgemeinerung über Gruppen hinweg kommt. Zweitens soll damit das Wissen von Einzelpersonen über drogenbezogene Risiken und Schäden erweitert werden, damit diese informierte und verantwortungsvolle Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden treffen können. Das allerdings erfordert differenziertere und individueller ausgerichtete Informationen.

Ein angemessener Umgang mit diesen Fragen erfordert zwei wichtige Unterscheidungen. Zuerst einmal müssen die direkten Schäden für die einzelnen Drogengebraucher unterschieden werden von den sekundären, gesellschaftlichen Schäden bei Dritten, die als Folge des individuellen Konsums auftreten.

Dann sollten, zweitens, Schäden, die dem Drogengebrauch an sich folgen (sowohl primäre als auch sekundäre) von Schäden unterschieden werden, die durch das politische Umfeld entstehen oder verschlimmert werden. Die vorherrschenden Untersuchungen, die als Informationsquelle der politischen Entscheidungsträger dienen, berücksichtigen diesen ersten Gesichtspunkt (Unterscheidung zwischen gesundheitlichen und sozialen Schäden) recht gut, scheitern aber beim zweiten (Unterscheidung zwischen durch Drogen versus durch Politik verursachten Schäden). Sie vermischen die beiden Erfassungansätze und bringen sie durcheinander, indem sie häufig durch Verbote oder die durch Schwarzmärkte bedingten Schäden den Drogen oder standardmäßig Drogengebrauchenden zuschreiben. Dies wiederum hält die Rückkopplungsschleife aufrecht, aufgrund der von je her genauere Überprüfungen der Verbotsstrategie unterblieben.[25]

Es sind bereits einige Anstrengungen unternommen worden, um das Geflecht von durch Drogen und Politik verursachten Schäden zu lösen. Aber dies bleibt ein Bereich, in dem weitere detaillierte Analysen und Auseinandersetzungen notwendig sind. Die Veröffentlichung *„After the war on drugs: Option for Control“*[26] von Transform (2004) beschreibt die sechs hauptsächlich durch die Verbotsstrategie geschaf-fenen Schäden (jeder wird wiederum in Subkategorien unterteilt):

1. „Schaffung von Kriminalität“;
2. „eine Krise im Strafrechts- und Gefängnissystem“;
3. „Milliarden an verschwendeten Ausgaben und verlorenen Steuereinnahmen“;
4. „das Untergraben der öffentlichen Gesundheit und die Maximierung von [gesundheitlichen] Schäden“;

[25] Für eine detailliertere Aufschlüsselung der Schäden duch Drogengebrauch und Schäden durch Drogenpolitik siehe: *“A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and Regulation of Drugs”*, Transform Drug Policy Foundation, 2009.

[26] *„After the war on Drugs: Options for Control“*, Transform Drug Policy Foundation, 2004, Seite 9.

5. „Destabilisierung von Produktionsländern“;
6. „Untergraben von Menschenrechten“.

Entsprechend unterscheidet der Transform-Bericht zwischen den Zielen der drogenpolitischen Reformbewegung, nämlich dem Ziel der Verringerung oder Beseitigung der Schäden, die speziell durch die Verbotsstrategie und die Schwarzmärkte geschaffen oder verstärkt werden, und den eher klassischen Zielen einer effektiven Drogenpolitik, nämlich der Verringerung oder Beseitigung der gesamten Bandbreite direkter und indirekter Schäden, die mit Drogengebrauch und Drogenmissbrauch im Zusammenhang stehen.

Eine umfassendere Systematisierung von durch Drogen verursachten Schäden, *„taxonomy of drug-related harms“*, wurde von MacCoun und Reuter[27] erstellt, die 46 bekannte, drogenbezogene Schäden in vier allgemeine Kategorien aufteilen: „Gesundheit“, „Soziale und ökonomische Funktionalität“, „Sicherheit und öffentliche Ordnung“, „Strafjustiz“. In tabellarischer Form benennen sie sechs Bevölkerungsgruppen („Konsumenten“, „Dealer“, „Vertraute“, „Arbeitgebende“, „Nachbarschaft“ und „Gesellschaft“) und ordnen zu, welche Gruppe welche entsprechend gelisteten „Schäden verusacht“. Entscheidend ist dabei eine weitere Spalte, in der sie aus einer Liste mit drei Optionen die „primäre Ursache des Schadens“ für die jeweilige Bevölkerungsgruppe benennen: „Gebrauch“, „illegaler Status“, „Strafverfolgungsbehörden“ (den Sparten illegaler Status und Strafverfolgungsbehörden werden allein 36 der Schäden zugeordnet).

Die Aufgabe, durch Drogen verursachte Schäden zu erfassen und einzuschätzen, wird deutlich erschwert durch die große Anzahl an Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt. Diese Faktoren unterliegen ständigen Veränderungen. Das macht den Versuch, durch Drogen verursachte Schäden und Risiken zu beschreiben und zu kategorisieren, zu einer komplexen Herausforderung.

Weltweit basieren die Strategien zurzeit darauf, durch illegale Drogen verursachte Schäden in eine Rangfolge von drei bis fünf verschiedenen Stufen einzuteilen (zum Beispiel die A-B-C-Klassifikation im Vereinigten

[27] R. MacCoun, P. Reuter, *„Drug War Heresies“*, Cambridge University Press, 2001, Seite 106.

Königreich, das I-IV-Einteilungssystem der USA). Obgleich diese Systeme eine gewisse Handhabbarkeit ermöglichen, sind sie meist widersprüchlich und auch zu vereinfachend. Auf der praktischen Ebene stützen sie sich auf Verallgemeinerungen, versäumen es irritierenderweise, legale Drogen zu berücksichtigen und versäumen die Berücksichtigung von Mehrfachschädigungen. Dies hat ihre Nutzbarkeit wesentlich eingeschränkt – als Instrument der Strategieentwickelung und auch als Hilfe für einzelne Drogengebraucher, die bewusste Entscheidungen für ihren persönlichen Drogenkonsum treffen wollen.

Bevor diese Punkte und deren Auswirkung auf Strategieentwicklungen detaillierter diskutiert werden, ist es sinnvoll, die ausschlaggebenden Kräfte hinter den speziell mit Drogengebrauch in Verbindung gebrachten Schäden zu analysieren, die von politischen Entscheidungsträgern berücksichtigt werden müssen (in Abgrenzung zu den Schäden, die mit Drogenpolitik in Verbindung gebracht werden).

4.2.1 Aufschlüsselung der durch Drogen verursachten Gesundheitsrisiken und -schäden

Die individuellen Gesundheitsrisiken/-schäden, die mit einer bestimmten Droge in Verbindung gebracht werden, lassen sich am besten in *Toxizität* und *Suchtpotenzial* aufgliedern. Suchtpotenzial bedeutet die Tendenz einer Droge, zur Abhängigkeit zu führen. Das Ausmaß an Risiken, also die gegebene Giftigkeit einer Droge zusammen mit der jeweiligen Tendenz, eine Abhängigkeit zu verursachen, wird dann weitergehend noch beeinflusst von verschieden möglichen Verhaltensweisen und individuellen Neigungen der jeweiligen Nutzenden. Diese können auf einer individuellen oder einer Gruppen- bzw. Untergruppenebene beschrieben werden

I Toxizität

Es ist notwendig, zwischen kurzzeitiger, akuter *Toxizität* (zum Beispiel bei Tod durch Atemstillstand aufgrund einer Heroinüberdosis) und langfristigen, chronischen Vergiftungserscheinungen zu unterscheiden (zum Beispiel bei Tod durch Leberzirrhose aufgrund jahrzehntelangem, exzessiven Trinkens).

Die akute *Toxizität* einer Droge ist abhängig von der Größe der Spanne zwischen dem Punkt, ab dem die Droge ihre Wirkung (bzw. die erwünschte Wirkung) für die Konsumierenden zeigt, und jenem, ab dem eine spezifische toxische Reaktion oder eine Überdosierung einsetzt. Eine solche toxische Reaktion kann lediglich unangenehme und vorübergehende Nebeneffekte bedeuten, wie Erbrechen, Schwindel, Bewusstlosigkeit, Schmerzen etc., oder aber eine Reihe ernsterer akuter Vorfälle, Gewebeschäden verschiedenster Art oder Tod.

Die vergleichbare Begrifflichkeit bei Medikamenten ist die *therapeutische Breite*, die das Verhältnis zwischen therapeutischer Dosis und toxischer Dosis beschreibt. Bei nicht medizinischen Drogen wird die akute Giftigkeit einer bestimmten Droge oft über das Verhältnis zwischen einer tödlichen und der üblichen bzw. wirksamen Dosis angegeben. Je kleiner die Spanne zwischen wirksamer und toxischer Dosis ist, als desto toxischer wird eine Droge eingestuft. Darüber hinaus gibt es weitere Methoden zur Bestimmung der Toxizität, so z. B. die Bestimmung der fast tödlichen giftigen Wirkungen. Diese Bestimmungsmethoden sind eindeutig und verhältnismäßig einfach.

Bei der Einschätzung von Drogen jedoch wird die akute Giftigkeit einer Droge beeinflusst durch eine Reihe von Verhaltensvariablen – am offensichtlichsten durch die Konsumform und den Mehrfachkonsum. Die individuelle Toleranzentwicklung kommt als weitere Einflussgröße hinzu.

Im Gegensatz dazu lassen sich langfristige und chronische Vergiftungserscheinungen nicht vergleichbar einfach messen – das gilt vor allem für neue oder gerade aufkommende Drogen. Es ist vor allen Dingen schwierig, individuelle Ursache-Wirkungs-Ketten im Umfeld verschiedener möglicher Lebensstile und Mehrfachkonsumgewohnheiten zu erkennen. Selbst wenn glaubwürdige Schätzungen oder Messungen von langfristigen Folgen gemacht werden können, stellt sich das Problem, dass sich die Einschätzungen der Drogen nach akuten und chronischen toxischen Auswirkungen nicht notwendigerweise ent-sprechen.
Folglich können Drogen nicht immer sinnvoll in Gruppen zusammengefasst werden. Es ist zum Beispiel schwierig, das Rauchen von Tabak mit Opiatgebrauch zu vergleichen: Während das Erste ein geringes akutes, dafür aber ein hohes chronisches Risiko bedeutet, zeigt das Zweite ein hohes akutes und ein geringeres chronisches Risiko auf.

II Sucht/Abhängigkeit

Historisch gesehen war die politische Debatte über durch Drogen verursachte Schäden bestimmt vom Konzept der Sucht. Die ursprünglichen Klassifizierungen wurden in der *Single Convention* 1961 formuliert, das als Modell der meisten folgenden nationalen Klassifizierungssysteme diente. Diese Einschätzungen stützten sich zu einem großen Teil auf ein zur Zeit des Entwurfs vorherrschendes Verständnis von Sucht , also das in den 1940er- und 1950er-Jahren.

Drogensucht oder Drogenabhängigkeit, wie sie heute im Allgemeinen verstanden wird, lässt sich als Konzept nur schwer im Detail definieren, und es lässt sich dazu nur schwer eine Übereinstimmung erzielen. Die Kriterien der WHO (ICD) und der *American Psychiatric Association* (DSM) kommen dem wahrscheinlich am nächsten. Das Thema bleibt aber weiterhin Quelle endloser Auseinandersetzungen – nicht weniger als der Fakt, dass Sucht gemeinhin als psychische Störung definiert wird. Größere Einigkeit besteht hingegen bei den physiologischen Bestandteilen von Drogenabhängigkeit, die über chemische Abläufe im Gehirn beschrieben werden (Neurotransmitter/Botenstoffe, Rezeptoren etc.). Diese physiologischen Grundlagen sind in der medizinischen Literatur des letzten Jahrhunderts sehr gut beschrieben (zumindest in Bezug auf gängige Drogen, wenn nicht sogar für jüngst aufgekommene) und sind mittlerweile gut erfasst.

Es ist sowohl möglich als auch sinnvoll, den Grad zu messen und zu klassifizieren, zu dem eine bestimmte Droge mehr oder weniger in Zusammenhang mit Toleranzentwicklung und bestimmten Entzugssymptomen steht. Ein weiterer physiologischer Gesichtspunkt der Drogenwirkung, die die Abhängigkeit beeinflusst, ist die Halbwertszeit, die bemisst, wie lange die Droge wirkt. Kurze Wirkungsdauern führen zu eher häufiger wiederholtem Konsum. Das Erleben zu Beginn des Rauschzustands, der „Kick“, und das Erleben nach dem „Kick“ - also das subjektive positive Empfinden, das mit dem Drogengebrauch verbunden wird – sind ebenfalls wichtige Faktoren. Sie sind jedoch schwerer objektiv zu bestimmen und hängen zudem in großem Maße von der Drogenaufbereitung, -dosierung und -konsumform ab.

Während jedoch die physiologischen Faktoren der Drogenwirkung und entsprechender Abhängigkeit erfasst und eingeschätzt werden können,

verkomplizieren sich die Dinge enorm, wenn in der Frage der Abhängigkeit der Blick auf die einzelnen Konsumierenden und die Bandbreite an psychosozialen Faktoren fällt, die mit den physiologischen Prozessen zusammenspielen. Dieses Zusammenspiel schafft abhängigkeitsbezogene Verhaltensweisen, die die Aufmerksamkeit von politischen Entscheidungstragenden und Dienstleistenden erfordern. Die psychosozialen Einflüsse auf eine bestimmte Droge bzw. die Elemente einer Abhängigkeit, die sich auf diese beziehen, sind weitaus schwieriger zu bemessen und einzuschätzen und in der Fachliteratur weitaus umstrittener. Psychologische Abhängigkeit zum Beispiel, also „Sucht“, wird mittlerweile auch mit Sex, Einkaufen, Wetten, dem Internet usw. in Verbindung gebracht.[28]

Diese psychosozialen Bestandteile sind bei der Beurteilung von Verhalten jedoch nachweisbar nicht weniger wichtig und ausschlaggebend. Einige Drogen, die ein vergleichbar gemäßigtes oder niedriges physiologisches Abhängigkeitspotenzial haben, werden immer wieder mit einer starken psychologischen Abhängigkeit in Verbindung gebracht – Kokain ist dafür ein offensichtliches Beispiel. Ob physiologische und psychologische Abhängigkeit in der Einschätzung einer Droge zusammengenommen werden sollte, bleibt ein strittiger Punkt – genauso wie die Frage, ob der Begriff „Sucht“ weiterhin sinnvoll ist im Vergleich mit Formulierungen wie „dysfunktionaler, problematischer oder abhängiger Gebrauch“.

III Individuelle Veranlagungen

Auch wenn die verschiedenen Größen der oben beschriebenen drogenbedingten Schäden in ihrer Bedeutung gemessen und eingeschätzt werden können, bleiben doch Probleme mit Blick auf die Bevölkerung generell.

Ganz besonders die Risikobestimmung ist schwierig wegen der großen Breite an psychologischen und physiologischen Voraussetzungen bei den einzelnen Drogengebrauchern. Schlüsselgrößen sind u. a. der grundsätzliche psychische und physische Gesundheitszustand und das Alter (junge und alte Personen sind anfälliger). Besondere Gegeben-

[28] There is useful discussion of the issues around how addiction is conceptualised in B. Alexander, “*The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty in the Spirit*”, Oxford University Press, 2008

heiten des psychischen und physischen Zustandes können wesentlichen Einfluss auf das persönliche Risiko haben. Ebenso können pharmakogenetische[29] Faktoren die Anfälligkeit für bestimmte drogenbedingte Schäden bei bestimmten Individuen auslösen.

IV Drogenzubereitung, Konsumart, Verbraucherverhalten

Es besteht bei allen Drogen ein klarer Zusammenhang zwischen Dosierung und Risiko. Das bleibt in generalisierten Kategorisierungen und Klassifizierungen von Drogenschäden weitgehend unberücksichtigt.
Natürlich ist eine kleine Dosis einer Droge der Klasse A oder Liste 1 nicht so riskant wie eine große Dosis einer geringeren Listenstufe.

Der Wirkstoffgehalt einer Droge ist ebenfalls ein Risikofaktor. Allerdings werden gerade die Risiken wegen unbekanntem Wirkstoffgehalt und besonders wegen unerwartet hohem Wirkstoffgehalt in einem regulierten Markt mit standardisierten Produkten und Beipackzetteln weitgehend beseitigt sein. Das Risiko durch unbekannten Wirkstoffgehalt ist sicher überbewertet. Wir gehen davon aus, dass Drogengebraucher ihr Risiko durch vernünftige Dosierung unter Kontrolle halten werden, wenn sie über die notwendigen Informationen zur Dosierung verfügen, oder dass sie selbst dosieren, um den von ihnen gewünschten Grad an Intoxikation zu erreichen.

Weitere ganz wichtige Größen bei der Risikobestimmung sind die Art der Zubereitung der Drogen, die Art der Einnahme bzw. Zuführung sowie die räumliche und soziale (gemeinsam mit anderen Konsumenten) Situation des Konsumvorganges.
Ganz einfach beschrieben hier am Beispiel von Drogen auf Kokabasis:
Die Spanne reicht vom Kauen des Kokablattes über kokahaltige Getränke und geschnupftes Kokapulver bis zu gerauchtem Crack/Kokain. All diese Verabreichungsformen sind Kokakonsum – jedoch mit sehr unterschiedlichen Risikograden.

[29] Die *Pharmakogenetik* befasst sich mit dem Einfluss der unterschiedlichen genetischen Ausstattung von Patienten auf die Wirkung von Arzneimitteln. Sie erlaubt Vorhersagen über die fallspezifische Wirkung eines Arzneimittels, was eine näher an den individuellen Bedarf eines Patienten angepasste Dosierung ermöglicht und relative Überdosierungen vermeiden hilft. (wikipedia)

Übersicht der Risikofaktoren für gebräuchliche Konsumformen:[30]

INJIZIEREN

Die riskanteste Konsumform. Der Konsument ist der ganzen Dosis unmittelbar ausgesetzt und damit in Gefahr einer Überdosierung. Zusätzlich birgt der Spritzvorgang Verletzungsrisiko und Infektionsgefahr.

RAUCHEN/INHALIEREN

Die Drogenwirkung setzt nur geringfügig verzögerter ein als beim Injizieren. Diese Konsumform ermöglichst ein größeres Maß an Kontrolle einer evtl. Überdosierung und Vergiftung und verringert somit das Risko der Überdosierung. Es besteht jedoch ein zusätzliches Risiko chronischer Schädigung der Lungen. Letzteres kann erheblich gesenkt werden,[31] wenn die Drogen in vaporisierter Form inhaliert werden, anstelle als Rauch aus einem Verbrennungsprozess.

SNIEFEN/CHINESEN

Drogen in Pulverform können minutenlang durch die Nase eingezogen und über die Nasenschleimhäute absorbiert werden. Diese Konsumform ist im Gegensatz zu den Sekunden des Injizierens von geringerer Intensität und erlaubt bis zu einem gewissen Grad Kontrolle über die Dosierung. Das Risiko für chronische Schäden der Nasenhäute ist mäßig.

ORALE DROGENAUFNAHME

Die oral konsumierte Droge wird über einen längeren Zeitraum im Darm absorbiert (eine Stunde oder länger), und der Darm ist recht gut in der Lage, mit Substanzen aller Art umzugehen.[32] Die langsamere Abgabe oral konsumierter Drogen an den Körper bedeutet generell ein geringeres Risiko als die entsprechenden schnelleren Formen der Drogenzufuhr, denn der Belastungsgrad (Blutspiegel) ist zu jeder Zeit geringer, auch wenn die Zeitdauer der Belastung und der Intoxikation verlängert ist.

---

[30] Weniger gebräuchliche Konsumformen sind z.B. Hautpflaster (wie sie auch in der Medizin bei Nikotinentwöhnung benutzt werden) und Zäpfchen, die fast ausschliesslich im medizinischen Bereich eingesetzt werden.

[31] Inhalatoren auf Rezept sind ein bekanntes Beispiel dafür, wie eine Droge über die Lungen aufgenommen werden kann ohne das Risiko der Lungenschädigung durch Rauch. Vaporiser werden auch häufig beim Cannabis-Konsum benutzt

[32] Inklusive eines Abwehrmechanismus durch Erbrechen.

Einige Drogen wie Tabak und Kokablätter werden längere Zeit im Mund behalten und über das Zahnfleisch aufgenommen.

4.2.2 Sekundäre soziale Risiken/Schäden

Trennung von drogenbedingten Schäden und drogenpolitisch bedingten Schäden

Abwägungen der Sekundärrisiken und –schäden wie z. B. das Erfassen von Gesundheitsrisiken und –schäden durch Drogengebrauch werden durch Einflüsse des jeweiligen drogenpolitischen Umfeldes erschwert. Vertreter der reformorientierten Seite berufen sich im Wesentlichen auf die Beobachtung, dass gesundheitliche wie soziale Risiken/Schäden im Umfeld von illegalem Anbau, Vertrieb und Konsum eher steigen. Es ist zwar eine komplexer Prozess nötig, diese Risiken und Schäden im Einzelnen herauszufinden, der wichtigste Gesichtspunkt lässt sich aber gut mit einem Beispiel aus dem realen Leben illustrieren.

Vergleichen Sie zwei injizierende Heroinkonsumenten:

→ Der *Erste* finanziert seine illegale Sucht mit Einbruchsdiebstählen in großem Umfang und Straßenprostitution. Er konsumiert „Straßenheroin“ (Reinheitsgrad und Konzentration unbekannt), benutzt schmutzige, vielfach geteilte Nadeln, und er konsumiert in ungeschützter Umgebung. Er bezieht seinen Stoff von einer kriminellen Infrastruktur, die bis zum illegalen Anbau in Afghanistan zurückverfolgt werden kann. Er ist infiziert mit HIV und Hepatitis C und hat ein umfangreiches, stetig wachsendes Strafregister.

→ Der *Zweite* konsumiert legal hergestelltes und verschriebenes Heroin in einem überwachten klinischen Setting. Er kennt Reinheitsgrad und Stärke des Heroins und benutzt steriles Injektionszubehör. In keinem Stadium der Herstellung, des Vertriebs und des Konsums der Droge sind Kriminalität, Profitgier oder Gewalt involviert. Es gibt kein Risiko der Ansteckung mit blutübertragbaren Infektionskrankheiten, die Wahrscheinlichkeit einer Überdosis ist sehr gering, und es sind keine Vergehen zur Finanzierung des Konsums nötig.

Dieses Beispiel ist kein spekulatives Modell, vielmehr existieren beide Arten von Drogengebrauchern, wie hier beschrieben, nebeneinander in denjenigen Ländern, die parallel zum illegalen Markt die legale Heroin-

verschreibung als Erhaltungstherapie anbieten. Ähnliche, wenn auch weniger dramatische Vergleiche lassen sich für die meisten Drogen anführen.

Zur Beschleunigung des drogenpolitischen Diskurses sind die Anstrengungen zur Unterscheidung der drogenbedingten Schäden von den drogenpolitisch bedingten extrem wichtig. Gleichzeitig gibt es nachweisbare soziale und sekundäre Schäden/Risiken im Zusammenhang mit Drogenkonsum. Sie ergeben sich direkt aus der Wirkweise bestimmter Drogen, den mit der Intoxikation verbundenen Verhaltensweisen, der Neigung zur Abhängigkeit und den aus abhängigkeitsbedingtem Verhalten entstehenden Schäden. Die Academy of Medical Sciences in England benennt als mögliche soziale Schäden infolge Drogengebrauchs:[33]

- Mangel und familiäres Elend als Ergebnis von Arbeitslosigkeit/ Verlust des Einkommens, Verlust von Arbeitstagen, Verwahrlosung der Familie/des Abhängigen, Missbrauchsrisiko.
- Mit dem Drogenkonsum einhergehende Kriminalität und damit verbundene Unruhe im öffentlichen Raum, Probleme mit Vorstrafen und Belastung des Justizsystems inklusive der Haftanstalten.
- Belastung der Drogenhilfe-Einrichtungen und der zuständigen sozialen Dienste.

Zusätzlich sollten auch Risiken/Schäden im Zusammenhang mit Autofahren, der Bedienung von Maschinen oder ähnlichen Tätigkeiten unter Drogeneinfluss erwähnt werden.

4.2.3 Feinabstimmung drogenpolitischer Argumentation und Kommunikation

Mitunter ist es nötig, die bevölkerungsrelevanten Schäden einer bestimmten Droge zu generalisieren. Es kann z. B. helfen, eine drogenpolitische Prioritätenliste zu erstellen. Allerdings ist Generalisierung nicht immer der richtige Weg für präzise drogenpolitische Reaktionen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen oder Individuen.

[33] "*Brain Science, Addiction and Drugs*", UK Academy of Medical Sciences, 2008, Seite 88

Der derzeitige Forschungsstand zu drogenbedingten Schäden ermöglicht Generalisierungen auf der Basis der verfügbaren Bewertungen und Klassifizierungen. Wenn aber nuanciertere Stellungnahmen erforderlich sind, helfen Generalisierungen nur bedingt. Hier versuchen wir, einige Faktoren darzustellen, die eine differenziertere Argumentation erlauben. Diese Faktoren sind nachweislich in den bestehenden generalisierten, drei bis vier abgestuften Systemen nicht berücksichtigt.

Solche Systeme sind immer wieder zu vereinfacht und nehmen Verhaltensweisen von kleineren Bevölkerungsgruppen nicht zur Kenntnis, demzufolge haben sie auch keine Antworten darauf. Außerdem bündeln sie eine Reihe von Schadensmerkmalen, deren Klassifizierungen offensichtlich unterschiedlich sind. Das führt zu einer drogenpolitischen Einstellung nach dem Motto „Droge A ist riskanter als Droge B“, obwohl solche Aussagen meist bedeutungslos sind, wenn man sie auf das alltägliche Verhalten und die Erfahrung des einzelnen Konsumenten überträgt.
Was die Bildungsarbeit zur öffentlichen Gesundheit angeht, benötigen alle jetzigen, früheren und möglichen späteren Drogengebraucher auf sie persönlich zugeschnittene Informationen über die Risiken des Drogenkonsums und mögliche Schäden; dasselbe gilt für Menschen, die keine Drogen konsumieren. Solche Informationen sollten auf die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedensten Menschen eingehen, z. B. jene:

- eines gesunden 18-Jährigen, der neugierig auf Ecstasy ist;
- eines 26-jährigen Cannabiskonsumenten mit Vorgeschichte einer Psychose;
- eines 36-jährigen Diabetikers, der den Konsum von Kokain erwägt;
- eines 66-jährigen Bluthochdruckpatienten mit Alkoholproblemen.

Wirklich jeder Konsument muss die Risiken verstehen können, denen er sich persönlich mit dem Konsum einer bestimmten Droge aussetzt; und zwar hinsichtlich einer bestimmten Dosis, einer bestimmten Konsumfrequenz, einer bestimmten Einnahmeform, einer bestimmten Konsumsituation[34]. Dies ist die zentrale - und keinesfalls unmögliche – Heraus-

[34] Sie brauchen ausserdem Informationen über Warnsignale dafür, dass ihr Konsum, oder der eines Peers, problematisch ist oder beginnt problematisch zu werden; über eine angemessene Reaktion darauf und Zugang zu Hilfe und Behandlung.

forderung an die Erziehung, sei es in Schulen oder Hochschulen, sei es mittels Websites oder Broschüren, sei es durch Plaktaktionen oder TV-Spots.

Die oben beschriebene Komplexität muss einer breiten Bevölkerung zugänglich, nachvollziehbar und verständlich gemacht werden.
Insbesondere müssen die Personen und Gruppen angesprochen werden, deren Anfälligkeit für drogenbedinge Schäden am größten ist und die oft am schwersten zu erreichen sind.
Eine detaillierte Ausführung dazu, wie diese Aufgabe am besten zu bewältigen ist, sprengt den Rahmen dieses Buches. Aus der Diskussion zuvor ergibt sich aber eindeutig, dass die Schlüsselfaktoren bzw. –merkmale drogenbedingter Schäden einzeln gelistet, bewertet und klassifiziert werden müssen. Dazu gehören:

- akute und chronische Toxizität;
- Neigung zur Abhängigkeit (physisch und psychisch);
- Fragen der Dosis, der Konsumfrequenz, der Zubereitung und der Einnahmeform;
- individuelle Risikofaktoren (inklusive körperlicher und geistiger Gesundheit);
- Alter und Pharmagenetik;
- Verhaltensfaktoren einschließlich des Konsum-Settings und Mehrfachkonsums.

4.3 Gesetzgebung global, national und lokal

Aus der bisherigen Argumentation ergibt sich die Notwendigkeit einer ganzen Reihe drogenpolitischer Entscheidungen und neuer Gesetze. Dabei muss man auf jeden Fall beachten, auf welcher politischen Ebene solche Gesetze entstehen sollten. Grundsätzlich besteht kein wesentlicher Unterschied zu ähnlichen Themen auf anderen Schauplätzen der Sozialpolitik und Sozialgesetzgebung im Zusammenhang mit derzeit legalen medizinischen und nicht medizinischen Drogen. Davon ausgehend machen wir hier Vorschläge, wie neue Drogengesetze geschaffen und der Umgang damit integriert werden könnten in eine Reihe

politischer Gremien und und zur Umsetzung, begonnen auf der internationalen Ebene bis hin zur kleinsten lokalen.

Die verschiedenen Abteilungen der UN blieben weiterhin verantwortlich für Fragen der Menschenrechte und des Handels auf internationaler Ebene.
Sie böten das Fundament, die grundsätzlichen Regeln und den Rahmen für das Handeln der einzelnen Staaten. Sie gäben Anleitung und wären zentrale Stelle für die internationale Drogenforschung und Sammlung relevanter Daten. Zur Rolle der UN gehörten in diesem Szenario die Aufsicht über die Wahrung der Rechte souveräner Staaten ebenso wie über deren Verantwortung gegenüber Nachbarstaaten und der internationalen Gemeinschaft. Ergänzend dazu hätten sie die Aufsicht über den internationalen Markt nicht medizinischer Drogen. Dies liefe parallel zu ihrer bestehenden Kontrolle der Produktion medizinischer Drogen, Seite an Seite mit der *World Trade Organization* (WTO) und anderen Handelskontrollorganisationen und Handelsabkommen.

Die einzelnen Staaten könnten über ihre Drogenpolitik und das gesetzliche Regelwerk dafür demokratisch entscheiden. Diese Entscheidungen würden sich natürlich im Rahmen der internationalen Regelwerke, Richtlinien und Verantwortlichkeiten bewegen, wie sie von den Vereinten Nationen und den anderen internationalen Rechtsträgern bzw. von den Regionalregierungen aufgestellt wurden, zu denen die einzelnen Staaten gehören. Damit wären grundsätzliche Standards der Rechtsprechung und der Menschenrechte gesetzt, die als Grundlinie Folgen für den Einsatz von Sanktionen gegen Drogengebraucher hätten, obwohl sie keinen Druck positiver oder negativer Art zu Fragen des legalen Zugangs bzw. Vertriebs oder des Drogenhandels im Lande selbst ausüben.

Lokale und städtische Regierungen könnten die Details zu Fragen der Regulierung, der Lizenzvergabe und der Durchsetzung auf ihrer Ebene festlegen. Dies im Rahmen der Parameter und Ziele, die von den nationalen Regierungen vorgegeben sind, und unter Berücksichtigung der weiter gefassten internationalen Gesetzgebung.

Vergleichbare Rahmenbedingungen existieren bereits in einigen Ländern in Bezug auf Lizenzvergabe und Verkauf von Alkohol. So müssen zum Beispiel in England alle lizenzgebenden Behörden Lizenzen im

Unterhaltungsgewerbe alle drei Jahre überprüfen. Im gleichen Turnus müssen sie sich abstimmen mit den Chefs der Polizei, der Feuerwehr sowie mit Vertretern der Lizenznehmer und Vertretern der lokalen Geschäftsleute und der Anwohner.

In den USA wird die Alkoholpolitik weitgehend von den einzelnen Bundesstaaten geregelt. Innerhalb ihrer Grenzen kontrollieren sie Herstellung, Großhandel und Einzelhandel. Die Bundesregierung reguliert den Import und den zwischenstaatlichen Transport. Ähnlich haben einzelnen Staaten in den USA und Australien sehr unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Verfolgung von individuellem Gebrauch von Cannabis. Das reicht von der De-facto-Entkriminalisierung (oder Ordnungsstrafen) bis zur konsequenten Strafverfolgung.[35] Die Bundesstaatsmacht sieht sich in der Verantwortung für die meisten schweren Verbrechen, reagiert aber flexibel im Fall weniger schwerer Verbrechen oder Verstößen gegen das Zivilrecht im Bereich der einzelnen Bundesstaaten.

4.4 Effektive Forschung für effektive Strategien

In den letzten fünf Jahrzehnten war die Prohibition weltweit eine wichtige politische Strategie. Die Bedeutung der Prohibition war mehr Ergebnis einer Sehnsucht, sich einem als „teuflisch“ wahrgenommenen Problem klar entgegen zu stellen (und so sah auch ihre Umsetzung aus), als von dem Wunsch gesteuert, sich der großen Herausforderung zu stellen, direkt einen Komplex von gesundheitspolitischen und sozialen Fragen anzugehen. Diese Herangehensweise braucht Rechtfertigung, und das hat die Programme der Drogenforschung geprägt. Sie hat direkt und indirekt eine Verzerrung der Forschung einseitig hin zur Ermittlung von drogenbedingten Schäden bestärkt, damit unterstützt und rechtfertigt sie den strafenden Ansatz der Reaktion auf die „Bedrohung durch Drogen“.
Dieser Forschungsansatz, der klare Strafmaßnahmen rechtfertigen soll, führte gleichzeitig zur Vermeidung einer Strategieforschung, die der-

[35] Derzeit verhindern Bundes- und internationales Recht die Erkundung von Regulierungsmodellen für den nicht medizinischen Gebrauch.

zeitige Ergebnisse der Prohibition ernsthaft evaluiert und gründlich hinterfragt.
Daher ist ein klarer Richtungswechsel der Forschungsprogramme nötig: weg von der historischen Ausrichtung auf die medizinische Erforschung von Drogenabhängigkeit und Toxizität, hin zu einer ernsthaften Strategieforschung. Natürlich ist es weiterhin wichtig, drogenbedingte Schäden umfassend zu untersuchen und zu erfassen. Diese Untersuchungen müssen jedoch ergänzt werden durch sorgfältige Evaluation der Strategien, mittels derer solche Schäden gemindert werden sollen. Im Besonderen sind die Ergebnisse von Strategien und Alternativen zu vorhandenen Stategien sorgfältig zu erforschen und auszuwerten.

Dafür waren bisher weitgehend die Nichtregierungsorganisationen (NGOs) zuständig. Wenn Regierungen diesen Bereich unterstützten und selbst darin tätig würden, käme es zu einer Förderung der Entwicklung neuer Strategien der Drogenpolitik und zu Modifizierungen der bisher verfolgten. Das würde zu einer höchst effizienten Eingrenzung drogenbedingter Schäden führen, und zwar auf nationaler wie auf internationaler Ebene, kurzfristig und langfristig.

Forschungsprogramme für zwei Schlüsselthemen müssen aufgelegt werden:

1) Kritiker des prohibitionistischen Ansatzes argumentieren zu Recht mit großer Entschiedenheit, dass es starke Beweise für das völlige Scheitern dieses Ansatzes gibt und er kontrapoduktiv ist. Wenn jedoch eine politische Entwicklung in Gang gebracht werden soll, müssen diese Kritik und die zugrunde liegenden Analysen fest verankert werden in einem permanenten Forschungsprogramm, auf internationaler Ebene (UN) ebenso wie auf nationaler. Dort müssen alle Resultate der drogenpolitischen Strategien offen und sorgfältig ausgewertet werden und das auf der ständig zu aktualisierenden Grundlage vereinbarter Standards und einer Reihe vereinbarter Indikatoren/Maßstäbe für die Bewertung der Strategien. Wir sind immer noch ein gutes Stück entfernt davon, das auch nur annähernd zu erreichen.[36]

2) Parallel zu aussagekräftigeren Evaluationen und kritischer Auseinandersetzung mit den gegenwärtigen drogenpolitischen Strategien

[36] Siehe dazu auch: M.Trace, M.Roberts, A.Klein, *"Assessing Drug Policy; Principles and Practice",* Beckley Foundation, 2004.

bedarf es einer beträchtlichen Investition in die Erkundung alternativer Strategieansätze.
Diese Forschung kann auf bereits bewährte Instrumente der Analyse mehr spekulativer Art zurückgreifen; das sind zum Beispiel die vergleichende Kosten-Nutzen-Analyse und die Auswirkungseinschätzung.[37] Diese Methoden können laufende und erweiterte Pilotstudien zu Modellen regulierter Produktion und regulierten Vertriebs ergänzen. Unabhängige Forschungsinstitute mit Überblick über die Forschungsprogramme können auf staatlicher und UN-Ebene tätig sein. Sie leiten die Forschungsergebnisse an die relevanten Verantwortungsträger weiter.

4.5 Weiter reichende soziale, politische und ökonomische Auswirkungen

Illegaler Anbau und Handel haben eine Reihe von tiefgreifenden Konsequenzen für die soziale, politische und ökonomische Entwicklung der Hauptanbau- und Transitländer. Jeder Übergang zu regulierter Produktion innerhalb des Weltmarktes bedeutet für diese Länder entsprechend spürbare Auswirkungen. Generell müssen die Konsequenzen der globalen Prohibition für die Entwicklung ebenso wie die Auswirkungen einer Aufgabe der Prohibition mehr in den Fokus der Debatte um Regulierung rücken. Diese fokussierte bisher zu sehr auf die innerstaatlichen Interessen der Drogenkonsumenten in den Industrieländern. Bei der Betrachtung dieser Konsequenzen muss der Gesichtspunkt der Entwicklungspolitik weit mehr berücksicht werden.

Viele der Länder oder Regionen, die in Drogenanbau und -transit verwickelt sind, haben schwache oder chaotische Strukturen – sowohl was ihre Regierungen angeht als auch die Infrastruktur. Prominente Beispiele dafür sind gegenwärtig Afghanistan, Guinea-Bissau und Teile von Kolumbien. Verbote von Gütern, für die es eine große Nachfrage gibt, sind unausweichlich Anreiz für kriminelle Machenschaften und drängen Anbau, Produktion, Vertrieb und Gebrauch in eine illegale Parallel-

[37] Siehe dazu auch: *"A Comparison of the Cost-effectiveness of the Prohibition and the Regulation of Drugs",* Transform Drug Policy Foundation, 2009.

wirtschaft. Solch illegale Aktivitäten sind flexibel und opportunistisch, sie wählen natürlich Orte, die ihnen ein Minimum an Aufwand und Störung gewährleisten, daher die Vorliebe für geografische Randlagen und fragile, wirtschaftlich instabile oder gescheiterte Staaten.

Die Mehrzal der Drogenbauern passt nicht in das Stereotyp des Kartellgangsters, der an der Spitze der Pyramide illegalen Handels die Gewinne abgreift. Das illegale Personal besteht vielmehr aus Bauern und Arbeitern, die sich in armer, unterentwickelter und unsicherer Lebenssituation befinden.

Gesetzeswidrige Aktivitäten in großem Umfang können die Entwicklung eines Landes in eine Abwärtsspirale stürzen. In solch einer Abwärtsspirale werden bestehende Probleme verschärft und die Regierungsautorität weiter unterminiert durch Korruption und Gewalt im Land - die zwangsläufigen Begleiterscheinungen illegaler Drogenmärkte, die völlig unter der Kontrolle krimineller Profiteure sind.

Die Mehrzahl der Drogenanbauer passt nicht in das Stereotyp des Kartellgangsters, der an der Spitze einer Pyramide illegalen Handels sitzt und den Löwenanteil der erwirtschafteten Gewinne abgreift. Das illegale Personal besteht größtenteils aus Bauern und Arbeitern, die gemeinhin in armer, unterentwickelter und unsicherer Situation leben. Ihre Verwicklung in den illegalen Drogenhandel ist größtenteils begründet in „Not, nicht Gier“, ihre „Abwanderung in die Illegalität“[38] eine Reaktion auf Armut und begrenzte Möglichkeiten. So hat die UNODC beispielsweise für Myanmar konstatiert: *„Opiumanbau ist eher ein Signal der Armut als eines von Wohlstand“.*[39]

In dieser Diskussion müssen wir vor allem die Schäden hervorheben, die speziell durch den illegalen Charakter des Drogenhandels verusacht oder verschlimmert werden. Natürlich ist die Illegalität selbst direkte und unvermeidbare Folge eines ausschließlich auf Prohibition orientierten Ansatzes der Drogenkontrolle.

[38] M. Jelsma, “*Vicious Circle: The Chemical and Biological War on Drug”*, Transnational Institute, 2001, Seite26.
[39] “*Life in the Wa Hills: Towards Sustainable Developmen”*, UNODC Myanmar Country Office, 2006, Seite 3.

Die *Latin American Commission on Drugs and Democracy 2009*[40] hat fünf wesentliche Probleme benannt, die durch Prohibition, ihre Durchsetzung und den dadurch verursachten illegalen Handel entstehen:

1) Entwicklung paralleler Machtstrukturen in dafür anfälligen Gegenden von Staaten (Armenbezirke in großen Städten oder an deren Peripherie, Regionen tief im Landesinneren, Grenzbereiche und Amazonische Gebiete);
2) Kriminalisierung politischer Konflikte;
3) Korruption im öffentlichen Leben (vor allem Polizei, Justiz und Gefängniswesen);
4) Entfremdung der Jugend, besonders der armen Jugend;
5) Vertreibung von Bauern (mehr als zwei Millionen sind intern verdrängt, Tausende mehr sind Flüchtlinge vor der Drogenschlacht in Kolumbien) und die Stigmatisierung traditioneller Kulturbräuche (stigmatisiert ist auch der Kokaanbau, einer Hauptpflanze der Andenkulturen in Bolivien und Peru).
Diese Liste lässt sich ergänzen:

→ „Policy displacement“[41]: Hier verschiebt das politische Umfeld (anstelle von erwiesener Effektivität) den Fokus der Maßnahmen und Ressourcen geradezu dramatisch in Richtung auf kontraproduktive Zwangsmaßnahmen und Vernichtungsaktionen, und zwar auf Kosten der sozialen und ökonomischen Entwicklung. Fragen der öffentlichen Gesundheit im lokalen Bereich werden marginalisiert, dazu gehören auch problematischer Drogengebrauch und HIV/HCV-Infektionen im Zusammenhang mit Drogengebrauch.

→ Wo es entwicklungsfördernde Interventionen gibt, werden sie durch Ziele des Drogenkrieges verfälscht. Das heißt: Sie sind häufig inadäquat in der Größenordnung und nicht effektiv im Design und in der Umsetzung.

[40] *“Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shif”’*, Latin American Commission on Drugs & Democracy, 2009, Seite25.
[41] Ein Begriff, den der UNODC executive director für eine der “*unintended consequences”* des Drogenkontrollsystems einführte. Siehe: “*Making Drug Control ‘fit for Purpose’*; *Building on the UNGASS decade”*; UNODC, 2008

→ Umweltzerstörung – zum Beispiel die Entwaldung Kolumbiens für illegalen Koka-Anbau und Kontamination als Folge von „wilder“ Koka-Verarbeitung.

→ Direktes Anheizen des Konfliktes, da der illegale Anbau eine Einkommensquelle für Aufständische/Rebellen, terroristische Gruppierungen, Milizen und korrupte Regierungen ist, die den Anbau wegen ihrer militärischen Ziele unterstützen.

Natürlich kann das Vorhandensein wertvoller natürlicher Rohstoffe generell Konflikte schüren, gleich ob legal oder illegal. Beispiele dafür sind Öl, Diamanten und Coltan[42]. Unabhängig von internationalen gesetzlichen Regeln bleibt deren Wert gleichbleibend hoch. Im Gegensatz dazu haben Pflanzungen von Opium oder Koka an sich einen geringen Wert. Sie wurden nur deshalb zum hochpreisigen Handelsgut, weil die prohibitionistischen Rahmenbedingungen die Entwicklung eines kriminell gesteuerten Marktes ermöglichten.

Nach den Spielregeln der Prohibition ist der Wert dieser Substanzen buchstäblich größer als ihr Gewicht in Gold, sobald sie die Konsumenten in den Industrieländern erreicht haben.

Im Gegensatz dazu ist die legale Produktion von Opium und Koka (*siehe Anhang 3*) mit kaum einem der oben geschilderten Probleme verbunden. Unter legalen Bedingungen sind Koka und Opium einfach landwirtschaftliche Güter, ebenso wie Kaffee, Tee oder andere pflanzliche Rohstoffe.
Unter einem legalen Produktionssystem wären diese Pflanzen Teil der allgemeinen entwicklungspolitischen Debatte. Solche landwirtschaftlichen Aktivitäten beinhalten eine Menge ernster und dringender Herausforderungen für lokale wie internationale Gemeinschaften; so müssen sie beispielsweise mit den Launen der weltweiten kapitalistischen Märkte umgehen, und sie müssen dem Mangel einer Infrastruktur für *Fair Trade* begegnen. Dennoch bedeutet der Umgang mit solchen Fragestellungen im Rahmen eines gesetzlichen Regelwerkes, dass sie nicht zusätzlich behindert werden durch die negativen Folgen

[42] Ein Erz, das im Kongo vorkommt und zur Produktion von Tantalum dient – einem wichtigen Mineral zur Herstellung von Mobiltelefonen. Siehe: B. Todd, “*Congo, Coltan, Conflict”*, The Heinz Journal, Vol. 3, issue 1, 2006.

der Prohibition und die kriminellen Machtstrukturen, die durch die Prohibiton geschaffen wurden.

Eine Reihe von Fragen stellt sich zur Rolle der derzeit illegal produzierenden Länder in einer Handelswelt nach der Prohibition und natürlich auch während des Überganges. Dieser Fragen sollten sich Wissenschaftler, die wesentlichen Behörden und NGOs im Detail annehmen.

Es ist denkbar, dass der bereits lange existierende, quasi legale Koka-Anbau in den Andenregionen unter überarbeiteten gesetzlichen Regelungen fortgesetzt oder sogar ausgeweitet werden könnte. Ähnlich wie Kaffee könnte die Koka-Produktion den Prinzipien des *Fair Trade* unterworfen werden; und für nicht pharmazeutische Koka-Produkte wäre eine Schutzkontrollpolitik entsprechend den EU-Richtlinien *„geschützte Ursprungsbezeichnung (g. U.) und geschützte geografische Angabe (g. g. A.) für landwirtschaftliche Erzeugnisse und Lebensmittel*“ oder *„garantiert traditionelle Spezialität (g.t.S.) für landwirtschaftliche Erzeugnisse und Lebensmittel“* denkbar.[43]

Niemand wird verhindern können, dass Koka-Anbau für die zukünftigen legalen Märkte andernorts entsteht, wenn es keine Verständigung über die Anpassung der UN-Drogenkonventionen zur Kontrolle solcher Produktion gibt (entsprechend der Kontrolle der gegenwärtigen Produktion); oder wenn nicht neue internationale Handelsabkommen geschaffen werden, die eine ähnliche Funktion haben.

Für die Andenregionen brächte die Legalisierung des Koka-Anbaus zweifellos viele Vorteile. Allerdings gäbe es auch negative Auswirkungen in Hinsicht auf ein reduziertes Bruttoinlandsprodukt und verminderte wirtschaftliche Möglichkeiten für ohnehin marginalisierte und um ihre Existenz kämpfende Bevölkerungsgruppen. Diese negativen Konsequenzen muss man sehen und sie bei jeglicher Entwickungsanalyse und Entwicklungsplanung berücksichtigen, auf innerstaatlicher Ebene ebenso wie auf internationaler.
Es wäre außerdem zwingend notwendig, den Einfluss multinationaler Konzerne in solch einem Handelssystem zu kontrollieren.

Kolumbien hat bereits schlechte Erfahrungen mit Coca-Cola und ähnlichen Konzernen gemacht. Hier hatte die Mitgliedschaft in Gewerk-

[43] Siehe www.ec.europa.eu/agriculture/quality/.

schaften im schlimmsten Fall Verfolgung, Entführung und Mord zur Folge. Ein erweiterter Funktionsbereich für schon bestehende gesetzliche Kontrollen des Koka-Marktes, die enger mit den UN-Drogenbehörden und internationalen Handelsorganisationen zusammenarbeiten, sind eine attraktivere Option.

Problematisch ist die Zukunft für den Opiumhandel Afghanistans und in geringerem Maße für die Produktion in anderen Gebieten Zentral- und Ostasiens. Opium wird bereits jetzt überall auf der Welt produziert. Die jetzt schon legale Produktion für medizinische Zwecke könnte sich sehr schnell ausdehnen auf nicht medizinische Produktion (*siehe Anhang 2*). Die Attraktivität des Mohnanbaus für afghanische Bauern würde sinken, wenn der jetzt durch die globale Prohibition gestützte Preis langsam, aber stetig sinken würde. Ohne international verwalteten Fairen Handel und insbesondere ohne garantierte Mindestpreise könnten sie nicht länger mit der industrialisierten, internationalen Produktion konkurrieren.

Es ist möglich, dass bei sinkender illegaler Nachfrage etwas Ähnliches wie das gut gemeinte, aber falsch verstandene Modell *„Mohn als Medizin“*[44] eine nützliche Rolle spielen könnte. Die bestehende illegale Produktion könnte Schritt für Schritt in ein legales Fair-Trade-Exportsystem übergehen; dies würde in ähnlicher Weise von den UN-Drogenbehörden überwacht wie die derzeitige medizinische Produktion (am deutlichsten die Produktion in Indien). Alle Szenarien eines schrumpfenden illegalen Marktes unterscheiden sich jedoch in ihrer Dynamik von der gegenwärtigen illegalen Produktion. Sie würden sicherlich in geringerem Umfang stattfinden und hätten größere soziale und ökonomische Begleiterscheinungen, vergleichbar Koka in den Andenstaaten. Positive Auswirkungen infolge von geringerem kriminellen Geschäftsgebaren, geringeren Konflikten und weniger Instabilität sind abzuwägen gegen die kurz- bis mittelfristige Verringerung ökonomischer Möglichkeiten und des Bruttoinlandsproduktes.

Es werden mehr klassische Entwicklungsmaßnahmen nötig sein für Koka- und Opiumbauern am unteren Teil der Pyramide illegaler Produktion; für diejenigen, die vom zunehmenden Verschwinden des illegalen Handels die größten Nachteile haben, für die der Übergang in einen

[44] Siehe www.poppyformedicine.net

legalen Handel nach der Prohibition nicht durchführbar ist, weder praktisch noch ökonomisch.
Man sollte aus der umfangreichen Erfahrung mit *Alternativer Entwicklung* (AD) seine Lehren ziehen: Dieses Konzept hat sein globales Ziel verfehlt, die illegale Drogenproduktion zu vermindern; aber es hat - wo es richtig durchgeführt wurde - gezeigt, wie Bauern den Übergang zu einem Lebensunterhalt ohne Drogen schaffen konnten.

Wesentliche Überlegungen dazu sind:

→ AD muss sorgfältig geplant werden und die Bedingungen vor Ort berücksichtigen. In der Vergangheit wurde das Konzept oft von oben aufgestülpt als Teil einer Pflanzenvernichtungs- und Zwangsmaßnahme. Die Projektentwicklung muss unter lokaler Beteiligung stattfinden, und das Programm muss von lokalen Partnern mitgetragen werden.

→ Das Programm wurde zu oft nicht im Zusammenhang mit Strategien der Armutsbekämpfung und nationalen Entwicklungsprogrammen gesehen, während es tatsächlich untrennbar mit diesen verbunden ist.

→ Das Programm muss finanziell gut ausgestattet sein und auch Mikrokredite für Bauern anbieten. Es muss sich auf nützliche Anbaupflanzen und entwicklungsfähige Märkte konzentrieren. Es muss Gesichtspunkte der Sicherheit, der Entwicklung und der Menschenrechte ebenso berücksichtigen wie Fragen der Bildung, der Gesundheit, der Staatführung und ökonomischer Möglichkeiten.

Es besteht jedoch Grund zur Annahme, dass die Besorgnis um die verarmten Drogenbauern und die ihnen zufließenden Entwicklungsmittel in dem Maße schwinden, wie die Prioritäten der gegenwärtigen Strategien – Drogenkontrolle und Vernichtungsmaßnahmen – verschwinden.[45]

Sie werden sich schlicht einreihen in die große Menge der an den gesellschaftlichen Rand gedrängten Menschen, die gemeinhin von den internationalen Entwicklungshilfen ignoriert oder nicht erreicht werden. Die Verbraucherländer sollten hier auch Verantwortung übernehmen, wenn dieser Übergang sich abzeichnet. Vielleicht ließe sich diese Verantwortung durch einen „Marshall Plan“ umsetzen, sobald der Krieg

[45] J. Buxton, “*Alternative Development in Counter Narcotics Strategy: An Opportunity lost*?”, 2009

gegen die Drogen vorüber ist. Unter einem solchen Plan würde ein Teil der vorher auf Angebotsunterdrückung gerichteten Aufwendungen umverteilt werden auf die zerstörten regionalen Wirtschaftskreise, die früher auf Drogenproduktion fußten. Er wäre eine Unterstützung für alternative Existenzgrundlagen, für stabile Regierungen und für die Infrastruktur. Die Mittel könnten aus der „*Friedensdividende*“ kommen, die mit dem Ende des Drogenkrieges entstünde, möglicherweise unterstützt vom langsam steigenden Steueraufkommen aus legalem Drogenanbau und -handel.

Regierungen wie NGOs haben im Bereich der Entwicklungshilfe auffallend versagt bei der Berücksichtigung der Rolle der Prohibition als Ursache von Entwicklungsproblemen. Es gab in diesem Bereich so gut wie keine Diskussion über Alternativen zur Prohibition. Engagement in dieser Frage betraf weitgehend die Symptome: lokal begrenzte Versuche, den illegalen Markt zu reduzieren und die mit den Zwangsmaßnahmen verbundenen Schäden; Konfliktbewältigung mit Schwerpunkt auf übertriebenen und militärischen Zwangsmaßnahmen.

Die dem Problem zugrunde liegenden Ursachen wurden beharrlich ausgeblendet. Die Grundsätze und die legalen Strukturen der Prohibition wurden kaum infrage gestellt. Sie gelten unverständlicherweise als absolutes und unveränderliches Regelwerk gesetzlicher bzw. politischer Strukturen und werden nicht als eine veränderbare politische Möglichkeit gesehen. Bei der Suche nach der Schuld für dieses Versagen muss die Reformbewegung auch vor der eigenen Tür kehren und ihre etwas kurzsichtige Voreingenommenheit hinterfragen; aber zum großen Teil ist dieser Mangel an Engagement schlicht und einfach der Angst geschuldet. In vielen oberen Regierungsebenen ist die Diskussion über Alternativen zur Prohibition immer noch ein Tabu; das gilt besonders für die Mehrheit der Entwicklungshilfeorganisationen, die staatlich finanziert sind oder unter der Aufsicht der UN arbeiten.

In dieser Frage muss jeder Schritt vorwärts mit einer ernsthaften Anstrengung der wichtigsten internationalen Organisationen beginnen (das sind NGOs, Regierungen der großen Staaten und die UN), die Kosten des globalen Bekenntnisses zur Prohibition in Bezug auf die soziale und ökonomische Entwicklung zu ermitteln, die „*unbeab-*

sichtigten Folgen der Drogenkontrolle", wie sie so wortgewandt von der UNODC beschrieben wurden.[46]
So eine Auswertung der Fakten wird den Dialog über neue und effektivere Wege in Gang bringen. Solch eine Entwicklung sollte einen umfassenderen Entwicklungsbegriff aktivieren, der schließlich auch diesen großen und wichtigen Komplex ansprechen und der Entwicklungsmöglichkeiten schaffen könnte, die weitaus effektiver und damit konstruktiver sind als die zuvor.

4.5.1 Weitergehende Konsequenzen für das organisierte Verbrechen

Bei Überlegungen zu Veränderungen in Richtung eines legal regulierten Drogenmarktes kommt immer wieder die eine Frage auf: *„Was werden all die Kriminellen tun, wenn ihnen die prohibitionsbedingten Vorteile genommen sind?"* Sicher werden die Auswirkungen einer Veränderung hin zu regulierten Märkten auf den verschiedenen Ebenen der kriminellen Infrastruktur auch unterschiedlich sein und abhängig von ihren Operationsfeldern. Da aber die Reformen nicht über Nacht, sondern schrittweise über eine Reihe von Jahren hin erfolgen werden, werden die kriminellen Infrastrukturen einen allmählichen Rückgang ihrer Profitmöglichkeiten über einen längeren Zeitraum hin erleben.

Zweifellos werden einige Kriminelle sich neue Betätigungsfelder im illegalen Bereich suchen. Es ist durchaus zu erwarten, dass die Kriminalität in einigen Bereichen wächst, zum Beispiel Internetkriminalität, Erpressung oder illegaler Handel mit anderen Gütern. Allerdings basiert Kriminalität weitgehend auf einem Angebot von Möglichkeiten zum kriminellen Handeln. Es ist nicht vorstellbar, dass es genügend „unerschlossene" Bereiche für kriminelles Handeln gibt, die alle jetzt im illegalen Drogenmarkt Aktiven auffangen könnten. Immerhin setzt dieser Markt pro Jahr ungefähr 320 Billionen Dollar weltweit um.
Aber selbst bei teilweiser Umleitung in andere Bereiche der Kriminalität wird sich langfristig im Großen und Ganzen zweifellos eine Verringerung

[46] A. Costa, *„Making drug control ‚fit for purpose': Building on the UNGASS decade"*, UNODC, 2008.

der Kriminalität zeigen. Die illegalen Drogenmärkte abzuschaffen, heißt, die Gelegenheiten zur Kriminalität zu verringern.

Die Frage nach dem Verbleib der Drogenkriminellen ist ein merkwürdiges Argument gegen Reformen, denn bei genauerem Hinsehen klingt sie wie ein Argument für die Prohibition, weil diese die illegalen Drogenimperien am Leben hält und damit die organisierten Kriminellen nicht ihren Job wechseln müssen. Aus der Sicht der Reformbefürworter dagegen beinhaltet dieses Argument die Beseitigung des weltweit größten kriminellen Betätigungsfeldes, und zwar nicht nur hinsichtlich der jetzt aktiven, sondern gerade auch hinsichtlich zukünftiger Generationen von Kriminellen. Ein Ende der Prohibition eröffnet die Aussicht, Millionen junger Drogenproduzenten und -händler vor einem Leben in Kriminalität zu bewahren.

Für viele Beteiligte kann ein schrumpfender illegaler Markt durchaus negative Folgen haben, eine spürbare Verschlechterung der Lebensumstände und Not wären kurz- bis mittelfristig zu erwarten. Das betrifft die unteren Schichten der illegalen Drogenwirtschaft in den Industrieländern ebenso wie die unteren Schichten der Drogenproduktion in den Entwicklungsländern. Neben den vielfachen durch die illegalen Märkte verursachten sozialen Schäden schaffen diese Märkte ja auch reale wirtschaftliche Aktivität und bieten Beschäftigung für viele marginalisiert und am sozialen Rand lebende Individuen und Bevölkerungsgruppen, denen sonst nur begrenzt Möglichkeiten offen stehen, ganz besonders in den großen Städten.

Die Auswirkungen jedes weiterreichenden drogenpolitischen Reformprozesses auf diese Gruppen müssen unbedingt in den sozialpolitischen Diskurs aufgenommen werden, wenn der Übergang weg von der Prohibition beginnt.

Zitate (E. Nadelman):

„Illegale Unternehmer der Unterwelt scheinen auf Dekriminalisierung und Schrumpfen illegaler Märkte auf eine der folgenden vier Arten zu reagieren.

1. Einigen gelingt der Übergang in legales Unternehmertum im gleichen Arbeitsbereich.

2. Einige versuchen, im illegalen Geschäftswesen zu bleiben; entweder durch Wettbewerb ihrer Angebote und Dienste mit dem legalen Markt,

oder indem sie mittels krimineller Methoden ihre Gewinne aus den legalen Märkten ziehen.
Nach der (amerikanischen Alkohol-) Prohibition vertrieben einige Schwarzhändler ihre Produkte weiter, indem sie die Steuersiegel fälschten, die Barkeeper mit Waffengewalt zwangen, ihren schwarzgebrannten Schnaps und illegal importierte Spirituosen weiter anzubieten, und sich ihren Weg bahnten in die Verteilung von legalem Alkohol. Einige kämpften um den Erhalt ihrer Märkte, darunter solche, die vor und während der Prohibition eine Vorliebe für Maiswhiskey entwickelt hatten.

3. Die dritte Reaktion von Schwarzhändlern und Drogendealern besteht darin, aus den bisherigen Geschäften auszusteigen und sich stattdessen allen möglichen anderen kriminellen Aktivitäten zuzuwenden. Es kann in der Tat dazu kommen, dass sich viele Berufsverbrecher infolge der Entkriminalisierung auf Bereiche wie Diebstahl und Raub orientieren, um ihre Verluste aus dem versiegenden illegalen Drogenhandel zu kompensieren; und dass dadurch der Effekt der verringerten Beschaffungskriminalität bis zu einem gewissen Grad wieder aufgehoben würde.

4. Die vierte Antwort wäre, die kriminellen Aktivitäten völlig aufzugeben; dieser Weg wäre attraktiv – und war es immer schon – für viele ehemalige, aktuell tätige und mögliche Drogendealer."

„Nur wenige kriminelle Aktivitäten haben der Drogenkriminalität vergleichbare Anreize:
Sie bringt gute Gewinne, sie erfordert geringe Fähigkeiten, sie ist immer offen für Einsteiger, sie bietet der ungebildeten und schlecht integrierten Großstadtjugend verlockende Möglichkeiten zu Geldgeschäften. Während der Prohibition wurden zehn-, wenn nicht hunderttausende Amerikaner in die illegalen Geschäfte der Alkoholproduktion und des -vertriebes verwickelt; diese Leute hatten kein ausgesprochenes Interesse an einem Leben in Kriminalität. Nach der Aufhebung der Prohibition wandten sich die meisten von ihren illegalen Geschäften ab. Man kann mit Fug und Recht davon ausgehen, dass die Entkriminalisierung sich auf viele in das Drogengeschäft Verwickelte ebenso auswirken würde; auf Menschen, die nicht generell kriminell leben wollten, sondern von der besonderen Attraktivität dieses Bereiches angezogen wurden. Die Herausforderung an die Wissenschaftler besteht darin, die relativen Größenordnungen einzuschätzen, die für jede der vier Reaktionen

unter den aktuellen und möglichen Drogendealern zu erwarten sind. Die noch größere Herausforderung ist es, solche Arten politischer Strategien zu bestimmen, mit deren Hilfe die Zahl derer zu maximieren ist, die sich völlig von der Kriminalität zurückziehen."

E. Nadelmann, "*Thinking Seriously About Alternatives to Drug Prohibition*", Daedalus, 1994, 212, Seiten 87-132.

Weiterführende Literatur

Erfassen von Drogenschäden

Nutt et al., *„Development of a rational scale to assess the harms of drugs of potential misuse"*, The Lancet, Vol. 369, Issue 9566, pages 1047–1053, 2007

"Brain science, addiction and drug", The Academy of Medical Sciences (UK), chapter 5.3: "*Measuring the harm associated with the use of illegal drug"'*, 2008

Transform submission to the Parliamentary Science and Technology Select Committee inquiry: "*Scientific advice, risk and evidence: how the government handles them —case study on the classification of illegal drug"*, 2006

M. Roberts, D. Bewley-Taylor, M. Trace, "*Monitoring drug policy outcomes: The measurement of drug related har"*, 2006

Forschung

M. Trace, M. Roberts, A. Klein, "*Assessing drug policy: Principles and practice"*, 2004

Soziale und wirtschaftliche Entwicklung

"Drugs and Democracy: Towards a Paradigm Shift", Latin American Commission on Drugs and Democracy, 2009

Transnational Institute Drugs and Democracy Programme,
Siehe: www.tni.org

5

Praktische Beispiele regulierter Drogenmärkte

5. Praktische Beispiele regulierter Drogenmärkte

Jede Diskussion über die gesetzliche Regulierung der Drogenmärkte muss die Erfahrungen berücksichtigen, die bei den gegenwärtig legalen Drogen gemacht wurden, besonders bei Alkohol und Tabak. Bei der Tabak- und Alkoholpolitik wurden in den letzten 100 Jahren viele Fehler begangen, aber inzwischen sind geeignetere, wirksamere Maßnahmen entwickelt worden. Sie werden allerdings nicht überall eingesetzt.

Man muss einräumen, dass die einzigartige Geschichte von Tabak und Alkohol, die kulturelle und legale Situation und die speziellen Wirkungen und Gebrauchsmuster ein gewisses Maß an Pragmatismus und Flexibilität erfordern. Selbst wenn man das berücksichtigt, gibt es kein Argument dagegen, die in diesem Buch entwickelten Prinzipien auch auf die Alkohol- und Tabakpolitik anzuwenden. Dieselben Regularien sind verfügbar, dieselben Ziele werden verfolgt. Deshalb ist es konsequent und notwendig, eine wirksame Regulierung der zur Zeit illegalen Drogen mit einer verbesserten Regulierung der zur Zeit legalen Drogen zu verbinden.

In beiden Fällen wird der besondere Charakter von psychoaktiven Drogen als Konsumgüter akzeptiert, die spezieller Aufmerksamkeit bedürfen. Allgemein akzeptiert ist auch das Ziel, die bestmögliche Regulierung zu finden, auch wenn die Ausgangslage unterschiedlich ist. Die Änderungen beginnen an verschiedenen Stellen des Kontinuums politischer Handlungen, und die Anforderungen sind verschieden. Aber jedes Regulierungsmodell will die weithin geteilten Ziele erreichen:
Minderung des individuellen und sozialen Schadens, der mit Produktion, Angebot und Konsum von Drogen einhergeht, und die damit einhergehende Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden.

Es bleibt aber ein wesentlicher Unterschied zwischen der Regulierung von legalen und illegalen Drogen. Bei der Alkohol- und Tabakkontrolle können wir nach der Wirksamkeit der verschiedenen Regulierungen fragen und bis zu einem gewissen Rahmen auch Antworten geben, welche Regulierung am wirksamsten ist.

Diese Fragen sind von größter Bedeutung. Das bestehende gesetzliche Regelwerk hindert uns aber daran, diese Fragen im Zusammenhang mit den illegalen Drogen zu untersuchen, und zwar mit der notwendigen Ernsthaftigkeit und Gründlichkeit, die beiden Gruppen zukommen muss. Ein konsequenter Ansatz der Drogenpolitik mit Berücksichtigung aller Drogen würde helfen, diese Wissenslücke zu schließen. Das ließe die Hoffnung zu, die Drogenpolitik nicht nur in Hinsicht auf die jetzt illegalen Drogen, sondern auch bei Alkohol und Tabak dramatisch zu verbessern.

5.1 Alkohol

Mit der Alkoholpolitik wurden unschätzbare Erfahrungen gesammelt, die für die Entwicklung wirkungsvoller legaler Regulierungsmodelle für die jetzt illegalen Drogen genutzt werden können. Auf diesem Gebiet gibt es umfangreiche Forschung, Publikationen und Wissen bei Regierungen, NGOs, Universitäten und UN-Organisationen, darunter besonders bei der WHO. Auf einige Ergebnisse dieser Forschung haben wir uns in diesem Buch bezogen. Aber statt auf dieses etablierte Wissen zurückzukommen, wollen wir uns hier in dieser kurzen Diskussion mehr auf die daraus folgenden, weitergehenden Überlegungen konzentrieren und besonders auf ihre Bedeutung für andere Drogen.

Alkohol ist eine psychoaktive Substanz, die toxische Wirkungen hat und Abhängigkeit verursachen kann. Dennoch muss man auf jeden Fall die Unterschiede zu anderen Drogen sehen. Diese Unterschiede beruhen nicht nur auf dem legalen Status.
Er ist einzigartig unter den Drogen, weil er Lebensmittel und Getränk zugleich ist. Alkohol selbst, entstanden aus Zucker und nach Zuckeranteilen aufgeschlüsselt, hat einen kalorischen Wert. Dadurch werden die verschiedenen Getränke und manchmal auch Lebensmittel, mit denen er gemischt und konsumiert wird, kalorienreicher. Darüber hinaus haben viele alkoholische Getränke eine kulturelle Rolle und Bedeutung, die nur am Rande mit einer Intoxikation zu tun hat. Zum Beispiel werden alkoholische Getränke zum Kochen verwendet oder auch bei religiösen Riten. Es ist allgemein bekannt, dass zum Beispiel

Weinkenner alkoholische Getränke nicht nur zum Erreichen einer Intoxikation konsumieren.

Für die Zukunft einer wirksamen Alkoholpolitik ist es völlig klar, dass möglicherweise unpopuläre Entscheidungen getroffen werden müssen. Dazu gehören mehr Regelungen und massive Eingriffe in alle Aspekte der Absatzförderung.

Die Geschichte des Alkohols ist so alt wie die Geschichte der Menschen. Alkohol ist in den meisten Gesellschaften weltweit tief in vielen sozialen Zusammenhängen und kulturellen Riten verankert. Abgesehen vom Kaffee wird Alkohol als psychoaktive Substanz am häufigsten konsumiert. Die WHO schätzt, dass *„ca. zwei Milliarden Menschen auf der Welt alkoholische Getränke konsumieren, und dass bei etwa 76,3 Mio. Menschen Missbrauch oder Abhängigkeit diagnostiziert wurde".* Dieses Ausmaß des Alkoholkonsums und die weltweite kulturelle Einbettung erklären, warum der negative Einfluss auf die öffentliche Gesundheit nur noch von Tabak übertroffen wird.

Wenn es etwas Positives dazu anzumerken gibt, dann dies, dass viele verschiedene drogenpolitische Ansätze in sehr verschiedenen sozialen Zusammenhängen erprobt wurden, um den Alkoholgebrauch zu kontrollieren. Das sind unter anderem unregulierte freie Märkte, verschiedene Formen lizenzierter Verkäufe, Staatsmonopole und Prohibition. Diese Experimente gab es in der Geschichte überall auf der Welt, und es gibt sie bis in die jüngste Zeit. In einer Übersicht fasst der WHO-Report „*Globale Bestandsaufnahme der Alkoholpolitik 2004*" zusammen:

Eine Politik, die eine Mischung aus Besteuerung und Zugangskontrollen einsetzt, die Maßnahmen gegen Trunkenheit am Steuer trifft, die vielfältig in die Behandlung der Störungen investiert, die mit dem Alkoholkonsum einhergehen können (besonders im primärärztlichen Bereich), die die Werbung begrenzt und Aufklärungskampagnen durchführt, hat nach allen wissenschaftlichen Erkenntnissen am ehesten Erfolg, das Ausmaß der alkoholbedingten Probleme zu reduzieren (Edwards et al., 1994). Deshalb muss eine konsequente Alkoholpolitik nicht nur Maßnahmen einsetzen, um die Bevölkerung über die Gefahren des riskanten und schädlichen Alkoholkonsums aufzuklären, auch nicht in erster Linie

auf Behandlung und Bestrafung derer setzen, die ihre oder die Gesundheit und Sicherheit anderer riskieren, sondern sie muss außerdem Regularien und Unterstützungsmechanismen im Umfeld einführen, die die Gesundheit der gesamten Bevölkerung fördern.

Das ist ein Ansatz, der - mit einigen Verbesserungen und Variationen - die Einstellung zur Drogenpolitik und Regulierung beschreibt, für die hier plädiert wird. Es ist ein aufschlussreiches Experiment, beim Lesen von solchen maßgeblichen Texten zur Alkoholkontrollpolitik die Wörter *Alkohol* durch *Drogen* und *trinken* durch *Drogen konsumieren* zu ersetzen.[47]

Der grundsätzliche Konflikt zwischen der Gesundheitspolitik auf der einen und Verkauf und Konsum von Alkohol aus wirtschaftlichem Interesse auf der anderen Seite ist das zentrale Problem, das uns immer wieder in der Literatur zur Alkoholpolitik begegnet. Dieses Problem gibt Anlass für einige wichtige Überlegungen zu drogenpolitischen Strategien und Gesetzgebung.

In einem *„Rahmen für die Alkoholpolitik in der Europäischen Region der WHO“*[48] wird das recht diplomatisch erläutert:

„Auch wenn alkoholische Getränke psychoaktive Eigenschaften haben, werden sie ebenso als Bedarfsgüter angesehen. Produktion und Verkauf von alkoholischen Getränken sind zusammen mit der Zuliefererindustrie wichtige Wirtschaftszweige in vielen europäischen Ländern. Sie sichern vielen Menschen Arbeitsplätze, sie bringen der Getränkeindustrie Exportgewinne und dem Staat bedeutende Steuereinnahmen. Diese wirtschaftlichen und fiskalischen Interessen bestimmen wesentlich die Politik, und sie sind Hürden für die Gesundheitspolitik. Die Verbreitung von Forschungsergebnissen, die sich mit den Folgen für die öffentliche Gesundheit befassen, als Gegengewicht zu den wirtschaftlichen und steuerlichen Interessen, hat deshalb höchste Priorität.“

Alkoholproduzenten und -händler sehen Alkohol eher aus ihrer wirtschaftlichen Sicht als aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit. Sie tragen nicht die Folgekosten des problematischen Alkoholkonsums;

[47] Ein Beispiel für diese Gegenüberstellung in: *„After the War on Drugs: Tools for the Debate“*, Transform Drug Policy Foundation, Seite 16, 2006.
[48] www.euro.who.int/document/e88335.pdf

ganz selbstverständlich ist ihr primäres Interesse darauf gerichtet, den höchstmöglichen Gewinn zu erzielen. Das wird durch Steigerung des Konsums erreicht, sowohl bei der Bevölkerung insgesamt als auch beim Einzelnen. Fragen der öffentlichen Gesundheit finden daher nur dann Berücksichtigung, wenn sie sich auf die Gewinne auswirken könnten. Diese Fragen spielen im Vergleich zur Maximierung der Gewinne ganz sicher eine untergeordnete Rolle.

Wenn Alkoholpolitik in Zukunft wirksam sein soll, sind unpopuläre Entscheidungen nötig. Dazu gehören mehr Regulierungen und eine massive Verminderung aller Marketing- und Werbemaßnahmen.

Die Alkoholindustrie[49] hat sich immer schon bemüht, so wenig Marktkontrolle wie möglich zuzulassen. Das wurde erreicht durch einen mittlerweile üblichen Lobbyismus auf hohem Niveau, manipulierte Empörung und populistische Parolen („*der Staat als Kindermädchen*“ gegenüber „*dem Recht des Mannes auf ein Bier nach Feierabend*“); außerdem durch dubiose wissenschaftliche Veröffentlichungen (die den falschen Eindruck erwecken sollen, es gäbe eine Kontroverse über die Wirksamkeit von Preisgestaltung und Marktkontrollen) und durch symbolische Gesten.

In vielen Ländern konnte so erfolgreich eine wirksame (regulierende) Gesetzgebung verhindert oder verzögert werden. Außerdem hat die Alkoholindustrie ausgenutzt, wenn eine Regelung auf Freiwilligkeit setzt. Für die Alkoholindustrie bedeutet Freiwilligkeit nur, dass diese Regelung weitgehend ignoriert oder bis zur völligen Wirkungslosigkeit umgangen werden kann. Die Alkoholindustrie als Ganzes wird niemals freiwillig einer Politik zustimmen, die mehr oder strengere Regulierungen durchsetzen will, und die zu einer nennenswerten Minderung von Umsatz und Gewinn führt.
Aber genau das ist notwendig, um die Probleme des Rauschtrinkens („Komatrinkens“) und des riskanten Konsums anzugehen und allgemein

[49] Die „Alkoholindustrie“ oder „Getränkeindustrie“ bezieht sich auf die Repräsentanten der Verbände, auf offizielle Körperschaften, Lobbyarbeit und auf Werbeagenturen, die von den Herstellern und Händlern alkoholischer Getränke dafür bezahlt werden, dass sie deren Interessen vertreten.

eine maßvolle und verantwortliche Trinkkultur zu fördern. Man muss sich klarmachen, dass Rauschtrinken und riskanter Konsum einen erheblichen Anteil am Gewinn der Alkoholindustrie ausmachen, es sind höchst profitable Verhaltensweisen. Diese Bedenken haben dazu geführt, dass in einigen Ländern Modelle einer staatlichen Monopolpolitik eingeführt wurden. Dazu gehört das *Systembolaget*-System in Schweden.[50] Bei diesem System kontrolliert der Staat alle Importe und das gesamte Angebot.
Auch in einigen kanadischen Provinzen (Ontario und Québec) kontrolliert die Provinzregierung die Läden, in denen alkoholische Getränke verkauft werden. Diese Modelle haben Ähnlichkeiten mit den Modellen regulierter Märkte, die hier im Buch für Tabak vorgeschlagen wurden.

Ein politisches Problem ist damit verknüpft: Der Europäische WHO-Report weist darauf hin, dass Regierungen erhebliche Summen aus der Besteuerung des Alkoholhandels einnehmen. Außerdem ist die Alkoholindustrie Arbeitgeber für eine nennenswerte Zahl potentieller Wähler. Diese Faktoren kommen mit der immensen Lobbyarbeit der Alkoholindustrie und der geringen Popularität von Regelungen, die den Alkoholverkauf beschränken oder die Preise erhöhen, zusammen. Das sind massive Hindernisse für eine wirksame Reform.

Das ist so, obwohl man weiß, was aus gesundheitspolitischer Sicht wirkungsvoll wäre: nämlich die Menschen zu einem verminderten und/oder maßvollen Konsum zu ermuntern. Tatsächlich sind viele Regierungen mitverantwortlich für das wachsende gesundheitspolitische Problem, das mit dem Alkoholkonsum verknüpft ist.

Wenn Alkoholpolitik in Zukunft wirksam sein soll, sind unpopuläre Entscheidungen nötig. Dazu gehören mehr Regulierungen und eine massive Verminderung aller Marketing- und Werbemaßnahmen.
Wie sich solche Reformen entwickeln, indem sie bisherige Fehlschläge ebenso wie Erfolge miteinbeziehen, diese Erfahrungen werden ein reichhaltiger Fundus an Orientierungsmöglichkeiten für regulierte Märkte der Zukunft sein.

[50] 2007 entschied die EU, dass das schwedische System die Vereinbarungen zum Freihandel verletze – was einige schwierige Fragen zur Rolle staatlicher Drogenkontrolle in einem weiteren Freihandelsrahmen aufwirft.

Weiterführende Literatur

„*Global status Report*“ World Health Organization, 2004 (public health impacts of alcohol around the world)

“*The Global Alcohol Status Report*”, World Health Organization, 2004 (different policy approaches around the world, and their effectiveness)

“*Working document for develping a draft global strategy to reduce harmful use of alcohol*”, World Health Organization, 2009

“50 best collection: Alcohol Harm Reduction”, International Harm Reduction Association, 2008

5.2 Tabak

Tabak ist die am meisten verbreitete psychoaktive Droge nach Kaffee und Alkohol. Er ist jedoch für überdurchschnittlich viele Gesundheitsschäden verantwortlich und stellt damit alle anderen Drogen in den Schatten. Diese dramatischen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen hängen in erster Linie mit dem Tabakrauchen zusammen und dem damit verbundenen hohen Risiko der Abhängigkeit.[51]
Dazu kommt die Tatsache, dass der akute Rausch nicht ein Maß erreicht, das normales Funktionieren beeinträchtigt. Diese Kombination führt zu Mustern hochfrequenten Konsums. Viele Raucher konsumieren Tabak mehr als zwanzigmal am Tag, über längere Zeiträume, üblicherweise über viele Jahre.

Trotz des hohen Risikos durch Tabakrauchen (etwa die Hälfte der Raucher wird als Folge ihrer Gewohnheit früher sterben) hat das niedrige Niveau des Rausches historisch nicht zu der moralischen Entrüstung geführt, die Antrieb der Abstinenzbewegung war und die bei anderen Drogen zum Ruf nach Verbot und Bestrafung geführt hat.
So hat Tabak eine einzigartige Rolle in der Gesellschaft erworben: ein eindeutig sichtbares Muster abhängigen Konsums zusammen mit

[51] Rascher Beginn der Wirkung, kurze Halbwertszeit, verbunden mit Toleranzentwicklung, bestimmten Entzugssymptomen, Gier nach Tabak – zusätzlich psychische Effekte, die mit der Gewöhnung im Rahmen verschiedener individueller und kultureller Konsumrituale verbunden sind.

hohem Risiko gesundheitlicher Schäden – und immer noch in großen Teilen der Welt, zumindest bis vor kurzer Zeit, aggressiv vermarktet und sozial akzeptiert in fast jedem öffentlichen Raum.

Die gesundheitspolitische Katastrophe infolge des Tabakrauchens hat schließlich doch dazu geführt, dass in vielen Ländern pragmatische gesundheitspolitische und gesetzliche Reaktionen entwickelt wurden. Wie beim Alkohol kann man die ganze Skala politischer Strategien beim Tabak beobachten. Und man kann daraus lernen: Es steht ein großer Wissens- und Erfahrungsschatz zur Auswertung zur Verfügung.

Es gibt jetzt einen Konsens über die Maßnahmen und die Arten der Marktregulierung, die wahrscheinlich zu einem besseren Ergebnis der Politik führen. Die WHO förderte eine Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle, die diese Maßnahmen gut zusammenfasste:

Entscheidende politische Maßnahmen der Rahmenvereinbarung zur Tabakkontrolle[52]

- Tabaksteuern erhöhen.
- Schutz der Bürger vor Tabakrauch am Arbeitsplatz, im öffentlichen Verkehr und in öffentlichen Räumen.
- Einführung wirksamer Verbote für Tabakwerbung und andere Formen der Absatzförderung, wie Werbeveranstaltungen und Übernahme von Sponsorenaktivitäten.
- Verbot irreführender Bezeichnungen auf der Verpackung wie „leicht“ oder „mild“.
- Vorschrift, Tabakprodukte mit angemessenen Warnungen zu versehen, die mindestens 30 %, besser 50 % der wesentlichen Fläche bedecken, auch bei Bildern oder Piktogrammen.
- Genaue Vorschriften über die Untersuchungsergebnisse, deren Veröffentlichung und Angaben über die abgegebenen Schadstoffe.
- Förderung der Sensibilisierung der Öffentlichkeit bei allen Maßnahmen, die die Tabakkontrollpolitik betreffen. Informationen über die Risiken des aktiven und passiven Rauchens allen Zielgruppen leicht verfügbar machen.

[52] Den vollständigen Texte der UN Framework Convention on Tobacco Control findet man hier: www.who.int/fctc/en/

- Förderung wirksamer Programme zur Beendigung des Tabakrauchens.
- Bekämpfung des Schmuggels, unter anderem durch Angabe des Ziellandes auf der Packung.
- Gesetzliches Verbot, Tabakwaren an Minderjährige zu verkaufen.
- Entwicklung gangbarer wirtschaftlicher Einkommensalternativen für Arbeiter in der Tabakindustrie, Pflanzer und Kleinhändler.

Interessanterweise haben 168 Staaten die Tabakkontrollkonvention unterzeichnet: Das ist eine machtvolle internationale Zustimmung zu einem gesetzlichen Regelwerk, das auf eine wirksame Regulierung des nicht medizinischen Drogenmarktes zielt. Es ist bemerkenswert, dass diese Zustimmung genau so groß ist wie die Zustimmung zu den drei UN-Drogenkonventionen, die im Gegensatz dazu Systeme der absoluten Prohibition für fast alle anderen nicht medizinischen Drogenmärkte definieren (*siehe Anhang 1*).

In krassem Gegensatz zu den verbotenen Drogen wird Tabak in den Industrieländern zunehmend unpopulär. Seit den 1970er-Jahren geht der Konsum zurück. Das ist Folge der Gesundheitserziehung, mit der auf vorher nur wenig wahrgenommene Gesundheitsrisiken aufmerksam gemacht wurde, in Verbindung mit zunehmendem Einsatz von Marktkontrollen, wie sie von der WHO skizziert wurden. In jüngster Zeit wurden diese Maßnahmen durch das Verbot des Rauchens in geschlossenen öffentlichen Räumen ergänzt. Die Zügelung der ungebremsten Werbung - in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts für die explosionsartige Zunahme des Tabakkonsums (besonders bei Zigaretten) mitverantwortlich - war ganz besonders wichtig.

Alarmierend ist jedoch, dass diese Entwicklung nur in wenigen Ländern stattfindet. In vielen Entwicklungs- und Schwellenländern wird Tabakkonsum immer populärer. In diesen Gebieten wird Tabak aggressiv vermarktet, oft als Produkt des sozialen Aufstiegs im Sinne westlicher Lebenweise – ironischerweise, wenn man die schwindende Popularität im Westen sieht. Die wirtschaftlichen Kräfte, die in der Vergangenheit so wirksam politische Prioritäten verzerrten, haben nichts von ihrer Macht verloren. Sie dienen uns als Warnung dafür, wie das Profitstreben auf den Drogenmärkten korrumpiert.
(*Siehe: Modell einer Tabakmarktregulierung, Kapitel 2).*

Schadensminderung bei Tabak: Rauchloser Tabak

Tabak ist in erster Linie schädlich, wenn er geraucht wird, schädlicher als das reine Nikotin. In Übereinstimmung mit den Überlegungen zur Schadensminderung, die in den vorigen Kapiteln entwickelt wurden, ist eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit zu erwarten, wenn der Markt für nicht rauchbare Tabak- bzw. Nikotinprodukte erforscht und entwickelt wird.

Der steigende Gebrauch von Nikotinabgabesystemen (Dosieraerosole, Kaugummis und Pflaster) als Unterstützung bei der Tabakentwöhnung ist bereits weit verbreitet, das sollte aktiv unterstützt werden. Dazu gehören ein leichterer Zugang genauso wie eine Preisreduktion (wenn nötig subventioniert), damit die abhängigsten Konsumenten – besonders die mit geringem Einkommen – sich diese Produkte leisten können. Allerdings sind die Nikotinabgabesysteme Teile eines medizinischen Modells mit dem erklärten Ziel der Abstinenz. Das ist wichtig und ein bewährter Teil der Reaktion des öffentlichen Gesundheitswesens auf die Risiken des Tabakkonsums. Aber es hilft denen nicht, die weiter Nikotin konsumieren wollen, und das ungeachtet aller Maßnahmen und Warnungen weiterhin tun werden. Orale Tabakprodukte (darunter die in Schweden verbreiteten oralen Tabakprodukte *Snus* und *Bandits*) sind eine Alternative mit einem um (geschätzt) 90 % verminderten Gesundheitsrisiko.[53]

Diese Produkte werden aber nur konsumiert, wenn informierte Konsumenten wählen können, und sie können sich nur gegen Rauchtabak durchsetzen, wenn sie in einem gewissen Ausmaß als Alternative beworben werden. Bisher sind sie aber nur wenig verfügbar und in den meisten EU-Staaten sogar verboten. Dieses Verbot war sicher gut gemeint wie andere Drogenverbote. Das Ergebnis ist aber, dass Kautabakprodukte, die wesentlich weniger gesundheitsschädlich sind als Rauchtabak, als Alternative zu Zigaretten nicht verfügbar sind.

In Schweden, das von dem EU-weiten Verkaufsverbot ausgenommen ist, ist der Kautabak *Snus* sehr populär – trotz einer prohibitionistischen Drogenpolitik, die sonst die strengste in Europa ist. Es konnte über-

[53] C. Bates u. a. "*European Union policy on smokeless tobacco: a statement in favour of evidence based regulation for public health*", Tobacco control, 2003, Vol. 12, Seiten 360 – 367.

zeugend damit argumentiert werden, dass der weitverbreitete Konsum von Kautabak mit der niedrigsten Rate an Rauchern in den Industriestaaten korreliert. Die Zahl der Raucher in Schweden, besonders in der männlichen Bevölkerung, ist von 40 % im Jahre 1976 bis 2002 auf 15 % gesunken. Das korreliert ungefähr mit der Zunahme des Konsums von *Snus*.[54]

Natürlich sind viele Gesundheitsexperten und viele Politiker nicht begeistert darüber, dass der Kautabak mehr gefördert werden soll als Nikotinersatzprogramme oder Programme des vollständigen Nikotinverzichts. Aber das schwedische Modell zeigt deutlich, dass *Snus* und ähnliche Produkte Rauchern helfen können, das Rauchen aufzugeben, indem sie eine weniger schädliche Alternative zum Rauchtabak bieten.

Ganz offensichtlich gibt es schwierige ethische und praktische Probleme, solche Produkte in verantwortlicher Weise auf den Markt zu bringen. So sollen Raucher dazu gebracht werden, das Rauchen zu beenden, aber die Einführung von Kautabak soll nicht dazu führen, dass Einsteiger zum Konsum animiert werden. Aber das sind keine unüberwindbaren Schwierigkeiten. Der wahrscheinlich gewaltige Gewinn für das Gesundheitswesen sollte die verantwortlichen Stellen dazu führen, pragmatisch und ernsthaft die Möglichkeiten gesetzlicher Reformen zu diskutieren. Forschung und Pilotstudien sollten in Auftrag gegeben werden, um mögliche Wege auszuloten.

Weiterführende Literatur

"50 Best Collection: Tobacco Harm Reductio"', International Harm Reduction Association, 2008

R. Cunningham, "*Smoke and Mirrors: The Canadian Tobacco War"*, IDRC, 1996

[54] 61 J. Foulds et al., "*Effect of smokeless tobacco (Snus) on smoking and public health in Sweden*", Tobacco Control, 2003; 12, Seiten 349–359.

Diskussionsvorschläge für die derzeit illegalen Drogen

Zunächst muss daran erinnert werden, dass die vorgeschlagenen Modelle in den nächsten Abschnitten genau das sind: Vorschläge für die weitere Diskussion. Außerdem ist zu beachten, dass die von den Autoren vorgeschlagenen Modelle vor deren Hintergrund westlicher Kulturen entwickelt wurden. Andere Kulturen und andere Konsumenten werden andere, regional angepasste Maßnahmen erfordern. Deshalb sind unsere Vorschläge flexibel und offen gehalten, insbesondere haben wir die Möglichkeiten strengerer oder lockerer Regulierung und Durchsetzung oder den Einsatz zusätzlicher Kontrollen hervorgehoben.

5.3 Cannabis

(siehe auch 3.1.1 Legale Cannabisproduktion und Anhang 2)

Eine schier unübersehbare Fülle an Literatur, Forschung und Erfahrung steht zur Verfügung, um legale Modelle für Versorgung und Konsum von Cannabis zu entwickeln. Wenn man bedenkt, dass Cannabis von den UN-Konventionen (zur Drogenprohibition) betroffen ist, dann ist es einzigartig, wie gefächert das Spektrum der Kontrollmaßnahmen bereits ist. Weltweit gibt es Beispiele für fast alle denkbaren Regulierungsansätze: von extrem streng durchgeführter Prohibition bis zu quasi legalem Handel und Konsum. Von besonderer Bedeutung ist die Erfahrung mit dem niederländischen *Coffeeshop*-System, einer De-facto-Legalisierung von Angebot und Konsum seit 1976. Das System hat ein großes Problem: Während Besitz und Angebot in den Coffeeshops toleriert werden (das Erste ist erlaubt, das Zweite lizenziert), bleibt die Cannabisproduktion selbst illegal.
Das heißt, dass die Coffeeshops gezwungen sind, Cannabis auf dem illegalen Markt zu kaufen. Für diese paradoxe Situation sind die Beschränkungen der UN-Konventionen verantwortlich, die auch die Niederlande unterzeichnet haben.

Da das de facto legale Angebot in den Niederlanden in der Region einzigartig ist, hat das zu den Problemen eines Drogentourismus geführt. Viele Käufer kommen nur für den Einkauf von Cannabis ins Land. Auf

der internationalen Bühne wurden die Niederlande wegen ihres pragmatischen Ansatzes zum Ziel konzertierter Attacken von Reformgegnern.
Dennoch sind die Lizenzmodelle für die Coffeeshops gut entwickelt. Sie funktionieren erkennbar gut und ohne wesentliche Probleme. Wo es besondere Probleme gab, wurden die Strategien weiter entwickelt, Regulierungen eingeführt oder verschärft, und einige Coffeeshops wurden geschlossen. Das ging natürlich nicht ohne kontroverse Diskussionen. Aber insgesamt war dieser Ansatz erfolgreich und ist – seit seiner Einführung Mitte der 1970er-Jahre - von immer mehr einflussreichen Kreisen (Polizei, Politik, gesundheitspolitisch relevanten Organisationen und der breiten Öffentlichkeit) unterstützt worden.

Internationale Vergleiche sind wegen methodischer Probleme schwierig, es ist aber eindeutig, dass in den Niederlanden nicht mehr Menschen Cannabis konsumieren als in den Nachbarländern, die diesen toleranten Ansatz nicht teilen, und in denen es keine lizenzierten Abgabestellen gibt. Das widerspricht der zu einfachen Annahme, dass die legale Verfügbarkeit der wesentliche Faktor für die Ausweitung des Konsums ist. Ganz sicher sind die Horrorvisionen der Gegner einer legalen Regulierung nicht eingetreten.

Neuer sind die Modelle der Versorgung mit medizinischem Cannabis, die Kalifornien und andere US-Staaten entwickelt haben. Diese Modelle sind oft kaum von den hier vorgestellten Modellen der regulierten Versorgung für den nicht medizinischen Gebrauch zu unterscheiden. Offensichtlich ist ein Teil des medizinischen Angebots zu einem de facto nicht medizinischen Versorgungsangebot geworden.[55] Die Untersuchung der Gesundheitsrisiken von Cannabis wurde in der Vergangenheit durch die politische Debatte über den legalen Status verzerrt. Objektiv betrachtet sind die Risiken des Cannabiskonsums gut bekannt und erschöpfend beschrieben. Risiken bestehen besonders bei häufigem Gebrauch und dann besonders bei besonders starken Sorten. Außerdem sind junge Menschen eher gefährdet und solche mit bestimmten psychiatrischen Problemen, darüber hinaus führt das

[55] Das ist eher eine Beobachtung als ein möglicher politischer Lösungsweg. Transform hat es immer für notwendig gehalten, medizinische und nicht medizinische Themen zu Cannabis separat zu behandeln.

Rauchen zu den bekannten Lungenproblemen, besonders, wenn Cannabis mit Tabak vermischt geraucht wird.

Akute und chronische Toxizität und das Abhängigkeitsrisiko sind niedrig im Vergleich zu den meisten anderen Drogen, Tabak und Alkohol eingeschlossen. Cannabis wird meist maßvoll und gelegentlich konsumiert und ist nicht besonders schädlich. Das führt zu der Überlegung, dass sich Behörden und Politiker – wie auch sonst - auf die kleine Gruppe derer konzentrieren müssen, deren Konsum zu Problemen führen kann.

Trotz offensichtlicher Unterschiede zeigen Natur und Ausmaß des Cannabiskonsums, dass - mehr als bei allen anderen illegalen Drogen - hier die Erfahrungen angewendet werden können, die bei der Alkohol- und Tabakkontrolle gemacht wurden. So sind die Rahmenvereinbarung der WHO zur Tabakkontrolle und der WHO-Leitfaden für die Alkoholregulierung eine gute Basis für Modelle der Cannabisregulierung. Diese Regelungen könnten für Cannabis praktisch übernommen werden, wenn einfach der Begriff *Tabak* durch *Cannabis* ersetzt würde.

Diskussionsvorschlag für die Regulierung von Cannabis

Grundmodelle der Regulierung

In den Grundmodellen werden verschiedene Formen lizenzierten Handels vorgeschlagen zum Konsum innerhalb der Einrichtung oder zur Mitnahme – vorbehaltlich von Kontrollen, die hier später ausgeführt werden; ein Apothekenverkaufsmodell ist nicht ausgeschlossen.

Das Modell eines regulierten Marktes könnte ein geeigneter erster Schritt sein, um die Infrastruktur für ein legales Angebot und für die Abgabe einzurichten.
Das Angebot soll so organisiert werden, dass keine Markenprodukte entstehen und jede Form der profitorientierten Absatzförderung verhindert wird. Das ist die entscheidende Aufgabe jeder Kontrollorganisation.

Befreit von der verzerrenden Debatte über den nicht medizinischen Gebrauch, können Verschreibungsmodelle von Cannabis oder seinen Derivaten entwickelt werden, die wissenschaftlich begründet sind. Sie wären weit weniger auffällig, als dies zur Zeit der Fall ist.

Produktkontrollen

Dosierung und Zubereitung

→ Kontrollen und Vorschriften können die Stärke von Cannabis oder Haschisch, die auf dem Verhältnis der aktiven Substanzen (Tetrahydrocannabinol (THC)) und CBD (Cannabidiol) beruht, festlegen. Maximale und minimale Konzentrationen könnten benannt werden.

→ Kontrollen sind durchzuführen, um toxische Inhaltsstoffe wie Pestizide, Kunstdünger und biologische Verunreinigungen wie Pilze zu erkennen.[56]

→ Verschiedene Cannabisprodukte von verschiedenen Produzenten könnten durch die Namen und Angabe des Produzenten unterschieden werden, so wie bei Weinen eine *„Appellation d´origine controllée“* angegeben wird.

→ Auch generische Cannabisprodukte können angeboten werden, wenn sie den oben erwähnten Kontrollen unterworfen sind.

→ Cannabis für den oralen Konsum (z. B. in Keksen) müsste in standardisierten Einheiten verkauft werden, die in geeigneter Weise beschriftet sind (Menge und Stärke der Inhaltsstoffe). Beim oralen Konsum sind die Probleme bei der Dosierung besonders zu beachten.

→ In großen Teilen Europas besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Konsum von Tabak und Cannabis, die oft zusammen geraucht werden. Besonders die legalen Abgabestellen sollten dieses Gesundheitsproblem angehen. Sie könnten dabei helfen, Verhaltensänderungen zu erreichen, um den Tabakkonsum beim Cannabiskonsum zu mindern.

Preiskontrolle

→ Feste Preise oder ein Preisrahmen sollten festgesetzt werden – inkl. einer Steuer nach Gewicht oder auf einer Prozentbasis.

→ Stärkere Präparate können höhere Preise haben und höher besteuert werden.

→ Wahrscheinlich werden sich die Preise auf ähnlichem oder etwas geringerem Niveau als die aktuellen Schwarzmarktpreise bewegen. Die Preise sind sowieso recht niedrig, und es besteht eine geringere Notwendigkeit, über den Preis die Attraktivität des Schwarzmarktes zu vermindern, als dies bei anderen Substanzen der Fall ist.

[56] Siehe auch die Leitlinien der Regierung der Niederlande: *„Leitlinien für den Anbau von Cannabis für medizinische Zwecke: Anhang zur Verordnung des Ministers für Gesundheit, Soziales und Sport vom 9.6.2003“*, Seite 60

Verpackungskontrolle

→ Fälschungssicherheit, wo notwendig.

→ Kindersichere Verpackungen wie bei Medikamenten.

→ Standardisierte Bezeichnungen: Inhaltsstoffe mit Angaben zur Stärke, Dosis pro Einheit, Angaben zum Gesundheitsrisiko, Verfallsdatum usw; Angaben zum lizenzierten Händler in geeigneter Form.

→ Bei Gebrauch in der Einrichtung sind diese Angaben nicht zwingend erforderlich.

Kontrolle des Verkäufers/der Vertriebsstätte

Werbung/Verkaufsförderung

Cannabiskonsum ist in viele populäre Verhaltensweisen integriert. Cannabisprodukte und ihr Erscheinungsbild sind im Allgemeinen arttypisch und nicht markengebunden. Ein generelles Verbot von allem, was als Promotion oder Werbung für Cannabis verstanden werden könnte, wäre unpraktisch und ginge am Ziel vorbei. Es dürfte leichter sein, vernünftige Kontrollen des Kinder- und Jugendschutzes einzuführen. Aber es ist sicher schwierig, diese Kontrollen global zu definieren und durchzusetzen.
Dennoch können die erprobten und als wirksam erwiesenen Vorschriften, die jetzt in Bezug auf Drogen – legale und illegale – in Jugendmedien und für die Werbung gelten, auch hier Anwendung finden.
Die Erfahrungen mit den Einschränkungen bei der Verkaufsförderung von Alkohol und Tabak zeigen, dass folgende Maßnahmen erfolgversprechend sind:

→ Werbung für kommerzielle Vertriebsstätten können in Inhalt und Umfang beschränkt werden – z. B. nur in spezialisierten Publikationen oder an Orten, die nur für Erwachsene zugänglich sind. Ein komplettes Werbeverbot für die Verkaufs-/Konsumorte ist nicht realistisch. Die niederländischen Coffeeshops dürfen nicht werben, aber tun es doch in einem gewissen Ausmaß – das existierende Verbot wirkt daher eher mäßigend und nicht als ein totales Verbot.

→ Aufmachung und Erscheinungsbild der Abgabestellen/Konsumräume könnten geregelt werden. In den Niederlanden dürfen Coffeeshops außen nicht auf Cannabis hinweisen, ein Rastafari-Symbol, ein Palmblatt oder das Wort *Coffeeshop* sind die Ersatzkennzeichnungen geworden.

→ Werbebeschränkungen könnten für bestimmtes Zubehör auferlegt werden, das sich auf Drogen bezieht.

Lage und Zahl der Abgabestellen

→ Die örtlichen Behörden könnten das Gebiet festlegen, in dem Abgabestellen eingerichtet werden dürfen, ähnlich wie bei der Genehmigung zum Ausschank von Alkohol. Ebenso sind Art und Größe der Abgabestellen zu bestimmen.

→ In den Niederlanden wird es so gehandhabt: Einige Gemeinden genehmigen gar keine Coffeeshops (was zu einem gewissen *inneren Drogentourismus* führt), andere haben Coffeeshops in der Nähe von Schulen geschlossen. Letzteres wirkt in dicht besiedelten städtischen Ballungsräumen übertrieben und ist wahrscheinlich eher politisch motiviert. Kontrollen wie bereits beim Betrieb von Bars/Läden mit Alkoholverkauf sind in solchen Fällen wohl eher angemessen.

Lizenzen für Verkäufer/Lieferanten

→ Vergabekriterien im Wesentlichen ähnlich wie bei der Vergabe von Lizenzen für den Verkauf und Ausschank von Alkohol.

→ Zusätzlich wird von den Verkäufern eine Ausbildung in Gesundheits- und Sicherheitsfragen gefordert – zum Beispiel, um Verkäufe an bereits Intoxikierte zu verhindern, auf Beratungsstellen hinzuweisen u. ä.

→ Regelungen zur Mitverantwortlichkeit der Betreiber bei Belästigung und Verschmutzung in der Nachbarschaft bei den Kosten für die Einhaltung der öffentlichen Sicherheit.

→ Abgabestellen würden zumindest anfangs ausschließlich Cannabis verkaufen und zum Konsum abgeben dürfen. In den Niederlanden ist das Verkaufsverbot für alle anderen Drogen inkl. Alkohol eine Bedingung für die Lizenz.

→ Alle Verkäufer werden aufgefordert, einen verantwortlichen, sicheren Konsum zu fördern und Informationen über Drogen und Drogenberatungsstellen an markanter Stelle anzubieten.

→ Abgabestellen, die außerdem Essen oder Livemusik anbieten, unterliegen den gleichen lokalen Regeln hinsichtlich Infrastruktur, Gesundheit und Sicherheit.

→ Die Öffnungszeiten werden von den lokalen Behörden festgelegt.

→ Die niederländischen Coffeeshops dürfen nicht mehr als 300 Gramm vorrätig halten. Das dient im Wesentlichen dazu, den illegalen Verkauf durch die Hintertür zu kontrollieren. Solche Einschränkungen sind für

lizenzierte Einrichtungen unter legal regulierten Bedingungen wahrscheinlich nicht nötig.

Kontrolle der Verkaufsmengen

Einschränkungen des Verkaufs großer Mengen können eingeführt werden auch als Barriere für übermäßigen individuellen Konsum. In den Niederlanden gilt eine Fünf-Gramm-Grenze. Es gibt zwar keine Möglichkeit, den Erwerb in mehreren Geschäften zu verhindern, aber wegen der dann leichten Verfügbarkeit von Cannabis wird das kein wesentliches Problem sein.

Kontrollen des Käufers/Konsumenten

Alterskontrolle

Verkäufer wären verpflichtet, Ausweiskontrollen zur Alterskontrolle durchzuführen. Das genaue Mindestalter würde von den lokalen Behörden festgelegt und sich an den Altersgrenzen für den Zugang zu Alkohol und Tabak orientieren. In den Niederlanden beträgt das Mindestalter für den Zugang zu den Coffeeshops 18 Jahre.

Grenzen für die Abgabe an bereits intoxikierte Personen

Die Verkäufer wären verpflichtet, an bereits intoxikierte Personen (anhand von Leitlinien) nichts abzugeben. Trunkenheit dürfte hierbei das wichtigste Problem sein.

Lizenzen für die Konsumenten

Die Erfahrungen in den Niederlanden zeigen, dass es nicht nötig ist, Lizenzen für die Käufer einzuführen. Trotzdem kann das unter bestimmten Bedingungen sinnvoll sein, entweder als Teil einer stufenweisen Markteinführung oder wenn besondere Probleme entstehen.
So darf in den Niederlanden in einigen Regionen nur an Bewohner verkauft werden, um Probleme mit dem grenzüberschreitenden Drogentourismus in den Griff zu bekommen. Daneben gibt es inzwischen eine Diskussion, ob der Besuch von Coffeeshops nur Mitgliedern erlaubt sein sollte.

Begrenzung der Zahl der Konsumeinrichtungen

→ Es könnten wie beim Alkohol öffentliche Räume als Sperrgebiete festgelegt werden (vergleichbar den Nichtraucherarealen). Diese Gesetze

würden sich auf örtliche Erlasse stützen, die sich auf Trunkenheit oder ungebührliches Verhalten in der Öffentlichkeit beziehen.

→ Die bestehenden Rauchverbote in öffentlichen Gebäuden wären auch für Cannabis gültig.[57] Genau wie bei Tabak, dürfte auch Cannabis in öffentlichen Gebäuden nur auf Balkonen, Terrassen oder Ähnlichem geraucht werden. Dieses mit Bußgeld, aber nicht als Straftat sanktionierte Verbot könnte zu weniger schädlichen Konsumformen führen. Verdampfer, die keinen Rauch erzeugen und nicht mit den spezifischen Risiken des Cannabisrauchens verbunden sind, könnten von dem Rauchverbot ausgenommen werden.[58]

Weiterführende Literatur

R. Room et al., *"The Global Cannabis Commission Report"*, The Beckley Foundation, 2007

"Cannabis Policy, Implementation and Outcomes", RAND Europe, 2003

M. Aoyagi, "*Beyond Punitive Prohibition: Liberalizing the Dialogue on International Drug Policy*", (includes detailed discussion of Dutch cannabis policy and law), 2006

"*Cannabis*", EMCDDA drug profile

5.4 Stimulanzien

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die drei am häufigsten konsumierten, zur Zeit illegalen Stimulanzien: Amphetamine, Kokain und MDMA/ Ecstasy.

Vorschläge zur Regulierung der Stimulanzien müssen sich vor allem an den Risiken dieser Substanzgruppe orientieren. Daher ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es eine Menge verschiedener Konsumgewohnheiten gibt, aus unterschiedlichen Gründen und mit unterschiedlichen Zubereitungsarten. Genau so groß ist die Spannweite der Risiken und

[57] In den Niederlanden ist eine kuriose Situation entstanden, als Verordnungen gegen das Tabakrauchen mit den Coffeeshop-Lizenzen kollidierten. Das führte dazu, dass Cannabisrauchen legal ist und Tabakrauchen nicht, und führte zu eigenartigen Szenen, wenn Kontrolleure Joints auf Tabak kontrollierten.

[58] Vancouver hat solche „*Vaporizer lounges*", in denen Rauchen nicht erlaubt ist.

Schäden, die sehr verschiedenartige Anforderungen an Regulierungsmodelle stellen. Insgesamt lassen sich drei große Gruppen unterscheiden:

→ Funktionaler Konsum - manchmal Überschneidungen zu medizinischem Gebrauch und vielleicht unter dem Begriff „Lifestyledrogen“ zusammenzufassen. Konsumenten versuchen, Müdigkeit zu überwinden oder die Konzentration zu steigern.

→ Genusskonsum – die Konsumenten suchen Anregung und Vergnügen in einem breiten Spektrum sozialer Zusammenhänge.

→ Problematischer Konsum – bei einer kleinen Minderheit der oben genannten Konsumenten kommt es zu einem problematischen oder abhängigen Konsum. Das geschieht üblicherweise bei hochwirksamen Drogen wie Crack-Kokain oder Methamphetamin und/oder riskanten Konsumformen, die zu einem schnellen Wirkungseintritt führen - wie beim Rauchen oder Spritzen –, verglichen mit Schlucken oder Sniefen.

Man sollte nicht vergessen, dass Stimulanzien Bestandteil großer Bereiche unserer Kultur und Gesellschaft sind. Pharmazeutisch hergestellte Stimulansmittel werden sehr häufig verschrieben und in großen Mengen eingenommen (darunter auch von Kindern, wenn auch kontrovers diskutiert.[59]
Daneben sind zwei der weltweit beliebtesten psychoaktiven Drogen, nämlich Nikotin und Koffein, funktionelle Stimulanzien. Sie sind in der zeitgenössischen Kultur allgegenwärtig.

Koffein - die Nummer eins - wird meist als Kaffee, koffeinhaltiges Getränk und Schokolade konsumiert.
Koffeinhaltige „Energydrinks“ werden zunehmend populär. Sie werden speziell wegen ihrer stimulierenden Wirkung aggressiv vermarktet, so wie es früher auch bei Tabak und Amphetaminen der Fall war.
Diese Getränke sind ein klarer Hinweis auf die wesentliche Motivation für den Koffeinkonsum. Sie werden in erster Linie wegen ihrer stimulierenden Eigenschaften geschätzt, weniger zum Vergnügen oder zur Entspannung an sich. Bei vernünftiger Betrachtung ist der Konsum sicher wenig riskant, aber er ist trotzdem nicht ohne Risiko. Dennoch ist der Konsum weitgehend unreguliert.

[59] S. N. Gibbs, *“The Age of Ritalin”*, Time magazine vom 24. Juni 2001.

Dem weitverbreiteten unschädlichen – in der Tat meist wohltuenden – Konsum von Kaffee steht der weitverbreitete Konsum niedrigpotenter kokainhaltiger Pflanzen gegenüber, beispielsweise das Kauen von Kokablättern und der Kokatee in den Andenregionen Südamerikas. Die Legalität dieses Konsums ist allerdings international strittig. Ähnliche, nur lokal verbreitete Muster von Stimulanzienkonsum gibt es auch anderswo, zum Beispiel das Kauen von Khat in den Somali sprechenden Teilen Afrikas und den Konsum der Betelnuss in Südasien und im Pazifikraum. Bei beiden sind mehr Besorgnisse bezüglich der öffentlichen Gesundheit als bei Koka- oder koffeinhaltigen Getränken dokumentiert, aber sie sind in ihren Regionen legal.

Es gibt besondere Verhaltensmuster, bei denen in sozialen Zusammenhängen Stimulanzien konsumiert werden. Ziel sind der Genuss der Stimulanzien selbst oder eine quasi funktionale Ergänzung zu einem bestimmten Sozialverhalten. Zu solchen funktionalen Motiven gehören die Wünsche, die Nacht über wachzubleiben, nach mehr Selbstvertrauen und Lebhaftigkeit bei Kontakten und nach Energie, länger tanzen zu können. Unvermeidlich kommt es dabei zu höheren, aber selten häufigeren Dosierungen als beim rein funktionalen Gebrauch. So kommt es hier zu einem anderen Muster von Risiken und Herausforderungen – nicht zuletzt deshalb, weil es sich meistens um junge Menschen handelt.
In diesen Gruppen wechseln die Konsumgewohnheiten. Die verschiedenen Amphetamine sind austauschbar, abhängig von Verfügbarkeit und Geschmack, und werden oft kombiniert. Solche Konsummuster können zwar riskant sein, sind aber für den größten Teil der Konsumenten weder persönlich noch für die Gesellschaft mit Schäden verbunden.[60]
Normalerweise wird gelegentlich konsumiert, maßvoll und im Rahmen von sozialen Normen, die sich in konsumierenden und nicht konsumierenden Peergroups entwickeln. Diese Normen werden außerdem durch die individuelle Kontrolle gemäßigt, die sich auf Erfahrung und Informationen über die Risiken des Konsums gründet.

Die wesentlichen Herausforderungen an eine Regulierung des „Entspannungskonsums“ sind die Risikominderung und die Verhin-

[60] Außer natürlich dem Schaden durch den illegalen Handel.

derung des Abgleitens in problematischen und abhängigen Konsum. Es sollten weniger riskante Produkte (mit niedriger Dosierung, langsamem Anfluten, zum oralen Gebrauch) angeboten werden.
Ein risikobewusstes und risikoärmeres Verhalten sollte propagiert werden (maßvoll – inklusive völliger Abstinenz, das Vermeiden von Mischkonsum und hochdosiertem Konsum, Konsum nur in Gruppen usw.), und der Stimulanzienkonsum in sicherer Umgebung sollte gefördert werden.

Schließlich gibt es noch den Teil der oben erwähnten Konsumenten, die einen chaotischen, abhängigen oder sonst problematischen Konsum entwickeln. Damit verbunden ist oft ein problematischer Konsum von anderen Substanzen, meist Opiaten und Alkohol. Für diese Gruppe ist eine medizinische Behandlung geeignet. Im Einzelnen sind Modelle eines regulierten Angebots mit dem Ziel der Schadensminderung (im Wesentlichen wie oben beschrieben) notwendig, verbunden mit einem geeigneten Behandlungsangebot und einer alle Bereiche abdeckenden sozialen Unterstützung.

5.4.1 Kokain/Kokaprodukte

Drogen auf Koka- und Kokainbasis unterscheiden sich sehr stark nach Art und Risiko. Das beginnt bei dem vernachlässigbaren Risiko von oral konsumierten Kokablättern und Kokatee. Ein mäßiges Risiko besteht beim Konsum von geschnupftem Kokainpulver (Kokainhydrochlorid, das Salz des Kokains), ein hohes beim Rauchen von Crack (Kokainbase). Diese Gruppen werden in der Folge hier in umgekehrter Reihenfolge diskutiert.

Die mit dem Konsum von Kokain verbundenen Risiken und Schäden werden ganz entscheidend vom Konsumverhalten bestimmt. In einer von der WHO und dem *United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute* (UNICRI) durchgeführten globalen Studie wurde 1995 festgestellt:[61]

[61] Der Report von WHO und UNICRI, *„Das Kokainprojekt“*, wurde auf Druck der USA unterdrückt – erst später wurde es illegal auf einer öffentlichen Seite publiziert. Das ist ein weiteres Beispiel, wie Politik die Forschung zu Drogen und Drogenpolitik beeinflusst

„Es ist nicht möglich, einen durchschnittlichen Kokainkonsumenten zu beschreiben. Man findet eine ungeheure Bandbreite bei den Kokainkonsumenten, den Motiven, der konsumierten Menge, der Häufigkeit, Dauer und Intensität des Konsums und den dabei erfahrenen Problemen.“

Der Report beschreibt ineinander übergehende Formen des Konsums:

- *experimentell*
- *gelegentlich*
- *situationsspezifisch*
- *intensiv*
- *zwanghaft/dysfunktional.*

„Experimenteller und gelegentlicher Konsum sind die weitaus am häufigsten Formen, der zwanghafte/dysfunktionale Konsum ist sehr viel seltener.“

Dann wird festgehalten:
„Gesundheitsprobleme als Folge von Alkohol und Tabak sind größer als die durch Kokain verursachten. Nur wenige Experten halten jeden Kokainkonsum für gesundheitsschädlich. Die meisten Experten sehen es so, dass es Probleme mit Kokain besonders bei intensivem und hochdosiertem Konsum gibt und dass Probleme bei den Gelegenheitskonsumenten und bei niedrigen Dosierungen selten und weniger schwerwiegend sind.“

Crack-Kokain

Die Frage „Aber was ist mit Crack?“ kommt sofort, wenn eine legale Regulierung von Kokain diskutiert wird. Dieser Einwand ist berechtigt und wichtig. Problematische Crackkonsumenten bilden die Spitze des chaotischen Drogenkonsums und sind für einen überproportional großen Anteil der gesellschaftlichen Schäden verantwortlich. Wie kann man angesichts dessen versuchen, den Umgang mit Crack-Kokain zu regulieren, einer Droge, die am stärksten mit unkontrolliertem Konsum, Chaos und Gefahr assoziiert wird? Die Antwort ist (wie sonst auch):

(für eine vertiefte Diskussion siehe Anhang 2). Der Report ist online auf der Seite www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf zu finden.

Man muss sich von den vereinfachenden Lösungen trennen, die bisher eindeutig nicht weitergeführt haben.

Trotz größter Bemühungen der Strafverfolgungsbehörden und anderer, die sich um Prävention im üblichen Sinne bemühen, ist das Problem der Crackabhängigkeit nicht beseitigt. Wir müssen also akzeptieren, dass einige Leute Crack konsumieren wollen und werden, auch wenn uns das nicht gefällt. Dann muss man überlegen, was über Crack bekannt ist. Das hilft zu verstehen, welche Interventionsmöglichkeiten Erfolg dabei versprechen, die Schäden des Crackkonsums für den Konsumenten und die Gesellschaft zu verringern. Zur Schadensminderung gehört natürlich auch, den Crackkonsum insgesamt und die Zahl der Konsumenten langfristig zu reduzieren.

Wir sollten uns nichts vormachen: Crack ist die größte Herausforderung für die Befürworter der Drogenregulierung. Aber es bleibt Realität: Wenn jemand unbedingt Crack konsumieren will, dann wird er das tun. Deshalb ist es logisch, dass auch Crackkonsumenten einen legalen Zugang zu Crack (trotz all seiner bekannten Risiken und Schäden) mit Kenntnis über Stärke und Reinheitsgrad bekommen sollten, statt es auf dem Schwarzmarkt kaufen zu müssen. Ein legaler Zugang führt dazu, dass Crackkonsumenten nicht aus Beschaffungsgründen Verbrechen begehen oder sich prostituieren müssen.
Zukünftige Ansätze sollten also zunächst akzeptieren, dass weitere Kriminalisierung und Verteufelung von Crackkonsumenten keinen Sinn machen. Stattdessen wäre ein in erster Linie gesundheitspolitischer Ansatz geeigneter für dieses Problem, das bisher nicht zu beherrschen ist. Zusätzlich sind soziale Hilfen nötig.

Während Regulierung eine wesentliche Rolle für die Schadensminderung spielt, sind die Verbesserung der sozialen Verhältnisse und des schlechten Gesundheitszustandes, die meist Ursache für den problematischen Crackkonsum sind, der Schlüssel für die längerfristige Minderung dieses schädlichen Verhaltens.
Gesundheitspolitische Maßnahmen sind bei Crack schwieriger und weniger etabliert als bei Heroin. Selbst die chaotischsten Heroinkonsumenten sind mit einer Verschreibung zu erreichen, wenn ihre Bedürfnisse damit befriedigt werden. Crackkonsumenten hingegen konsumieren oft völlig unkontrolliert.

Während Heroinkonsumenten Ersatzverschreibungen wie Methadon akzeptieren, gibt es für Crack keine derartige Alternative. Die Forschung arbeitet an mehreren Möglichkeiten, darunter Verschreibungen von Stimulanzien[62] wie Amphetaminen oder Modafinil (Vigil®) oder weniger potenten Kokainpräparaten.[63]
Dieses Forschungsgebiet verdient wesentlich mehr Aufmerksamkeit und bessere finanzielle Austattung.

Diese Forschung ist auch deshalb zunehmend dringend, weil der gleichzeitige Konsum von Crack und Heroin die mit Crack verbundenen Probleme drastisch verstärkt. Diese Entwicklung beim Crackkon-sum dürfte wohl eine unbeabsichtigte Folge der Prohibition sein. Sie wurde gefördert durch die Infrastruktur des Marktes und der Untergrundkultur, die um die illegalen Heroinmärkte entstanden sind – ein Markt und eine Kultur, die durch eine gesetzliche und konsequente Regulierung direkt und aktiv abgebaut werden würden.

Natürlich könnte man Crack verbieten, aber bei der Regulierung muss bedacht werden: Wenn Kokainpulver verfügbar ist - legal oder illegal oder verschrieben –, dann ist auch Crack verfügbar. Es ist einfach, Crack aus Kokainpulver herzustellen, und es ist nicht zu verhindern. Selbst wenn Crack nicht direkt verfügbar ist, werden Konsumenten, die sich bis jetzt auf einem schmutzigen und gefährlichen Schwarzmarkt versorgen, sich nicht davon abbringen lassen, Crack aus legalem Kokain herzustellen.
Positiv ist aber zu vermerken, dass Methoden der Schadensminderung auch für Crack langsam eingeführt werden. Vancouver zum Beispiel ist einer von mehreren Orten, in denen Harm-reduction-Sets verteilt werden, und es haben auch einige vorsichtige Experimente mit Konsumräumen für Crackkonsum begonnen.[64]
Diese Interventionen weisen in Richtung auf ein Modell, in dem den Menschen schadensmindernde Angebote gemacht werden, wenn Crack zwar nicht direkt verfügbar ist, sie es sich aber weiter beschaffen und

[62] Eine nützliche Zusammenstellung findet sich bei Kampman "*The search for medications to treat stimulant dependence"*, Addiction Science and Clinical Practice, 4(2), 2008, Seiten 28–35
[63] WHO/UNICRI, "*The Cocaine Project"* report, 1995, Seite 16.
[64] "*Distributing safer crack use kits in Canada*", Canadian HIV Legal Network, 2008.

konsumieren. Dabei ist es gleichgültig, ob sie es aus illegalen oder quasi legalen Quellen besorgen.
Solche legal zugänglichen Konsumräume für Kokain und Crack bieten die Möglichkeit, individuelle und soziale Schäden des derzeitigen Crackmarktes zu mindern. Das Ausmaß der Schadensminderung überwiegt die mögliche Zunahme an Gesundheitsschäden, die sich für einige Konsumenten ergeben könnten, wenn die Kostenbarriere gesenkt würde, die vorher den Gebrauch von Crack in den niedrigen Einkommensklassen eingeschränkt hatte. Es ist außerdem wichtig festzuhalten, dass Crack nicht sehr lange konsumiert wird, dies gilt auch für die chaotischsten Konsumenten. Physiologische Faktoren ebenso wie die Kosten setzen dem Konsum Grenzen.

Für die Regulierung von Crack kann man also aus den bisherigen Verschreibungsmöglichkeiten für Heroin und andere Opiate und aus den schadensmindernden Angeboten, wie Konsumräumen, lernen.
Diese Erfahrungen legen nahe, dass es einen positiven Effekt hat, wenn man sich konstruktiv mit den unmittelbaren Bedürfnissen der Konsumenten beschäftigt, durch schadensmindernde Maßnahmen und andere Hilfeangebote. Insbesondere erhöht es die Wahrscheinlichkeit, dass die Drogen nicht nur weniger riskant und maßvoller konsumiert werden, sondern dass die Konsumenten Kontakt zum Drogenhilfesystem bekommen und dessen Angebote nutzen.

Die Frage *„Aber was ist mit Crack?“* beleuchtet also die Rolle der Prohibition bei der Ausbreitung der „Crackepidemie“. Prohibition führt immer zu unregulierten Märkten, getrieben von den bekannten ökonomischen Prozessen.[65]
Ein Effekt davon ist, dass bevorzugt stärkere oder stärker konzentrierte Drogen angeboten werden, die pro Gewichtseinheit mehr Gewinn bringen. Das ist vergleichbar mit der Alkoholprohibition, als weniger Bier oder Wein und mehr konzentrierte, profitable und gefährliche Schnäpse gehandelt wurden. Dasselbe Muster war im vergangenen Jahrhundert bei vielen verschiedenen illegalen Drogenmärkten zu beobachten. Zum Beispiel wurde auf dem Opiatmarkt rauch- oder trinkbares Opium durch das injizierbare Heroin ersetzt. In jüngerer Zeit werden auf dem

[65] See: J. Miron, *“Drug War Crimes”*, The Independent Institute, 2004, Seite 16.

illegalen Cannabismarkt zunehmend starke Sorten aus Gewächshauszucht angeboten.

Bei den Produkten aus Koka war diese Veränderung dramatisch. Vor der Prohibition waren das Kauen von Kokablättern sowie kokahaltige Tees und Weine populär. Schnupfbares Kokainpuder kam erst in den Straßenhandel, als infolge der Prohibition der Schwarzmarkt entstand. Dieser Druck auf den Markt führte zur Entwicklung und Verbreitung des sehr gefährlichen rauchbaren Crack.
Hier muss man festhalten, dass auf dem Kokainmarkt (außerhalb der Anden) nur die stärksten und gefährlichsten Formen der Droge angeboten werden. Wären weniger starke Präparate verfügbar, würden die riskanten Produkte wahrscheinlich weniger nachgefragt, genau wie nach Aufhebung der Alkoholprohibition wieder mehr Bier und Wein getrunken wurde. Das ist besonders dann der Fall, wenn die Abstufungen der Regulierung, die in Kapitel 3 beschrieben wurden, an diesen speziellen Fall angepasst werden.

Im Fall des Crack-Kokain in Großbritannien bot der etablierte illegale Heroinmarkt ein fertiges Verteilungssystem und eine aufnahmebereite offene Konsumentenszene für das neue Produkt. Die Kokain- und Heroinmärkte waren in vergleichsweise kurzer Zeit eng verzahnt – die meisten Crackkonsumenten sind auch Heroinkonsumenten.
Wenn diese illegalen Netzwerke durch die Einführung eines legal regulierten Angebots aufgelöst würden, dann wäre eine nächste „Drogenepidemie“ sehr viel unwahrscheinlicher.

Diskussionsvorschlag für die Regulierung von Kokainpulver

Grundmodelle der Regulierung

→ Kokainpulver könnte durch Lizenzen für die Konsumenten in einem Modell mit spezialisierten Apotheken oder in bestimmten, begrenzten Fällen auf ärztliche Verschreibung zugänglich sein.

→ Das Angebot wäre entweder vollständig staatlich kontrolliert oder unter Kontrolle eines staatlich lizenzierten Trägers.

Produktkontrolle

Dosierung und Zubereitung

→ Das Pulver wäre von pharmazeutischer Reinheit und unterläge denselben Kontrollen wie Medikamente.

→ Da reines Kokain auf dem Schwarzmarkt praktisch unbekannt ist, könnte die Konzentration eines legalen Produkts eventuell durch Verwendung eines Füllstoffes ohne schädliche Eigenschaften vermindert werden (auf einen Reinheitsgrad unter 100 %).

→ Microtaggants[66] könnten unter bestimmten Umständen beigemengt werden.[67]

Kontrollen der Verpackung

→ Keine Markennamen, keine Werbung auf den Packungen wie bei Medikamenten.

→ Das Pulver würde in festgelegten Dosierungen in versiegelten Tütchen in einem zweiten versiegelten Behälter geliefert.

→ Die Verpackungen wären fälschungssicher und mit einer Kindersicherung versehen.

→ Die Angaben auf der Verpackung sollen standardisiert sein: Stärke des Inhaltsstoffes, Einheiten, Gesundheits- und Sicherheitshinweise, Verfallsdatum usw. Kurzgefasste Informationen und deutliche Warnungen auf den Packungen und Tütchen sollen durch ausführliche Informationen auf einem Beipackzettel ergänzt werden.

→ Angaben über den lizenzierten Käufer könnten sowohl auf dem Behälter als auch auf den Tütchen vermerkt werden.

[66] Microtaggants sind patentierte, mikroskopische Partikel mit Farbcodierung, die der Identifizierung einger ganzen Reihe von Substanzen oder Gegenständen dienen. Diese einzigartigen Identifikationspartikel bestehen aus Schichtstoffen, deren Farbe und Sequenz geändert werden kann, wodurch Millionen verschiedener Codes verfügbar sind. Zur leichteren Auffindbarkeit der Partikel lassen sich Lagen von fluoriszierendem oder magnetischem Material beifügen. Die fluoriszierenden Schichten sind unter langwelligem ultraviolettem Licht zu sehen, die magnetischen sind am freien Herumschwimmen zu erkennen.Die Farbcodierunge sind lesbar mit mit einem Taschenmikroskop mit mindestens 100-facher Vergrösserung.

[67] Mark Haden, *"Controlling illegal stimulants: a regulated market mode"*, Harm Reduction Journal, 2008, 5eite 1.

Kontrollen der Verkäufer und der Abgabestellen

Lizenzen für Verkäufer/Anbieter – Allgemeines

Festgelegte Öffnungszeiten, lokale Behörden würden die Zahl und die Dichte der Abgabestellen festlegen.
Siehe 2.2.4 Apothekenmodell

Werbung/Verkaufsförderung

Totales Werbeverbot inklusive strenger Kontrollen der Ausschilderung und des Erscheinungsbildes der Abgabestellen.

Kontrolle der Verkaufsmengen

Man muss sicher davon ausgehen, dass ein Teil des Kokains in bestimmten Gruppen geteilt wird, auch wenn Begrenzungen der Verkaufsmengen für den ausschließlich persönlichen Gebrauch bestehen. Entsprechend sollte die Menge pro Käufer begrenzt werden (pro Tag/Woche/Monat).
Alternativ könnten die Preise bei größeren Mengen steigen.
Möglich ist, die einzelnen Käufer mit einem Ausweis zu versehen, der wiederum mit einer zentralen Datenbank verbunden ist, die sämtliche Einkäufe erfasst und so eine Rationierung der Drogenverkäufe sicherstellen kann.

Kontrolle des Käufers/Konsumenten

Alterskontrollen

Alterskontrolle durch Vorlage des Personalausweises – evtl. verbunden mit der Datenbank für lizenzierte Käufer.

Festlegen einer Grenze bei Abgabe an bereits intoxikierte Personen

Die Verkäufer wären verpflichtet, die Abgabe an bereits intoxikierte Personen zu verweigern; Grundlage dafür sind klar formulierte Leitlinien.

Lizenzen für Käufer/Konsumenten

→ Zumindest in der ersten Phase (sicher für Pilotmodelle) wäre ein System zu etablieren, das nur Personen mit einer persönlichen Lizenz den Erwerb nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Das könnte mit einer Datenbank verbunden werden, in der die Käufe gespeichert werden. Die Lizenzen könnten bei Regelverletzungen (zum Beispiel Weiterverkauf) entzogen werden.

→ Details zum Namen der Käufer könnten verschlüsselt auf den Packungen vermerkt sein.

→ Auch der Einsatz von Microtaggants ist denkbar.

Regelungen für die Konsumorte

→ Öffentlicher Konsum wäre an den meisten Orten eine Straftat, die mit einer Geldstrafe geahndet wird.

→ Es sind besonders deutliche Hinweise darauf nötig, dass der gleichzeitige Konsum von Kokain und Alkohol hoch riskant ist.

Regulierungsmodelle für Kokainpräparate mit geringerer Konzentration

Wie bereits betont, wird Kokatee in den Anden in ähnlicher Weise konsumiert und hat ähnliche Gesundheitsrisiken wie Kaffee und konventioneller Tee im Rest der Welt. Es spricht nichts dagegen, Kokatee in größerem Umfang denen zugänglich zu machen, die ihn trinken wollen.[68]
In naher Zukunft wird er wohl überwiegend in den Anden (seinem angestammten Gebiet) getrunken werden. International wird er wohl am ehesten einen Anteil des Spezialmarktes für Tee bekommen. Es gibt keinen vernünftigen Grund anzunehmen, dass er die etablierten Tee- und Kaffeemärkte beeinträchtigen könnte. Wahrscheinlicher ist es, dass Unternehmer neue *Energydrink*s auf Kokabasis entwickeln, um mit dem lukrativen koffeinbasierten Softdrinkmarkt zu konkurrieren. Muster solcher Getränke wären vor allem die Cola-Getränke.

Sie könnten auch mit dem schnell wachsenden Markt von *Energydrinks* mit hohem Koffeingehalt konkurrieren und stünden in den Regalen dann neben Produkten wie *Red Bull*®. Bei Kokatee ist die Konzentration des aktiven Wirkstoffs begrenzt, nicht aber bei bei industriell hergestellten Getränken. Diese müssten daher zusätzlich reguliert werden, indem die Menge der aktiven Inhaltsstoffe begrenzt, angemessene Informationen auf den Etiketten und auf der Verpackung angegeben und geeignete Kontrollen der Werbung eingeführt werden.

[68] Er ist tatsächlich flächendeckend verfügbar, aber der internationale Markt ist klein.

Solche Getränke würden in erster Linie (abhängig von der Menge der aktiven Inhaltsstoffe und der Abschätzung der mit dem Konsum verbundenen Risiken) in einem Lizenzsystem, ähnlich dem für Alkohol, verkauft werden. Alternativ könnten sie rezeptfrei in Apotheken abgegeben werden, wie das mit *Red Bull®* in einigen europäischen Ländern bereits der Fall ist. Natürlich sollte diese Regulierung nicht nur für Getränke auf Kokabasis gelten; auch Verpackung, Werbung und Verfügbarkeit einiger weiterer Getränke auf Koffeinbasis sollten strenger reguliert werden.[69]
Mit solchen Getränke auf Kokabasis wären die Bedürfnisse einiger Konsumenten nach Kokain zu befriedigen. Viele Freizeitkonsumenten würden ein stimulierendes Getränk mit einem sicheren gleichmäßigen Effekt dem geschnupften Kokain vorziehen, wenn sie die Wahl hätten. Diese Entscheidung ließe sich dadurch fördern, dass kokabasierte Getränke preiswerter und besser verfügbar sind als schnupfbares Kokain.

Eine solche Entwicklung hätte zwei Vorzüge: erstens wird sie schadensmindernd wirken, zweitens kann sie zu einer maß- und verantwortungsvollen Kultur des Konsums von Stimulanzien führen – einer Kultur, die sich in den letzten Jahrzehnten in die Gegenrichtung entwickelt hat. Bei der Regulierung müssten aber die besonderen Risiken solcher Produkte bedacht werden, wenn sie zusammen mit anderen Drogen – besonders mit Alkohol – konsumiert werden. Es müsste beispielsweise sorgfältig beobachtet werden, in welcher Verbindung Kokaingebrauch mit Mustern problematischen Alkoholkonsums steht.

Diese Besorgnis gründet sich auf die Zunahme von Cocktails aus koffeinbasierten *Energydrinks* und Alkohol auf einigen Märkten. Das deutlichste Beispiel dafür ist wohl der Cocktail aus *Red Bull®* und Wodka. Mittlerweile nutzen schon vorgefertigte Mixgetränke diesen Koffein/Alkohol-Trend. Diese Cocktails sind problematisch, weil sich die stimulierenden und beruhigenden Wirkungen ihrer einzelnen Komponenten gegenseitig aufheben können. Das kann zu einem exzessiven Konsum führen und so zu einem vergrößerten Risiko. Außerdem muss man bei den Koka/Alkohol-Cocktails berücksichtigen, dass bei der

[69] Das fordern zunehmend mehr medizinische Experten. S. C. Reissig, E. Strain, R. Griffiths, *"Caffeinated energy drinks — a growing problem"*, Drug and Alcohol Dependence, January 1, 2009.

gleichzeitigen Verabreichung von Kokain und Alkohol im Körper Kokaethylen entsteht. Diese Substanz hat ähnliche Eigenschaften wie Kokain und wird verdächtigt, toxischer auf das Herz-Kreislauf-System und die Leber zu wirken.
Regulierungsmodelle müssten diesen Risiken mit einer Kombination aus Beschränkungen und Aufklärung begegnen. Dazu gehören Verbote, kokabasierte Getränke über eine bestimmte Konzentration hinaus in Läden für alkoholische Getränke und Bars anzubieten; sie wären rezeptfrei nur in Apotheken zu kaufen. Vorgefertigte Mixgetränke oder Cocktails wären zu verbieten. Als weitere Maßnahmen sind Warnhinweise auf den Packungen und geeignete Kontrollen von Werbung, Verkaufskampagnen und Markenbildung denkbar.

Andere Koka- und Kokainprodukte zum oralen Konsum

Nach der Studie der WHO und UNICRI[70] von 1995 scheint der traditionelle Konsum von Kokablättern, gekaut mit etwas Limone, um die aktiven Bestandteile herauszulösen,
„…keinen negativen Effekt auf die Gesundheit zu haben. Er hat positive therapeutische, rituelle und soziale Funktionen für die indigene Bevölkerung der Anden.“

Viele Gebrauchsmuster der indigenen Gruppen beim Konsum von Kokablättern sind Bestandteile regionaler und kultureller Gebräuche. Kokablätter helfen zum Beispiel gegen die Höhenkrankheit und enthalten einige wichtige Nährstoffe. Daher ist es recht unwahrscheinlich, dass sich das Kauen von Kokablättern im Rest der Welt ausbreitet, auch wenn keine gesetzlichen Beschränkungen von Produktion und Export mehr existieren. Auch andere, nur in bestimmten Kulturen und Regionen verwendeten Stimulanzien wie Khat und Betelnuss haben keine weitere Verbreitung gefunden.

Da Kokain besser über den Gaumen als über den Magen aufgenommen wird, könnten für die Konsumenten besser geeignete Produkte entwickelt werden, ähnlich den oralen Tabakprodukten wie *Bandits*.

[70] United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute

So könnten Kokablätter mit einem alkalischen Zusatz in durchlässige Beutel (Teebeuteln ähnlich) gefüllt werden, die im Mund behalten werden. Sie könnten auch in der Form von Lutschtabletten oder Kaugummis angeboten werden, die ganz ähnlich wie Nikotinersatzprodukte angewendet werden. Solche Produkte müssten entsprechend ihrem Risiko reguliert werden. Dieses wird allgemein als gering eingeschätzt; eine Regulierung wäre wohl auf dem Niveau der für Nikotinersatzprodukte geltenden erforderlich.

Solche Produkte würden sich im Rahmen des funktionalen, am Wohlbefinden orientierten Lifestyle-Verhalten von Stimulanzienkonsumenten verbreiten. Wahrscheinlich werden sie keinen wesentlichen Anteil an Freizeit- oder problematischen Konsumformen[71] bekommen, sondern eher eine Kultur des maßvollen Konsums fördern.

Genau wie bei nicht rauchbaren Tabakprodukten tun sich Gesundheitspolitiker oft schwer damit, die aktive Förderung solcher neuer Produkte mit ihren Prinzipien der Gesundheitspolitik in Einklang zu bringen (der grundsätzlichen Verringerung des Konsums; siehe auch Schadensminderung bei Tabak). Eindeutig bewiesen ist, dass orale Tabakprodukte als Ersatzstoffe für Rauchtabak ein erheblich geringeres Risiko bedeuten. Die Möglichkeit einer solchen Substitution ist bei Kokainprodukten allerdings nicht gesichert und anerkannt. Wenn solche niedrigdosierten oralen Kokaprodukte eingeführt werden, könnten tatsächlich neue Konsumformen und ein neuer Markt entstehen.

Andererseits sind Entwicklung und Ausbreitung solcher Produkte unter einem neuen gesetzlichen Regulierungssystem wahrscheinlich, das rechtfertigt zumindest ihre Berücksichtigung bei Gedankenspielen. Es könnte dazu führen, dass die Konsumenten eine größere Auswahl zwischen den verschiedenen Produkten bekommen, die – wie bei Tabak/Nikotin und Kaffee – ähnliche Wirkungen und kulturelle Bedeutung haben.

[71] Der Report des Kokainprojektes von WHO/UNICRI von 1995 erwähnt die Möglichkeit, dass der Konsum von Kokatee positive Effekte bei abhängigen Kokainkonsumenten haben kann.

5.4.2 Amphetamine

Eine Anzahl verwandter Drogen wird in der Gruppe der Amphetamine zusammengefasst. Amphetamin (der Name ist abgeleitet von der vollständigen chemischen Bezeichnung: Alpha-Methylphenethylamin) ist die Muttersubstanz für eine große Gruppe von Derivaten, jedes mit einer geringfügig veränderten Molekülstruktur, die in 4 Hauptgruppen zusammengefasst werden:

1) Amphetamin: Razemat; Dextroamphetamin (Dexedrine®, in den USA gegen ADHS verordnet[72]), Methylamphetamin; das Enantiomer Dexmethamphetamin (meist als Methamphetamin bezeichnet), ("Crystal", "Meth"[73]).

2) Ketoamphetamine: Kathine und Kathinone (die wirksamen Inhaltsstoffe in Khat).

3) Pseudo-Amphetamine, Methylphenidat (Ritalin®) u. a.

4) MDMA ("Ecstasy") ist eine weitere amphetaminähnliche Substanz, die gesondert besprochen wird.

Weltweit sind Amphetamine nach Cannabis die am meisten verbreitete illegale Substanzgruppe.[74] Wie bei Kokain gibt es ein breites Spektrum an Konsumgewohnheiten und Zubereitungen, die von funktionalem/ medizinischem über Freizeit- zu problematischem Gebrauch reichen. Entsprechend diesen Konsumgewohnheiten ist auch das Spektrum von Risiken und Anforderungen an die Regulierung breit. Wie bei anderen Drogen muss auch hier eine Balance gefunden werden zwischen kurzfristig zur Schadensminderung notwendigen Maßnahmen und dem langfristigen Ziel, den Konsum auf sichere Produkte, Verhaltensweisen und ein sicheres Umfeld zu lenken. Dazu kann gehören, dass die Verfügbarkeit risikoreicherer Formen wie Pulver oder Injektionslösungen sehr strengen Regulierungen unterliegt.

Amphetamine sind in vielen medizinischen Bereichen nützliche Medikamente. Die Spannbreite reicht von frei verkäuflichen Nasentropfen

[72] Anmerkung Übersetzer
[73] Anmerkung Übersetzer
[74] "*World Drugs Report 2008*", UNODC, 2008, Seite 9.

und Erkältungsmitteln[75] bis zu Medikamenten zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und der Narkolepsie. Das bedeutet, dass – anders als Kokain – viele Amphetamine legal in vielen verschiedenen Formen zugänglich sind. Sie sind daher leichter verfügbar (d. h. sie werden weitergegeben und auch nicht-medizinisch verwendet), und Risiken, Ge- und Missbrauch sind besser bekannt und medizinisch und sozial besser einkalkuliert.

Diskussionsvorschlag für die Regulierung von Amphetaminen

Grundsätzliche Vorschläge zur Regulierung

→ Dexamphetamin (und evtl. andere Amphetamine) wären in Tablettenform in spezialisierten Apotheken verfügbar, anfänglich nur für lizenzierte Kunden.

→ Als Pulver wären sie nur unter bestimmten Bedingungen und strengeren Kontrollen verfügbar.

→ Mildere Präparate wie trinkbare Lösungen wären in Apotheken rezeptfrei oder in einem geeigneten Lizenzsystem zu bekommen, wobei die Menge begrenzt werden muss.

→ Außerdem könnten Amphetamine auch – wie bisher - ärztlich verschrieben werden.

Produktkontrolle

Dosierung und Zubereitung

→ Alle Drogen, die als Tabletten oder Pulver angeboten werden, unterliegen bei Produktion und Verkauf den üblichen Kontrollen, die für pharmazeutische Produkte gelten.

→ Tabletten könnten so hergestellt werden, dass sie nicht durch Zermörsern zum Schnupfen oder Spritzen geeignet sind.

→ Die Dosierung könnte auf einem geeigneten Niveau standardisiert werden, pro Tablette oder Pulverbeutel (nach den Erfahrungen mit den verschriebenen Amphetaminen).

[75] Die manchmal Levomethamphetamin und Pseudoephedrin enthalten.

→ Wie bei Kokain könnte die Konzentration eines schnupfbaren Amphetamins durch Verwendung eines Füllstoffes ohne schädliche Eigenschaften vermindert werden (auf unter 100 %).

→ Die Verwendung von langsam freisetzenden Pflastern könnte erprobt werden. Solche Pflaster gibt es bereits für Methylphenidat (Ritalin®).

Preiskontrollen

→ Feste Preise oder Preise innerhalb eines gewissen Rahmens könnten festgelegt werden. In diesen Preisen ist die Steuer nach Einheit oder nach Gewichtsprozenten enthalten.

→ Preise und Steuer könnten progressiv angepasst werden, von geringen, niedrig dosierten und langsam freigesetzten Zubereitungen bis zu höheren, für Zubereitungen mit schnellem Wirkungseintritt.

→ Die Preise sollten ähnlich oder geringfügig niedriger sein als auf dem Schwarzmarkt. Amphetaminpreise sind allerdings sowieso relativ niedrig und deshalb kein wesentlicher Faktor bei der Entscheidung der Konsumenten. Aber ein geringerer Preis könnte die illegale Produktion und den illegalen Handel vermindern, ohne unbedingt den Konsum zu steigern. Wie bei allen Drogen müssen die Preisgestaltungen sorgfältig bedacht und die Effekte genau beobachtet werden.

Verpackungskontrollen

→ Neutrale Verpackungen – wie bei Medikamenten.

→ Die Tabletten sollten in standardisierten Medikamentenbehältern oder in Blisterpackungen in einem geeigneten Behälter verkauft werden. Pulver könnte in Briefchen gefüllt werden, die in einem versiegelten Behälter geliefert werden.

→ Die Behälter müssten fälschungs- und kindersicher sein.

→ Die Angaben auf der Verpackung sollten standardisiert sein: Stärke des Inhaltsstoffes, Einheiten, Gesundheits- und Sicherheitshinweise, Verfallsdatum usw. Kurzgefasste Informationen und deutliche Warnungen auf den Packungen und Tütchen sollten durch ausführliche Informationen auf einem Beipackzettel ergänzt werden. Ausdrücklich sollte darauf hingewiesen werden, dass diese Produkte nicht für den medizinischen Gebrauch bestimmt sind, damit die unterschiedlichen Märkte für medizinischen und den nichtmedizinischen Gebrauch deutlich werden.

→ Angaben über den lizenzierten Käufer könnten bei Bedarf sowohl auf dem Behälter als auch auf den Tütchen und den Tablettenblisterpackungen vermerkt werden.

Kontrolle von Verkäufer/Vertriebsstätte/Abgabestelle

Werbung/Verkaufsförderung

→ Totales Werbeverbot für Amphetamine in Tabletten- und Pulverform inklusive strikter Kontrollen des Erscheinungsbildes der Abgabestellen und deren Beschilderung.

→ In geringem Ausmaß könnte Werbung für schwach wirksame und rezeptfreie Produkte (niedrig konzentrierte Lösungen und *Energydrinks*) zugelassen werden. Die Bedingungen müssen so streng sein wie bei den jetzt legalen Amphetaminprodukten.

Lizenzen für Lieferanten/Verkäufer: Allgemeines

→ Für die eingehende Diskussion verweisen wir auf das Apothekenmodell.
→ Lokale Behörden würden Öffnungszeiten, Zahl und Dichte der Abgabestellen festlegen.

Kontrolle der Absatzmengen

→ Die Menge pro Käufer sollte begrenzt werden (pro Tag/ Woche/Monat). Alternativ könnten die Preise bei größeren Mengen steigen. Die maximale Menge sollte sich an einem realistischen Niveau für den persönlichen Gebrauch orientieren (einmal pro Woche, viermal im Monat vielleicht), aber deutlich unter dem Bedarf für einen problematischen Konsum (das wäre täglicher Konsum) bleiben. Man muss sicher davon ausgehen, dass ein Teil bei bestimmten sozialen Konstellationen geteilt wird, auch wenn nur für den persönlichen Gebrauch verkauft wird.

→ Mit problematischem Konsum und Abhängigkeit sollte innerhalb des medizinischen Systems umgegangen werden.

→ Die Kontrolle der Mengen könnte über die Einführung einer individuellen Einkaufslizenz durchgesetzt werden, die wiederum mit einem zentralen Datenerfassungssystem verbunden ist.

Kontrolle des Käufers/Konsumenten

Alterskontrolle

Die Verkäufer wären verpflichtet, das Alter durch Vorlage des Personalausweises zu kontrollieren – evtl. verbunden mit einer Datenbank der lizenzierten Käufer.

Festlegen einer Grenze bei Abgabe an bereits intoxikierte Personen

Die Verkäufer wären verpflichtet, die Abgabe an bereits intoxikierte Personen anhand von klar formulierten Leitlinien zu verweigern.

Lizenzen für Käufer/Konsumenten

→ Zuerst (ganz sicher in Pilotmodellen) sollte ein System etabliert werden, das nur lizenzierten Personen den Erwerb nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Das könnte mit einer Datenbank verbunden werden, in der die Käufe gespeichert werden. Die Lizenzen könnten bei Regelverletzungen (zum Beispiel Weiterverkauf) entzogen werden.

→ Details zum Namen der Käufer könnten verschlüsselt auf den Packungen vermerkt sein. Auch der Einsatz von Microtaggants ist denkbar.

Regelungen für die Konsumorte

→ Öffentlicher Konsum von Tabletten wäre kein Problem. Öffentliches Schnupfen wäre an den meisten Orten eine Straftat, die mit einer Geldstrafe geahndet wird.

→ Es sollte besonders darauf hingewiesen werden, dass der gleichzeitige Konsum von Alkohol sehr riskant ist.

Andere Amphetamine

Methylphenidat (Ritalin®)

Ritalinverschreibungen sind aus mehreren medizinischen Gründen weit verbreitet. Am bekanntesten – und umstrittensten – ist die Anwendung zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Schul- und auch bei Vorschulkindern.[76]

[76] Auch Dexamphetamin und Adderall® (eine Präparat aus Ritalin und Dexamphetamin) wird bei dieser Indikation viel verschrieben.

Ein Teil des verschriebenen Ritalins wird allerdings nicht medizinisch verwendet. Die Häufigkeit des medizinischen Gebrauchs bei Kindern hat in dieser Gruppe auch zu Problemen mit Missbrauch geführt. Mit der Entwicklung von retardierten Präparaten und Pflastern hat man angefangen, diesem Problem zu begegnen.
Aber die Diskussion über die Verschreibung an Kinder, die zu ernsthafter Sorge Anlass gibt, sollte nicht den nicht medizinischen Gebrauch von Erwachsenen bestimmen. Wenn es einen legalen Zugang zu Dexamphetamin gäbe, würde die Nachfrage nach anderen Amphetaminen mit ähnlicher Wirkung wie Ritalin sicher nachlassen. Falls eine Nachfrage bleibt, könnte nichtmedizinisches Methylphenidat parallel oder statt Dexamphetamin verfügbar gemacht werden.

Methamphetamin

Methamphetamin ist ein stärker und länger wirkendes Amphetamin, obwohl die Unterschiede zu anderen Amphetaminen wahrscheinlich überschätzt werden; die wesentlichen Unterschiede sind die einfache Produktion und die Tatsache, dass es leichter geraucht werden kann (*siehe Kapitel 4.2*). In den letzten zwei Jahrzehnten ist der medizinische Gebrauch erheblich zurückgegangen, während der nicht medizinische Gebrauch rapide zugenommen hat. Es ist zu einem erheblichen Problem für die öffentliche Gesundheit geworden, besonders in einigen Regionen wie Südostasien, Osteuropa, Russland und Nordamerika.

So ist Methamphetamin – zusammen mit massiven Problemen beim illegalen Drogenhandel – zur „neuen Bedrohung“ durch Drogen geworden. In den USA hat es im Krieg gegen Drogen die Rolle übernommen, die früher Crack hatte. Panikmache in den Medien hat zu einer übertriebenen Darstellung seines Bedrohungspotentials geführt. Diese Übertreibung verdeckt zum einen ein realistisches Verständnis der ernsten Probleme, denen sich eine Minderheit der Konsumenten gegenübersieht. Zum anderen verdeckt

Auch hier haben Geschäftemacher die Chance zu großen Gewinnen durch Belieferung der illegalen Märkte mit den stärksten, riskantesten und gewinnbringendsten Produkten, da legale Bezugsmöglichkeiten für andere Amphetamine fehlen.

diese Panikmache die Tatsache, dass der Konsum meist unproblematisch ist. Man muss auch sehen, dass Methamphetamin leicht aus verfügbaren Chemikalien und Drogen hergestellt werden kann, darunter aus rezeptfreien Medikamenten wie Ephedrin und Pseudoephedrin. Das macht eine Kontrolle praktisch unmöglich und schafft einen attraktiven und lukrativen Markt für kriminelle Geschäftemacher. Auch hier haben Geschäftemacher die Chance zu großen Gewinnen durch Belieferung der illegalen Märkte mit den stärksten, riskantesten und gewinnbringendsten Produkten, da legale Bezugsmöglichkeiten für andere Amphetamine fehlen.[77]

Wo Methamphetamin zu einem größeren Problem geworden ist, sind verschiedene parallel durchgeführte Maßnahmen nötig, um den Herausforderungen zu begegnen. Kurzfristig muss die Realität des Methamphetaminkonsums akzeptiert werden. Notwendig sind gesundheitspolitisch motivierte Maßnahmen, die gesundheitliche und soziale Risiken und Schäden vermindern. Das entspricht dem Ansatz, der oben für Crack beschrieben wurde, mit begrenzter Verfügbarkeit, Konsumräumen und Behandlungs-, Erholungs- und Unterstützungsangeboten für Problemkonsumenten.

Diese schadensmindernden Maßnahmen könnten in bestimmten Fällen mit einer Dauerverordnung für den notwendigen Bedarf kombiniert werden, wie es bereits für einige Amphetamine etabliert ist. Dabei besteht die Möglichkeit, Methamphetaminkonsumenten mit problematischem Konsum weniger starke und langsam freigesetzte Amphetamine zu verschreiben.[78]
Wenn diese als schwächere, sich langsam freisetzende orale Präparate zur Verfügung gestellt würden, könnten die Konsumenten von dem mit höherem Risiko behafteten Rauchen oder Injizieren abgehalten werden. Das längerfristige Ziel der Regulierung von Amphetaminen und – allgemeiner - von Stimulanzien wäre, den Druck der illegalen Märkte aufzuheben. Das würde zu einem gesünderen und weniger sozialschädlichen Umgang mit Stimulanzien führen. Die Regulierung hätte zusammen mit Gesundheitserziehung und schadensmindernden Maßnahmen nach

[77] Im Gegensatz zu den USA blieb der Methamphetaminkonsum in Großbritannien, wo illegales Amphetamin relativ billig und leicht verfügbar ist, sehr gering.
[78] Zurzeit werden Studien mit Methylphenidat in einigen Ländern durchgeführt, z. B. in Finnland und Neuseeland.

und nach einen positiven Einfluss auf Konsumenten von Stimulanzien und ihre Subkultur und würde so zu weniger gefährlicher Drogen, Zubereitungen, Verhaltensweisen und Konsummilieus führen.

Ephedrin

Ephedrin ähnelt nach seiner chemischen Struktur und seiner Wirkung Dexamphetamin und Methamphetamin, ist aber schwächer als beide. Die Droge kommt in der Pflanze Ephedra (Meerträubel) vor und wird seit langem in der traditionellen chinesischen Medizin verwendet. Ephedrin ist als Hydrochlorid und Sulfat in vielen Ländern, auch in den USA, legal zu bekommen. Es ist sowohl in rezeptpflichtigen als auch in rezeptfreien Medikamenten enthalten und wird von bestimmten Gruppen wie Freiberuflern, Geschäftsleuten, Studenten und Sportlern als Aufputschmittel benutzt.[79]
Ephedrin wird auch zu anderen Lifestyle- und zu medizinischen Zwecken genutzt, z. B. in Nasentropfen, als Appetitzügler und Asthmamedikament.

Bis vor kurzer Zeit war Ephedrin für die Konsumenten nicht medizinischer Drogen relativ uninteressant. Das änderte sich, als man entdeckte, dass das Isomer Pseudoephedrin ein Vorläufer von Methamphetamin ist. Daraufhin wurde Ephedrin zunehmend strenger kontrolliert. Interessanterweise antworteten die USA nicht mit einem Verbot, sondern mit einem Bündel strenger Regulierungen unter dem *„Combat Methamphetamine Epidemic Act“*[80] von 2005, der 2006 in Kraft trat.
Dieses Gesetz ergänzte den US-Code, der sich mit dem Verkauf von ephedrinhaltigen Produkten befasste. Dieses Bundesgesetz enthielt folgende Anforderungen an Händler, die Ephedrin oder Pseudoephedrin verkaufen:

→ Aufzeichnungen aller Käufer mit Namen und Adresse, die zwei Jahre aufbewahrt werden müssen.

→ Überprüfung der Identität der Käufer.

[79] Es ist sehr fraglich, ob es unbedenklich bei sportlichem Training angewendet werden kann, und über seine Legalität bei Wettkämpfen wird gestritten.
[80] Für Einzelheiten siehe
www.fmi.org/gr/METH_summary_clean_update3_06_logo.pdf.

→ Vorschriftsmäßiger Schutz und kontrollierter Zugang bei gleichzeitiger Sammlung persönlicher Daten.

→ Meldung verdächtiger Zahlungen oder des Verlustes der regulierten Produkte bei der Staatsanwaltschaft.

→ Tabletten dürfen nur in Einzeldosen in Blisterpackungen verkauft werden.

→ Die regulierten Produkte dürfen nicht im Selbstbedienungsbereich angeboten werden und müssen in einem verschlossenen Raum aufbewahrt werden, um den Zugang zu beschränken.

→ Die Menge des pro Tag verkauften Produkts darf 3,6 g nicht überschreiten, unabhängig von der Zahl der Verkäufe.

→ Die Menge der monatlichen Verkäufe darf 9 g Pseudoephedrinbase nicht überschreiten. Ähnliche Regelungen gelten im Versandhandel, hier ist die Gesamtmenge auf 7,5g begrenzt.

Diese Maßnahmen scheinen auf den ersten Blick drakonisch, wenn man an Erkältungsmedikamente denkt, die in den meisten häuslichen Medizinschränken zu finden sind. Sie sind wohl auch unwirksam, um die Verfügbarkeit und den Gebrauch des illegalen Methamphetamins zu vermindern. Tatsächlich hat sich die Produktion von Metham-phetamin einfach von den Küchenlabors zu Unternehmen der organisierten Kriminalität verschoben. Immerhin weisen diese Regelungen – wenn auch versehentlich – auf einige nützliche Regelungsmodelle für den nicht medizinischen Gebrauch von Amphetaminen hin.

5.4.3 Ecstasy/MDMA

MDMA – auch bekannt als Ecstasy – ist eine synthetische Droge, die den Amphetaminen ähnlich ist. Neben den stimulierenden Eigenschaften hat MDMA aber weitere, unverwechselbare psychische Effekte, die es von den Amphetaminen unterscheidet. Sie schaffen ein Gefühl der Empathie und Nähe in sozialen Situationen. Ecstasy wird deshalb auch als „empathogen“ oder „entaktogen“ beschrieben. Ecstasy/MDMA ist die bei weitem populärste Droge von einer großen Gruppe ähnlicher

psychoaktiver Substanzen (*Designerdrogen*), die in den letzten 100 Jahren entwickelt wurden.[81]
Keine der anderen Substanzen (auch 2CB und MDA nicht) hat mehr als eine kurze oder geringfügige Rolle in der illegalen Drogenszene gespielt; tatsächlich werden viele davon als Ecstasy verkauft.

Die schnelle Verbreitung von Ecstasy in der Jugendkultur der späten 1980er- und frühen 1990er-Jahre war Auslöser für die übliche "moralische Entrüstung" und führte zu einer Panik, die sporadisch noch heute auftritt. Gleichzeitig wurde über die Risiken und Schäden des Konsums dieser Droge in verschiedenen Situationen intensiv geforscht. Es bestand ein großes Missverhältnis zwischen den Forschungsergebnissen und der Reaktion von Politikern und Medien, die Schäden verzerrt darstellten, indem sie sich auf einzelne Todesfälle stürzten.
Die neueste und umfassende Zusammenstellung der wissenschaftlichen Beobachtungen[82] wurde 2009 publiziert.
Diese Zusammenstellung war Teil der MDMA-Klassifikation in Großbritannien, die vom *Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD) durchgeführt wurde. Der ACMD-Bericht von 2009 empfahl, dass MDMA von Klasse A nach Klasse B zurückgestuft werden sollte.
In diesem Bericht heißt es:

„Der Konsum von MDMA ist unzweifelhaft schädlich. Hohe Dosen können zum Tode führen: durch die direkte Toxizität, durch Hyperthermie/Dehydratation, durch exzessive Wasseraufnahme oder aus anderen Gründen. Allerdings ist die Zahl der Todesfälle bezogen auf die weite Verbreitung relativ gering und erheblich geringer als die anderer in Klasse A eingestufter Drogen, besonders Heroin und Kokain. Diese Risiken können durch geeignete Maßnahmen wie eine geeignete Trinkmenge erheblich vermindert werden, auch wenn das kein Ersatz für Abstinenz ist.

[81] Der berühmte Forscher Alexander Shulgin beschreibt in seinem Buch „PiHKAL", wie er mehr als 200 ähnliche Substanzen (auch MDMA, das bereits 1912 von Merck synthetisiert wurde), entwickelte und testete.
[82] G. Rogers et al., *„The harmful health effects of recreational ecstasy: a systematic review of observational evidence"*, Health Technology Assessment, 2009; Vol. 13(6), Seite 1–338. Diese Untersuchung stellte die Ergebnisse aus mehr als 4000 Studien zusammen, von denen 422 die Einschlusskriterien erfüllten.

In manchen Fällen kommt es zu medizinischen Problemen, die eine Krankenhausbehandlung erfordern, manchmal sogar die Behandlung auf der Intensivstation. Die Zahl der Vergiftungen mit MDMA steigt aber zur Zeit nicht an und ist geringer als die Zahl der Kokainvergiftungen.

MDMA scheint kein hohes Abhängigkeitsrisiko zu haben, und es treten keine Entzugssymptome auf, obwohl eine gewisse Anzahl von Konsumenten Unterstützung im Drogenhilfesystem sucht.

MDMA scheint einen nur geringen akuten oder länger anhaltenden Effekt auf die seelische Gesundheit der meisten Konsumenten zu haben; anders als bei Amphetaminen und Kokain wird es nur selten mit paranoiden Störungen in Verbindung gebracht.

Bis jetzt gibt es wenig Anhaltspunkte dafür, dass MDMA zu lang dauernden anatomischen oder funktionellen Schäden des Gehirns führt. Es gibt allerdings Anzeichen für eine geringe Beeinträchtigung einiger Fähigkeiten wie die Merkfähigkeit (auch das Wortgedächtnis), sogar schon bei niedrigen kumulativen Dosen. Das Ausmaß dieser Defizite scheint gering zu sein, und die klinische Bedeutung ist unklar. MDMA wird in Großbritannien seit 20 Jahren missbräuchlich konsumiert, aber schädliche Langzeiteffekte sind bisher nicht zu erkennen.

Insgesamt schätzt der ACMD die körperlichen Schäden durch MDMA ähnlich denen durch Amphetamine ein und geringer als die durch Heroin oder Kokain verursachten.

MDMA scheint kaum Schäden für die Gesellschaft (durch Intoxikation oder soziale Verwahrlosung) zu verursachen. Allerdings stellt der ACMD fest, dass es in sehr seltenen Fällen unter MDMA zu sexuellen Übergriffen gekommen ist.

Enthemmung und impulsive, gewalttätige und riskante Verhaltensweisen werden normalerweise unter dem Einfluss von MDMA nicht beobachtet, anders als bei Kokain, Amphetaminen, Heroin und Alkohol.“

Entscheidende Mängel der Studienbasis sollten nicht unerwähnt bleiben. MDMA ist eine relativ neue (weitverbreitete) Droge im Vergleich zu Amphetaminen und Kokain, und die Illegalität ist ein zusätzliches Hindernis für die Forschung. Immerhin gibt es jetzt eine begründete Einschätzung des Risikos dieser Droge, besonders im Vergleich zu anderen Stimulanzien.

Das Risiko einer akuten Vergiftung ist relativ gering, insbesondere, wenn einfache Ratschläge zur Schadensminderung befolgt werden. Dazu gehören ausreichendes Trinken, Vermeiden von Überhitzung in Tanzklubs, bei Partys oder anderen Konsumgelegenheiten und Vorsicht beim gleichzeitigen Konsum verschiedener Drogen. Auch wenn ein Hochrisikokonsum zu beobachten ist, ist abhängiger Konsum sehr selten. Anders als bei Kokain und Amphetaminen gibt es weder einen niedrig dosierten funktionalen Konsum noch eine Abhängigkeit bei häufigem hochdosierten Konsum.

Wir schlagen deshalb vor, dass zunächst spezialisierte Apotheken MDMA anbieten, entsprechend den Vorschlägen für Amphetamine und Kokain. Für den Konsum der Tanzmusik- und Partyszene könnte auch ein Lizenzmodell für Klubmitglieder erprobt werden. Das wäre eine geeignete Antwort auf die Realität des MDMA-Konsums; dieses Angebot wird bereits in vielen Klubs gemacht.
Nach den Erfahrungen in Großbritannien sind die Preise von MDMA in den letzten zwei Jahrzehnten dramatisch gesunken, obwohl der Konsum seit dem Höhepunkt Mitte der 1990er-Jahre etwas zurückgegangen ist. Praktisch würde der lizenzierte Verkauf in den Klubs ermöglichen, dass Kaufentscheidungen aufgrund von Informationen über Inhalt und Dosierung getroffen werden.
So eine Entscheidung ist auf illegalen Märkten nicht möglich, auf denen „Pillen“ mit unbekannten Inhaltsstoffen von unbekannter Stärke und Reinheit angeboten werden.

Lizenzierte Händler in Klubs wären in der Lage, Verantwortung ähnlich wie ein Apotheker zu übernehmen. Sie wären verpflichtet, bei Intoxikation, Überschreitung der erlaubten Mengen und mehrfachen Käufen nichts abzugeben. Zu Beginn könnte man die Abgabe auf Mitglieder beschränken. Damit wäre eine gewisse Zugangskontrolle verbunden und die Möglichkeit, die Mitgliedschaft bei Regelverletzungen zu beenden, zum Beispiel bei Verkauf an Dritte oder Abgabe an Personen, denen der Zutritt bereits verwehrt wurde.

Darüber hinaus rechtfertigen es die „empathogenen/entactogenen“ Eigenschaften von MDMA, eine zusätzliche Anwendung zu ermöglichen: MDMA könnte für Psychotherapien durch besonders qualifizierte Ärzte zugänglich gemacht werden. Der Einsatz von MDMA im

Rahmen verschiedener Therapieformen ist bei Paartherapie, Depression, Angststörungen bei Krebspatienten und posttraumatischen Belastungsstörungen erprobt worden. Auch wenn sich keine sicheren Vorhersagen über die Effizienz machen lassen, sollte solche nützliche Forschung nicht aus Besorgnis über den Konsum in der Partyszene eingeschränkt werden. Die therapeutischen Möglichkeiten von MDMA werden bereits in den USA und anderswo vermehrt erforscht.[83]

5.4.4 MDMA-Analoga und andere „Designerdrogen“

In den letzten zwei oder drei Jahrzehnten haben das Auftreten von MDMA und einer Unzahl ähnlicher Verbindungen schwierige Fragen aufgeworfen: Wie sollen das öffentliche Gesundheitswesen und die Strafverfolgungsbehörden mit neuen psychoaktiven Substanzen umgehen? In einigen Ländern, auch in Großbritannien, werden ganze Gruppen ähnlicher chemischer Verbindungen (inklusive der Varianten, die vielleicht zukünftig entwickelt werden) innerhalb eines Gesetzeswerks behandelt.

Ein vernünftiger Vorschlag wäre es, nicht jede neue Substanz, die nicht von dem vorhandenen Regelwerk erfasst wird, gesetzlich zu erlauben, wie es jetzt häufig der Fall ist. Ein grundsätzliches Verbot, jedenfalls für jede Form des kommerziellen Handels, wäre ein vorsichtiger und verantwortungsbewusster Weg. Die Gesetzgebung über Betäubungsmittel könnte zur Überwachung der Verbreitung unbekannter Substanzen eingesetzt werden, besonders bei irreführenden Angaben und ohne informierte Einwilligung. Diese Prohibition würde bestehen bleiben, bis die Droge ausreichend überprüft und von den zuständigen Behörden genehmigt wurde.

Wie aber eine solche Prohibition funktionieren könnte, ist schwer zu beantworten. Es müssten Unterschiede gemacht und Sanktionen festgelegt werden, der Natur der Drogen und den Motiven für Produktion und Angebot entsprechend. Vor allem die kommerzielle Entwicklung und der Verkauf von nichtklassifizierten Substanzen sollten durch solche Restriktionen kontrolliert werden. Allerdings nähme der Anreiz

[83] Siehe: www.maps.org/mdma/.

für illegal arbeitende Chemiker erheblich ab, neue Drogen für den illegalen Markt zu entwickeln und zu vermarkten, wenn legale Alternativen zur Vefügung stünden. Solche kommerziellen Interessen dienenden Aktivitäten sollten sinnvollerweise von den sicher nur in geringem Ausmaß vorkommenden Aktivitäten der „Psychonauten“ – Hobby-Drogenchemiker - getrennt gesehen werden.
Forschung im Bereich neuer psychoaktiver Drogen sollte idealerweise in universitären oder Regierungseinrichtungen stattfinden, unter externer Aufsicht und Kontrolle.

Weiterführende Literatur

M. Haden, “*Controlling Illicit Stimulants: A Regulated Market Model*”, Harm Reduction Journal 5:1, 2008

“*The Cocaine Project report*”, World Health Organization, and UN Inter-regional Crime and Justice Research Institute, 1995

“Coca Myths”, Transnational Institute, 2009

C. Reinarman, H. Levine (eds.), *“Crack in America: Demon Drugs and Social Justice”*, University of California Press, 1997

M. Jay, “*From Soft Drink to Hard Drug; A Snapshot History of Coca, Cocaine and Crack”*, Transform Drug Policy Foundation, 2005

T. Feiling, “*The Candy Machine: How Cocaine Took Over the World*”, Penguin, 2009

P. Fleming, “*Prescribing amphetamine to amphetamine users as a harm reduction measure*”, International Journal of Harm Reduction, 9:5, pages 339–344, 1998

For background on different stimulant drugs see: the EMCDDA “*drug profiles*” resource: www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles

“BZP: New Zealand’s experiment with legal regulation of a non-medical stimulant”, Transform Drug Policy Foundation, forthcoming.

5.5 Psychedelische Substanzen

Unter dem Oberbegriff „Halluzinogene“ – also Stoffe, die Halluzinationen hervorrufen – lassen sich im Wesentlichen drei Untergruppen voneinander abgrenzen, die sich durch ihre Wirkweise und ihre subjektiven Effekte unterscheiden. Diese Untergruppen sind:

→ bewusstseinspaltende Substanzen,[84]
→ wahnhervorrufende Substanzen,[85] und
→ bewusstseinserweiternde (psychedelische) Substanzen.
Wir konzentrieren uns hier auf Letztere.[86]

„Psychedelisch“ ist ein relativ neuer Begriff, der im Wesentlichen eine „Offenbarung der sinnlichen Wahrnehmung“ umschreibt und Stoffe umfasst, die subjektive Veränderungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins hervorrufen. Die am weitesten verbreiteten psychedelischen Substanzen außerhalb medizinischer Verwendung sind LSD (Lysergsäurediethylamid), Psilocybin/Psilocybe (pflanzlich vorkommend in „Zauberpilzen“), Meskalin (pflanzlich vorkommend in Peyote und San-Pedro-Kakteen) und DMT (pflanzlich vorkommend in Ayahuasca).[87] Andere Drogen, wie zum Beispiel Cannabis und einige Substanzen der MDMA-Gruppe, können ebenfalls psychedelische Effekte hervorrufen. Da diese bei diesen Drogen jedoch nicht die primären Effekte sind,

[84] Diese Stoffe, dazu gehören Ketamin, PCP und Distickstoffoxid (Lachgas), bewirken eine sensorisch losgelöste, vom Körper getrennte traumartige Erfahrung, indem sie das Bewusstsein von anderen Teilen der Wahrnehmung trennen (Ketamin und Lachgas werden wegen dieses Effekts als Anästhetika verwendet).

[85] Wahnhervorrufende Substanzen - hierzu gehören die Alraune, Bilsenkraut und Stechapfel (Datura) sowie einige Pharmazeutika, wenn hoch dosiert, wie Benadryl - haben eine besondere Wirkung auf das Gehirn und rufen schwere Halluzinationen hervor. Sie sind daher toxischer als andere Halluzinogene und haben häufig unangenehme Nebenwirkungen, was dazu führt, dass sie kaum zu Entspannungszwecken genutzt werden (und daher auch fast nie verboten waren). Sie sind lediglich für Historiker und eine kleine Gruppe von „Psychonauten“ von Interesse.

[86] Anm. der Übersetzerin: Für den Begriff „Psychedelics“ (hier übersetzt mit „bewusstseinserweiternde Substanzen“) gibt es im Deutschen keine 1:1-Entsprechung. Da der englische Begriff hinlänglich bekannt ist, werde ich im Folgenden meistens „psychedelische Substanzen“ verwenden.

[87] Psychedelische Substanzen in pflanzlicher Form, die in religiösem oder schamanischem Kontext verwendet werden, nennt man auch „Entheogene“.

werden sie der Gruppe der psychedelischen Substanzen nicht zugeordnet.
Zwar haben all diese Substanzen ihr eigenes Risikoprofil, dennoch haben sie bestimmte Eigenschaften gemeinsam. Im Allgemeinen gelten sie als wenig toxisch, weshalb nur eine geringe Gefahr der Überdosierung besteht. Todesfälle nach Einnahme sind somit sehr selten und normalerweise die Folge einer Mischintoxikation. Ein weiteres Risiko sind Unfälle unter Einfluss dieser Substanzen, denn typische Folgen des Konsums sind der Verlust von Hemmungen, übermäßige Sorglosigkeit und Orientierungsverlust.[88] Auch gelten abhängige Verhaltensmuster für psychedelische Substanzen eher als untypisch, denn die Intensität der Erfahrung wirkt selbstbegrenzend[89] Ebenso untypisch sind Entzugserscheinungen, sehr selten kommt es zu gewohnheitsmäßigem oder gezielt übermäßigem Konsum.

Das sollte nicht davon ablenken, dass psychedelische Substanzen dennoch in anderer Weise problematisch sein können. So kann es durch den Konsum zu einer erheblichen Verschlimmerung bereits bestehender oder zum offenen Ausbruch bisher unerkannter psychischer Erkrankungen kommen. Auch besteht das Risiko psychisch traumatisierender, negativer Erlebnisse („Horrortrips“), die gelegentlich zu akuten psychotischen Episoden führen.
Aufgrund der geringen Toxizität und des geringen Abhängigkeitspotentials werden diese Stoffe üblicherweise als eher wenig risikoreich angesehen, verglichen mit Stimulanzien und Sedativa.[90]Die bestehenden Risiken sollten ausschlaggebend bei der Wahl der Kontrollmodelle sein, die die Wege zum Konsumenten und den Konsum betreffen. Diese Modelle konzentrieren sich vor allem auf psychisch besonders anfällige

[88] Während die weitverbreitete Mär, dass Menschen unter dem Einfluss von psychedelischen Stoffen „glauben, sie könnten fliegen, und deshalb aus dem Fenster springen“, vor allem ein Ergebnis der LSD-Panik der 60er ist, ist es dennoch unter dem Einfluss dieser Substanzen zu einigen sehr schweren, teilweise tödlichen Unfällen gekommen.
[89] Ein weiterer limitierender Faktor ist die rasche Toleranzbildung (auch zwischen den verschiedenen psychedelischen Substanzen).
[90] Siehe auch: Nutt et al.: „*Development of a rational scale to access the harm of drugs and potential misuse*“, The Lancet, 369, Seiten 1047-1053. Aus historischen Gründen, die ihre Wurzeln im Aufkommen der psychedelischen Substanzen als wichtigen Teil des “counter culture movement” der 1960er-Jahre haben, neigte man dazu, diese Stoffe in die rechtliche Kategorie „am gefährlichsten“ einzuordnen (so z. B. in den USA und Großbritannien) – unpassender Weise neben Kokain und Heroin.

Konsumenten (geistiger Zustand, emotionaler oder psychischer Zustand bei der Einnahme) und auf den äußeren Rahmen (physische Umgebung und Konsum in Gemeinschaft).

Der Gebrauch von psychedelischen Substanzen geht mit einer bestimmten Palette von Verhaltensweisen einher. Grob ist dabei zwischen zwei typischen Mustern zu unterscheiden: Zum einen kann es dem Konsumenten vornehmlich um den Effekt der Bewusstseinserweiterung gehen, der Teil einer geplanten Einzel- oder Gruppenerfahrung, eines Experiments oder eines Rituals ist. Zum anderen dient die Einnahme als Ergänzung oder als Verstärker eines anderen Entspannungserlebnisses, denkbar in den verschiedensten sozialen Umgebungen, wie beispielsweise Musikkonzerte, Partys, Nachtklubs und so weiter.

Drei der vier hier diskutierten psychedelischen Substanzen – Psilocybin, Meskalin, DMT - gibt es sowohl als natürliche, pflanzliche als auch als pharmazeutisch hergestellte Variante. Die pflanzlichen Varianten haben in vielen Kulturen eine lange Geschichte des ritualisierten, religiösen oder schamanischen Gebrauchs. Als Beispiel wäre der Gebrauch des Peyotekaktus in Glaubensritualen der amerikanischen Ureinwohner zu nennen, der des San-Pedro-Kaktus bei den Andenindianern, der von Ayahuasca bei den Eingeborenen Amazoniens sowie der weit verbreitete Gebrauch von Psilocybinpilzen, der ihrer hohen geographischen Verbreitung geschuldet ist.

Der Gebrauch von Ayahuasca und von Peyote bzw. San-Pedro-Kakteen außerhalb der geographisch begrenzten Gebiete dieser eingeborenen Völker ist selten und ist eigentlich ausschließlich auf Rituale oder spirituelle Kontexte beschränkt. Die Zubereitung dieser Substanzen zum Gebrauch ist ziemlich kompliziert und aufwändig, das hergestellte Gebräu schmeckt widerlich, und im Falle von Ayahuasca muss man mit Nebeneffekten wie Erbrechen und Durchfall rechnen.[91] Es überrascht daher wenig, dass sie sich für Entspannungszwecke oder in der Partydrogenszene nie durchsetzen konnten, ganz anders als der „Zauberpilz“ (*siehe unten*), wodurch sie auch unter dem Gesichtspunkt der Regulierung eher eine marginale Rolle spielen. Dementsprechend sind auch die aktiven Wirkstoffe – Meskalin und DMT – verboten, während die

[91] Seine religiöse Verwendung beinhaltet häufig sowohl einen geistigen als auch einen körperlichen Reinigungsprozess.

Pflanzen selbst keinem Verbot unterliegen. Besonders der San-Pedro-Kaktus wird häufig zu dekorativen Zwecken angebaut.

Der derzeitige rechtliche Status von psychedelischen Drogen ist ziemlich uneindeutig und verwirrend. Dies zeigt, wie schwierig es ist, den Zugang zu natürlichen Pflanzen beschränken zu wollen oder genaue Kriterien dafür festzulegen, ab welchem Punkt der Besitz solcher Pflanzen ein strafbares Verhalten darstellt. Während die UN-Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 Meskalin, DMT und Psilocyn/Psilocin in Tabelle 1 aufführt, ist im Kommentar der Konvention (der offiziellen Richtlinie zur Anwendung und zur Umsetzung derselben) folgendes zu finden:

„Der Anbau von Pflanzen, aus denen psychoaktive Substanzen gewonnen werden, wird durch das Wiener Abkommen nicht kontrolliert. […] Weder die Spitze (Frucht, „mescal button“[92]) des Peyotekaktus noch die Wurzel der Pflanze mimosa hostilis noch der Psilocybinpilz selbst sind in Tabelle1 zu finden, sondern nur ihre jeweiligen Wirkstoffe Meskalin, DMT und Psilocyn/Psilocin.“[93]

Artikel 32 der Konvention von 1971 beschreibt eine zusätzliche Ausnahme:
„Ein Staat, auf dessen Gebiet Pflanzen in freier Natur wachsen, die in Tabelle 1 genannte psychotrope Substanzen enthalten, und die traditionell von bestimmten kleinen, klar abgegrenzten Gruppen für magische oder rituelle Zeremonien verwendet werden, darf zur Zeit der Unterschrift, der Ratifikation oder des Beitritts Ausnahmen bezüglich dieser Pflanzen beantragen, im Sinne der Einhaltung von Artikel 7, nicht aber für den internationalen Handel.“

Viele solcher Ausnahmen gelten in bestehendem Länderrecht und stellen funktionierende rechtliche Modelle für den rituellen/religiösen Gebrauch von psychedelischen Substanzen dar. Ein beachtenswertes Beispiel hierfür ist der erlaubte Gebrauch des Peyotekaktus (Meskalin) in den USA durch Indianer und der Verzicht auf die Vorgabe, eine

[92] Peyote ist ein kleiner runder Kaktus, der ca. 5 cm aus dem Boden heraustritt. Dieser überirdische Kopf des Kaktus (peyote-button, mescal-button) wird abgeschnitten und getrocknet.
[93] Anm. des Ü.: Übersetzung auf der Basis des vorliegenden Textes, nicht der Originalkonvention.

entsprechende Erklärung zum Konsum bei Eintritt in den Militärdienst abzugeben.

Aus dem Bereich der traditionellen rituellen Verwendung kann vieles sinnvoll auf regulatorische Modelle übertragen werden. Diese Art der Verwendung unterliegt festen sozialen und kulturellen Kontrollen, die sicherstellen, dass der Gebrauch auf seltene Anlässe beschränkt bleibt, und dass das dazugehörige Szenario klar durch sorgfältige Zubereitungsrituale abgegrenzt wird. In solchen Modellen sind die Verwender sehr gut aufgeklärt und organisiert: Sie werden durch Betreuung und Peeranleitung unterstützt und bringen der möglicherweise tiefen und intensiven Drogenerfahrung den notwendigen Respekt entgegen.

Für jene, denen es eher um die experimentelle psychedelische Erfahrung geht, könnte ein Gruppen-/Gesellschafts-/Klubmodell infrage kommen, das sich auf einige der Lehren des traditionell-rituellen Gebrauchs stützt; in einem solchen könnte eine Vielzahl verschiedener Substanzen angeboten werden (z. B. auch LSD und andere pharmazeutische Zubereitungen von DMT und Meskalin). Modelle, die mit lizenzierten Konsumräumlichkeiten oder Abgabelizenzen arbeiten, könnten mit solchen kombiniert werden, in denen Käuferlizenzen oder Mitgliedschaften notwendig sind.

Diskussionsvorschlag für eine Regulierung von psychedelischen Substanzen

Basismodell der Regulierung

Ein auf Mitgliedschaft basierendes psychedelisches Klub- oder Gruppenmodell, das mit Elementen eines Fachapothekermodells zu kombinieren wäre (= ein Verkäufer, der besonders geschult und lizenziert ist und klar definierte Verantwortlichkeiten hat), lizenzierte Stellen für die Abgabe und den Konsum und lizenzierte Konsumenten (=ein Mitgliedersystem, das Schulungen fordert und sich mit bestimmten gesundheitlichen Kriterien befasst).

Produktkontrollen

Dosierung und Zubereitung

→ Für pflanzliche psychedelische Substanzen würde sich die Dosierung innerhalb eines akzeptablen Toleranzbereiches nach dem gängigen Wissen über Mengen/Wirkungsweisen für Trinkzubereitungen richten. Im Falle von frischen oder getrockneten Psilocybinpilzen wäre das Gewicht – abhängig von der jeweiligen Spezies - ausschlaggebend.

→ Pharmazeutische Erzeugnisse wären in Einheiten am unteren Ende der Wirkungsschwelle zu standardisieren. Höhere Dosen wären dann vielfache oder zusätzliche Einheiten dieser Standardeinheiten.

Preiskontrollen

→ Der bestehende Schwarzmarkt für psychedelische Substanzen ist vergleichsweise klein. Die Preise sind gering, Gebrauchshäufigkeit und damit Nachfrage so gering, dass der Preis als Entscheidungskriterium für oder gegen den Konsum kaum eine Rolle spielt. Preiskontrolle als Werkzeug der Regulierung wäre daher eher Nebensache.

→ Man könnte für Verkäufe, die nicht auf Gewinn ausgerichtet sind, feste Preise einführen (auch wenn andere Teile der Konsumerfahrung kostenpflichtig gemacht werden); damit würde der Versuch unattraktiv, durch höhere Dosen/Konzentrationen mehr Absatz und damit mehr Profit zu machen. Denkbar ist in diesem Zusammenhang auch eine prozentuale Besteuerung oder Besteuerung pro Einheit. Gruppen ohne Gewinnerzielungsabsicht sind zu bevorzugen.

Verpackungskontrollen

→ Für die Abgabe psychedelischer Substanzen über lizenzierte Abgabestellen sind keine besonderen Vorgaben im Bereich der Verpackung erforderlich.

→ In Szenarien, in denen die Substanzen aus irgendwelchen Gründen zur Mitnahme vorgesehen sind, sollten Standard-Verpackungskontrollen vorgeschrieben sein. Dazu gehören auch kinder- und entnahmegesicherte Behältnisse und Angaben über den (lizenzierten) Nutzer, wenn notwendig.

Kontrolle von Verkäufer/Abgabestelle/Konsumort

Lizenzen für Verkäufer/Anbieter

Der lizenzierte Verkäufer bzw. der Eigentümer der Abgabestätte, der für eine bestimmte Gruppe oder einen Klub zuständig wäre, hätte eine Reihe von Funktionen und Verantwortlichkeiten:

→ Die Rolle eines Apothekers, in der er über die Wirkungsweise, Gesundheit, Risiken und Risikominimierung informiert, ebenso über Hilfestellen und über Zugangsbeschränkungen bei Vorliegen bestimmter Kriterien (s. u.). Hierzu wäre als Lizenzbedingung der Vorweis einer standardisierten Ausbildung/Weiterbildung notwendig.

→ Verantwortung für das gesundheitliche Wohlbefinden der Konsumenten und die Verpflichtung, sich bei Schwierigkeiten und Problemen um sie zu kümmern. Er könnte dazu verpflichtet werden, an der entsprechenden Sitzung/Erfahrung als Beobachter oder Aufpasser teilzunehmen (natürlich selbst abstinent), insbesondere, wenn es sich um das erste Mal oder um Neulinge handelt. Er könnte außerdem mit einer Erlaubnis zur Verabreichung von Benzodiazepinen ausgestattet werden, die dazu dient, schwere durch psychedelische Substanzen hervorgerufene Notlagen abzuschwächen oder zu neutralisieren.

→ Sicherer Transport und sichere Lagerung der Drogenvorräte in Verbindung mit peniblen Aufzeichnungen über Verkäufe und beteiligte Personen.

→ Ein Management der Klubmitgliedschaft (Aufnahme/Ausschluss), das an klar festgelegten Kriterien ausgerichtet ist und sicherstellt, dass nur autorisierte Teilnehmer einen Zugang haben.

→ Einhaltung der grundlegenden Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften.

→ Beschränkung des Konsums innerhalb der Gruppe auf ausschließlich die lizenzierten psychedelischen Substanzen.

→ Aspekte wie Niederlassungsort der Abgabestellen, Vertriebsdichte und Öffnungszeiten wären durch die örtlichen Lizenzbehörden festzulegen, spielen aber eine untergeordnete Rolle, da der Konsum in Gruppen oder unter Aufsicht anzumelden wäre und die Orte variieren würden (u. a. auch speziell dafür angemietete Räumlichkeiten oder Privathäuser/-gärten).

Kontrolle von Absatzvolumen und Verkaufsmengen

Wenn die Verkäufe für den überwachten Konsum vor Ort bestimmt sind, ist Mengenkontrolle kein Thema, denn die Drogen werden vor Ort für den

unmittelbaren Verbrauch direkt vom Händler an den Konsumenten abgegeben (das heißt, der Konsum kann überwacht werden).
Jeglicher Verkauf „außer Haus“ wäre begrenzt auf Mengeneinheiten, die für den gelegentlichen, persönlichen Konsum angemessen sind.

Käufer-/Konsumentenkontrolle

Alterskontrolle

Zugangsvoraussetzung wäre ein Mindestalter (normalerweise über 18 Jahre).

Grad der Intoxikation/Verfassung des Käufers/Konsumenten

→ Verkäufer wären verpflichtet, offensichtlich intoxikierten Personen nach Maß-gabe eines klaren Richtlinienkataloges den Kauf zu verweigern.

→ Wenn der Verkäufer erkennen kann, dass der potentielle Käufer aus irgendwelchen Gründen zurzeit nicht in der Verfassung ist, eine psychedelische Erfahrung ohne Probleme zu durchleben, sollte er nach eigenem Ermessen/nach bestimmten Richtlinien den Verkauf verweigern können.

Lizenz-/Mitgliedschaftsbedingungen für den Käufer/Konsumenten

→ Eingangsvoraussetzung für die Mitgliedschaft in einer Gruppe/in einem Klub, in dem psychedelische Substanzen konsumiert werden, wäre das Absolvieren eines Lehrgangs. In diesem würden die potentiellen Konsumenten über die positiven und negativen Effekte der verschiedenen Substanzen und ihres Konsums informiert werden, und sie bekämen Informationen über die Bedeutung der Konsumumgebung und der jeweiligen Umstände sowie über die Risiken, die Verantwortung usw.

→ Das Mitgliedersystem wäre darauf ausgerichtet, vulnerable Personen (das heißt, Personen mit bestimmten geistigen, emotionalen oder psychischen gesundheitlichen Problemlagen oder mit bestehender potentiell kontraindizierter Medikation), für die psychedelische Substanzen ein erhöhtes oder inakzeptables Risiko darstellen würden, zu schützen, indem man ihnen die Mitgliedschaft verweigert oder sie beschränkt. Sicher ist es problematisch, objektive Kriterien festzulegen, die weder diskriminierend noch inkonsistent sind. Es wäre vielleicht eine vernünftige Lösung, entsprechende Fragen in ein informelles Aufnahmegespräch einzubauen (das zudem der Erfolgskontrolle der oben genannten Schulung dienen kann). Die Informationen müssten allerdings freiwillig gegeben werden – es

sei denn, ein ärztliches „Okay“ wäre als Aufnahmevoraussetzung festgelegt worden.

→ Es besteht auch die Möglichkeit eines stufenweisen Aufnahmeprozesses. Dieser könnte mit angeleiteter/betreuter Erfahrung mit niedrigen Dosen oder kurzwirksamen Substanzen beginnen, und dann – wenn überhaupt gewünscht – fortschreiten (Dosierung/Substanz). Wenn ein Mitglied sich über einen längeren Zeitraum als zuverlässig, aufgeklärt und verantwortungsvoll gezeigt hat, könnte man ihm schrittweise gestatten, Dosen für den eigenverant-wortlichen Gebrauch mit nach Hause zu nehmen.

Bei Verstößen gegen die festgelegten Gruppenregeln kann die Mitgliedschaft wieder entzogen werden.

Apothekenmodell

Ein Modell, in dem ein Konsument mit entsprechender Lizenz Substanzen über eine Apotheke beziehen kann, wäre für bestimmte psychedelische Substanzen - eventuell auch neben den oben erwähnten Gruppenmodellen - denkbar. Dies käme für Personen infrage, die bereits Mitglied einer solchen Gruppe sind, oder für Personen, die einen ähnlichen Schulungs- oder Überprüfungsprozess nachweisen können.

Niedrigschwelliger, lizenzierter Verkauf von Psilocybin-Pilzen („Zauberpilzen“)

Psilocybin- oder „Zauberpilze“ unterscheiden sich von den anderen, bisher angesprochenen psychedelischen Mitteln in einigen wichtigen Aspekten. Normalerweise haben sie eine kürzere Wirkungsdauer,[94] und sie sind – anders als Peyote, San-Pedro-Kaktus und Ayahuasca – ohne weitere Zubereitung in ihrer natürlichen Form gebrauchsfertig.[95] Hat man also ein Grundwissen über ihre Wirkstärke, so ist ihre Dosierung

[94] Die Wirkung dauert im Allgemeinen 2 bis 6 Stunden an (je nach Dosierung und Verwender), während Meskalin, Ayahuasca und LSD eine Wirkungsdauer von 8 bis 16 Stunden aufweisen. Eine Ausnahme ist das pharmazeutische DMT, dessen Wirkung 5 bis 30 Minuten beträgt.

[95] Man kann sie auch als Tee oder Speise zubereiten.

relativ leicht kontrollierbar. In vielen Regionen der Welt kommen sie natürlich vor, und von allen psychedelischen Substanzen gelten sie als die risikoärmsten. „*Frank*“, die Drogeninformationswebsite der britischen Regierung, stellt fest: *„Die größte Gefahr beim Gebrauch von Zauberpilzen ist es, den falschen Pilz zu erwischen. Es gibt hunderte Arten [von Pilzen], und einige davon sind extrem giftig.“*[96]

Die Kombination dieser verschiedenen Faktoren ergibt für den geselligen Nutzer eine größere Attraktivität von Zauberpilzen gegenüber anderen psychedelischen Substanzen. Dies erklärt auch den hohen Verbreitungsgrad in dieser Gruppe. So ist ihr Verbrauch während des laufenden Jahrzehnts in Europa ständig gestiegen und übertrifft inzwischen das früher favorisierte LSD an Beliebtheit. Von einer kleineren Gruppe von Konsumenten werden die Pilze – meistens in höherer Dosierung – im Rahmen verschiedener (sehr individueller) persönlicher, erforschender, ritueller und spiritueller Erfahrungen genutzt.

Der unklare legale Status der „Zauberpilze“ hat in vielen Ländern dazu geführt, dass sie bisher frei verkäuflich sind oder waren und nur freiwilligen Regelungen unterlagen. Bis zu einem erst kürzlich verhängten Verbot waren sie in den Niederlanden in sogenannten „Smart Shops“ legal erhältlich.[97] Viele Jahre lang unterlagen sie lediglich der freiwilligen Regulierung. Altersbeschränkungen und einige Informationen über gesundheitliche Risiken und Sicherheit waren auf den Verpackungen zu finden. Als 2001/2 in Großbritannien eine Gesetzeslücke entdeckt wurde, die es erlaubte, frische Psilocybinpilze legal zu verkaufen, wurden aus den Niederlanden importierte Pilze in „Head Shops“[98] und anderen Geschäften schnell überall erhältlich. Sie unterlagen keinerlei formaler Regulierung und wurden daher tatsächlich oft in

[96] www.talktofrank.com

[97] Dieses Verbot wurde infolge eines politischen und Mediensturms überstürzt verhängt, der über „Smart Shop“ -Verkäufe hereinbrach, als es zu einer Reihe von Zwischenfällen (alle bei Touristen) kam, die alle Zauberpilze konsumiert hatten. Eine wesentliche Rolle spielte dabei der Tod eines jungen französischen Touristen. www.time.com/time/world/article/0,8599,1650873,00.

[98] Das britische Äquivalent des niederländischen “Smart Shops”, in dem legale Rauschmittel, Zubehör (Pfeifen, Bongs usw.) und Bücher, Poster oder andere Artikel der Drogenkultur erhältlich sind.

verantwortungsloser Weise beworben und verkauft.[99]. Wie vorauszusehen, führte diese Situation 2005 zu einem umfassenderen Verbot. Während dieser Zeit stieg der Verbrauch an Pilzen und hat seit dem Verbot wieder abgenommen. Es liegen aber keine Forschungsergebnisse darüber vor, wie sich der Anstieg des Pilzgebrauchs auf den Konsum anderer psychedelischer Substanzen oder gefährlicherer Drogen ausgewirkt hat.[100] Ein Vergleich mit anderen Ländern, in denen es keine legale Verfügbarkeit gibt, scheitert am unzureichenden Datenmaterial. Es scheint aber im Allgemeinen so, als sei der Verbrauch an Zauberpilzen seit den späten 1990er-Jahren in Europa eher gestiegen, während der Verbrauch von LSD eher stabil geblieben oder gesunken ist.

Man könnte dies als Hinweis darauf deuten, dass Konsumenten vom Verstand her eher zum weniger potenten, kürzer wirkenden Produkt greifen. Die Zahlen für den Langzeitgebrauch sind in Großbritannien und den Niederlanden verhältnismäßig hoch, während die Zahlen für den Konsum während des letzten Monats oder Jahres in diesen Ländern wieder näher an den europäischen Durchschnittswerten liegen. Es gibt andere Länder, in denen der Konsum ähnliche oder höhere Werte erreicht, je nachdem, mit welcher Messmethode die Daten erhoben werden.[101] Interessanterweise hat die 2003 in Schulen durchgeführte ESPAD-Studie[102] ergeben, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen rechtlichen Restriktionen und dem (berichteten) Schwierigkeitsgrad bei der Beschaffung von psychedelischen Substanzen zu geben scheint; wobei die Niederlande geringere Werte im Bereich „leichter Zugang“ erreichen als Tschechien, Irland, Italien, Polen und Großbritannien. Es scheint deutlich so zu sein, dass leichtere Verfügbarkeit und unkontrollierte Werbemaßnahmen einen Einfluss auf den Konsum hatten, aber wie immer wird das Bild durch verschiedene, parallele soziale Trends verzerrt.

[99] *„How to deal with psilocybe mushrooms“*, Anleitung der Transform Drug Policy Foundation, 2004.

[100] Fliegenpilze (die das wahnhervorrufende Halluzinogen Muscimol enthalten), die erheblich giftiger sind als Psilocybinpilze, wurden in Großbritannien nicht verboten und sind nach wie vor in vielen der Läden erhältlich, die zuvor Zauberpilze verkauft haben.

[101] Siehe: *„Hallucinogenic mushrooms; an emergency case study“*, EMCDDA, 2006.

[102] The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs: www.espad.org/espad-reports

Obwohl sich das vollständige Fehlen von Regulierung in Großbritannien und den Niederlanden klar als unzureichend erwiesen hat, hat sich die Verfügbarkeit der Pilze nicht zu einer öffentlichen Krise des Gesundheitswesens oder der öffentlichen Ordnung entwickelt, trotz einiger Schlagzeilen, die sich meist auf falsch wiedergegebene oder vereinzelte Fälle bezogen. Vor diesem Hintergrund ist eine Legalisierung des Psilocybinpilzes denkbar, jedoch unter besserer Regulierung und Vermeidung der Fehler der Vergangenheit. Es müssen mindestens der Verkauf über entsprechend lizenzierte Verkäufer gefordert werden, eine Altersbeschränkung, Verpackungs- und Kennzeichnungskontrollen und strenge Werbe- und Verkaufsförderungskontrollen. Diese sollten mit zielgerichteten Informationen über Risikominimierung kombiniert werden. Wenn all dies gegeben wäre, dann wäre die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der „Zauberpilz“ – die risikoärmste psychedelische Substanz – den Bedarf an psychedelischen Substanzen fast vollständig decken würde. Er hätte außerdem das Potential, einen Substitutionseffekt zu erzielen und damit jene Konsumenten, die Entspannung suchen, von gefährlicheren Partydrogen wie Alkohol und Stimulanzien abzubringen.

Weiterführende Literatur

“Hallucinogenic mushrooms; an emerging case study”, EMCDDA, 2006

“*How to deal with psilocybe mushrooms*”, Transform Drug Policy Foun-dation, 2004

Weil, “*The Natural Mind: An Investigation of Drugs and the Higher Consciousness”*, Mariner Books, 1998

P. Stafford, “*Psychedelics Encyclopaedia”*, Ronin Publishing, 1993;
“*Hallucinogenic mushrooms”*: EMCDDA drug profile

“LSD”: EMCDDA drug profile

5.6 Sedativa

Der Gebrauch von Sedativa, zu denen Opiate, Benzodiazepine und Barbiturate zählen, ist mit einer ganzen Reihe von Verhaltensmustern verbunden, die sich aus dem breiten Spektrum an Motiven für den Konsum und aus der jeweils erwünschten Wirkungsweise ergeben. Manche suchen Genuss, andere wollen Linderung oder Befreiung von physischem oder psychischem Schmerz, von Stress oder Unbehagen. Somit kann der Gebrauch von Sedativa sowohl der Entspannung als auch medizinischen oder quasi medizinischen Zwecken dienen, wobei die Grenze zwischen diesen Anwendungsbereichen häufig verschwimmt. Diese Gruppe von Gebrauchern zu erreichen, von denen ein maßgeblicher Teil sich durch einen geringen Grad an gefühlter Gesundheit auszeichnet, stellt eine ganz besondere Herausforderung an die Wahl der Mittel und Vorgehensweisen dar. Diese Menschen suchen vorübergehenden Trost in der Einnahme von Sedativa, häufig eher im Sinne einer wirksamen Selbstmedikation als zu Genusszwecken. Hinzu können weitere emotionale, psychologische oder gesundheitliche Faktoren treten, oft in Kombination mit sozioökonomischen Problemen.

Grade problematischen Gebrauchs von Sedativa müssen eher unter Gesichtspunkten des persönlichen und gesellschaftlichen Wohlbefindens untersucht werden als der Konsum anderer Stoffe wie z.B. Stimulanzien und psychedelischer Substanzen. Natürlich könnte ein effektives Regulierungssystem die mit dem Gebrauch von Sedativa verbundenen Schäden drastisch vermindern. Aber gerade die besondere Motivation zum Gebrauch von Sedativa verweist hier wieder auf die Bedeutung der Einordnung in einen grösseren sozialpolitischen Kontext und eine entsprechende Berücksichtigung bei drogenpolitischen Strategien. Auf lange Sicht lässt sich problematischer Gebrauch von Sedativa nur reduzieren, wenn die auslösenden Faktoren wie geringes persönliches Wohlbefinden und mangelnde Einbindung in gesellschaftliche Teilhabe angegangen werden.

Der Hinweis scheint wichtig, dass es sich auch bei Alkohol um ein dämpfendes Mittel handelt, selbst wenn er in niedriger bis mittlerer Dosis zunächst enthemmende Wirkung aufweist und somit vornehmlich stimulierend zu wirken scheint. Problematischer Alkoholkonsum

ähnelt sowohl dem verordneten als auch dem illegalen Gebrauch von Beruhigungsmitteln.

Es sind im Wesentlichen zwei Besonderheiten des Risikoprofils von Sedativa, die eine Regulierung erforderlich machen. Sie bergen zum einen alle ein hohes Risiko der Überdosierung, trotz der starken Unterschiede im Bereich der chronischen Toxizität der verschiedenen Mittel. Da es sich um Beruhigungsmittel handelt, ist der Grat zwischen erwünschter Wirkung und gesundheitlicher Gefährdung – von Bewusstlosigkeit über Koma bis hin zum Tode – oft sehr schmal. Besonders gefährlich ist der Konsum von Sedativa zusammen mit anderen Stoffen. Am häufigsten ist die Kombination von Alkohol und verschriebenen oder auf dem Schwarzmarkt besorgten Sedativa. Zum Zweiten ist das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung relativ hoch. Zudem können Sedativa starke körperliche Entzugserscheinungen hervorrufen (im Falle von Barbituraten teilweise mit tödlichen Folgen) und Craving sowie eine Toleranzentwicklung. Auch die psychosoziale Abhängigkeitskomponente kann ganz erheblich sein, vor allem im Falle von Selbstmedikation oder Wirklichkeitsflucht.

Diese Gruppe von Gebrauchern zu erreichen, von denen ein maßgeblicher Teil sich durch einen geringen Grad an gefühlter Gesundheit auszeichnet, stellt eine ganz besondere Herausforderung an die Wahl der Mittel und Vorgehensweisen dar.

5.6.1 Opiate

Eine große Gruppe von Stoffen mit ähnlicher Molekularstruktur und vergleichbaren Eigenschaften fällt in die Klasse der Opiate. Diese werden folgendermaßen eingeteilt:

→ *Natürlich vorkommende Opiate* im Schlafmohn; Morphin, Kodein[103] und Thebain (Paramophin) in Kombination mit Schlafmohnharz als Opium[104] oder in einer Opiumtinktur mit Alkohol als Laudanum.

[103] Anders als in Großbritannien sind in Deutschland alle codeinhaltigen Medikamente rezeptpflichtig.
[104] Opium enthält weitere aktive Drogensubstanzen in geringen Mengen.

→ *Halbsynthetische Abkömmlinge* dieser Substanzen, z. B. Oxycodon (in pharmazeutischer Form unter dem Markennamen Oxycodon), Hydrocodon (früher als Dicodid im Handel, in Deutschland inzwischen nicht mehr erhältlich) und Diamorphin, auch als Heroin bekannt, seinem ursprünglichen Markennamen, der sich inzwischen als die übliche Bezeichnung durchgesetzt hat.

→ *Vollsynthetische Opiate*, zum Beispiel Methadon, Pethidin, Fentanyl und Tramadol.

Die Konsummuster bei Opiaten weisen regional starke Unterschiede auf. Diese Unterschiede widerspiegeln die verschiedenartige historische Entwicklung der Verfügbarkeit der Opiate während der vergangenen zwei Jahrhunderte. Ganz unterschiedliche „Opiatkulturen" haben sich vor dem Hintergrund dieser Verfügbarkeit und dem jeweiligen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Kontext entwickelt. Um auf Problemstellungen im Zusammenhang mit Opiatkonsum adäquat zu reagieren, muss die gesamte Stoffgruppe betrachtet werden.

Es gibt eine große Bandbreite an quasi austauschbaren Opiaten, da sie eine ähnliche Wirkungsweise haben. Daneben wird das einzelne Opiat oft unterschiedlich zubereitet oder konsumiert, sodass sich insgesamt eine große Variantenvielfalt ergibt. In geringerem Maße müssen auch andere Sedativa und Drogen in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden.

Will man der Opiatproblematik strategisch begegnen, sind die kurz- und langfristigen Ziele ausgewogen zu berücksichtigen: kurzfristig muss es darum gehen, die Gefahren des bestehenden Opiatkonsums zu minimieren, vor allem die unverhältnismäßig großen Risiken des intravenösen Gebrauchs. Langfristig geht es darum, den problematischen Konsum und die Schädigungen durch Opiatgebrauch insgesamt zu vermindern. Kurzfristige und langfristige Effekte müssen sich dabei ergänzen, um von risikoreichen Konsummustern und -umgebungen sowie von gefährlichen Produkten (Zubereitungen und Stoffen) wegzuführen. Insgesamt soll Opiatabhängigkeit vermindert werden und damit auch die langfristige Nachfrage nach Opiaten. Ziel ist es außerdem, damit Hindernisse zu beseitigen, die einem gezielten Angehen von umfassenderen sozialpolitischen Anliegen im Wege stehen; Problemen, die

letztlich Ursache für den problematischen Konsum von Opiaten und anderen Drogen sind.

Die Überschneidung der weitreichenden, ganz offiziellen Verwendung medizinischer Opiate und dem eher regelwidrigen quasi medizinischen und genussoritentierten Gebrauch stellt uns vor besondere Herausforderungen. Wie in Kapitel 2 (und Anhang 2) erwähnt, dient fast die Hälfte der globalen Opiumproduktion der legalen medizinisch-pharmazeutischen Herstellung. Ganz besonders gilt es, ein wesentliches Problem zu vermeiden: Aus Furcht, den gesetzeswidrigen oder nichtmedizinischen Konsum von Opiaten zu unterstützen, erschwert man häufig den Zugang zu wichtigen medizinischen Verwendungszwecken – besonders im Bereich der Palliativmedizin und der Schmerztherapie.

Wie in Kapitel 2 bereits angedeutet, gilt es im Rahmen pragmatischer Ansätze zunächst, die Möglichkeiten für klar abgestufte Harmreduction-Maßnahmen zu ermitteln. Dies erfordert einen differenzierten, an definierten Risiken ausgerichteten Einsatz der Regulierung. Ein abgestuftes System könnte sich hier bewähren:

→ Einige besonders starke, rasch anflutende synthetische und halbsynthetische Opiate, wie Fentanyl (und analoge Mittel), blieben auf jeden Fall für den nichtmedizinischen Bereich verboten. Viele dieser Mittel tauchen bisher immer wieder bei Opiatkonsumenten auf (meist abgezweigt aus dem medizinischen Bereich), was aber am ehesten auf das Fehlen von Alternativen zurückzuführen ist. Gäbe es eine größere Auswahl und einen leichteren Zugang zu anderen Opiaten, würde die Nachfrage nach diesen Nischenprodukten mit hoher Wahrscheinlichkeit weitgehend verschwinden.

→ Wo ein regulierter Zugang gestattet ist, müssten die größten Restriktionen über injizierbare Opiate verhängt werden, besonders also Diamorphin bzw. Heroin, denn diese stellen das höchste Risiko dar. Sie wären nur auf medizinische Verschreibung hin zugänglich und auch nur nach ganz bestimmten Kriterien. In vielen Ländern haben solche Opiatverschreibungsmodelle eine lange Geschichte und haben sich gut bewährt. Wie bereits in Kapitel 2 diskutiert, gibt es bereits verschiedene Modelle, die den Zugang nur in einem festen klinischen Setting gestatten.

→ Eine Reihe von pharmazeutischen Opiaten in Form von Tabletten oder Lösungen wäre im Rahmen von Modellen erhältlich, bei denen entweder Apotheke oder Konsument (oder beide) eine entsprechende Lizenz benötigen. Dies wäre wahrscheinlich an eine Lizenz für die Abgabestelle oder den Konsumort zu koppeln oder für Klubs mit eingetragenen Mitgliedern. Die Regulierungsgrade für die einzelnen Produkte sollten vom Risikopotential der jeweiligen Zubereitung abhängig gemacht werden. Außerdem sind dabei die jeweiligen örtlichen Erfordernisse, die Konsummuster und das Risikoverhalten zu berücksichtigen. Der Schwerpunkt sollte bei Zubereitungen mit geringer Dosis und langsamer Anflutung liegen. Andere potentere und risikoreichere Zubereitungen wären hiervon ausgeschlossen und weiterhin nur für medizinische Anwendung erlaubt. Einige nicht injizierbare pharmazeutische Opiate (z. B. Methadon) wären ebenfalls nur als Verschreibungen und nur unter bestimmten Voraussetzungen erhältlich. Diese könnten auch weiteren Restriktionen unterliegen, wie zum Beispiel der überwachten Einnahme.

→ Rohes oder nur wenig verarbeitetes Opium könnte vergleichsweise geringerer Kontrolle unterliegen. Es könnte zum Rauchen oder für den oralen Konsum (z. B. auch als Mohntee) verfügbar sein, jedoch nur innerhalb von Modellen, in denen Verkäufer, Örtlichkeit und Verwender eine entsprechende Lizenz benötigen, oder in Modellen, in denen Apotheke und Konsument Lizenzen benötigen, oder aber unter bestimmten Umständen innerhalb eines Verschreibungsmodells. Zweck dieser verhältnismäßig gering restriktiven Vorgehensweise bei Opium wäre es, den Trend in Richtung konzentrierterer Formen des Stoffes umzukehren, der sich während des vergangenen Jahrhunderts unter Prohibitionsbedingungen herausgebildet hat. So soll in zunehmendem Maße die Nachfrage nach illegalen und aus dem medizinischen Bereich abgezweigten Opiaten in Richtung dieser risikoärmeren Zubereitungsformen gelenkt werden. Lässt man den Konsum in regulierten Örtlichkeiten zu, so eröffnet man sich damit zugleich die Chance, Kontrollen zu etablieren, gegenseitige Unterstützung der Konsumenten zu ermöglichen, Risikominimierung zu betreiben und Informationen und Dienste des Gesundheitswesens gezielt anzubieten.

6

Anhang

Anhang 1

Die Reform des UN-Drogenkontrollsystems

Das Problem: Mangel an Flexibilität

Versuche entlang des Spektrums der verfügbaren drogenpolitischen Optionen - abseits von Strafmaßnahmen, hin zu prohibitiven Ansätzen zur Entkriminalisierung von erwachsenen Drogengebrauchern und insbesondere hin zu gesetzlichen Regelungen für die Drogenproduktion und -versorgung für nichtmedizinische Zwecke - stießen unausweichlich auf rechtliche und institutionelle Hindernisse durch die drei UN-Drogenkonventionen (1961, 1971 und 1988 - siehe unten).

Es ist bemerkenswert, dass die Vereinbarungen einerseits sehr strikt in eine Richtung entlang strategischer Kontinuität weisen, es andererseits wenige Barrieren für die Bewegung in die entgegengesetzte Richtung zu noch mehr Strenge gibt, obwohl die 1988er-Konvention beschreibt, dass dies immer ein signifikantes Thema der Menschenrechte ist.

Das *International Narcotics Control Board* (INCB - siehe unten) hat sich selten gegen übermäßige Strafmaßnahmen als Reaktion auf Drogenkonsum[105] ausgesprochen, selbst wenn diese Maßnahmen ernste Menschenrechtsverletzungen bedeuteten; ein Beispiel dafür ist der Einsatz der Todesstrafe für Drogendelikte (als direkte Übertretung des internationalen Rechtes[106] und der UN-General Assembly[107]); ein weiteres die außergerichtliche Hinrichtung von mehr als 2000 Bürgern während der brutalen Drogenrazzien in Thailand im Jahr 2003.

Dies steht in starkem Kontrast zu den häufigen lautstarken UN-Protesten gegen auch nur die geringsten Bewegungsversuche in die andere Richtung. Erst in der jüngsten Geschichte der UN-Drogen-Maschinerie sind Fragen der Menschenrechte ernsthaft in die Beratungen von

[105] D. Barrett, "*Unique in International Relations?*", HR2, IHRA, 2008.
[106] R. Lines, "*The Death Penalty for Drug Offences*", HR2, IHRA, 2008.
[107] The UN General Assembly adopted a resolution calling for a moratorium on the use of the death penalty in 2007. See: www.un.org/News/Press/docs/2007/ga10678.doc.

CND[108] und UNODC[109] aufgenommen worden; dies ist auf gemeinsame Anstrengungen verschiedener Gruppen der Zivilgesellschaft und von NGOs zurückzuführen.

Die Herausforderung: mehr Flexibilität erlauben, ohne das ganze System zu untergraben.

Die Herausforderung für eine Reform der internationalen Infrastruktur der Drogenkontrollen besteht darin, Reformen in Gang zu bringen und die Barrieren zu beseitigen, ohne die gesamte internationale Infrastruktur der Drogenkontrolle zu zerstören, Barrieren, die jetzt einzelne Staaten oder Staatengruppen daran hindern, Modelle für die Regulierung derzeit illegaler Drogen und die Versorgung damit zu entwickeln. Denn einige Elemente der derzeitigen Kontrollstrukturen sind zweifellos nützlich.

Die Kontroll- und Regulierungssysteme für den Handel mit pharmazeutischen Produkten sind auf jeden Fall unerlässlich. Konsens und Ziele der UN-Konventionen beinhalten großes Potenzial für die Entwicklung und Umsetzung effektiverer Maßnahmen auf internationaler Ebene; dies unabhängig davon, dass die mit Drogen verbundenen Probleme klarer angesprochen werden müssen. Prinzipien und Normen der Vereinten Nationen sollten die Richtschnur für alle Maßnahmen sein.

Hintergrund der UN-Konventionen

Das gegenwärtige System der weltweiten Drogenkontrolle wird durch drei internationale Vereinbarungen geregelt. Diese sind die Vereinbarung über Betäubungsmittel von 1961 (*1961 Single Convention on Narcotic Drugs*) in der geänderten Fassung von 1972; die Konvention zu Psychopharmaka[110] von 1971 (*1971 Convention on Psychotropic Substances*) und die 1988er-Vereinbarung gegen den illegalen Verkehr von Rauschgiften und Psychopharmaka (*1988 Convention against Illicit Traffiic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*). Bis zum März 2008 waren bereits 183 Staaten Unterzeichner der Abkommen.

[108] Commission on Narcotic Drugs
[109] UN Office on Drugs and Crime
[110] Alle drei Verträge sind verfügbar auf der UNODC-Website: www.unodc.org.

Die Single Convention von 1961

Die Grundlage der globalen Rauschgiftkontrolle ist die 1961 verabschiedete Konvention über Betäubungsmittel (*1961 Single Convention*), die größtenteils die vorherigen internationalen Übereinkommen ersetzte, die sich sukzessive seit Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt hatten. Die erste und bedeutendste für diese Entwicklung war wohl die Haager Opiumkonvention von 1912, die sich aus der 1909 von den Vereinigten Staaten organisierten Schanghaier Opiumkommission ergab. Die 13 daran beteiligten Länder bemühten sich, den Opiumhandel einzudämmen (wenn auch aus unterschiedlichen kulturellen, geopolitischen und wirtschaftlichen Gründen). Die 1912 etablierte Haager Konvention begründete das bis heute gültige Modell für die internationale Rauschgiftkontrolle. Die Partner verpflichteten sich auf die Begrenzung von Opiumproduktion, -vertrieb und -gebrauch zu ausschließlich medizinischen Zwecken; sie verbündeten sich international bei der Durchsetzung scharfer Kontrollen des nichtmedizinischen Konsums (dazu gehörte auch die Schließung der „Opiumhöhlen“) und stellten vor allem den nicht autorisierten Besitz unter Strafe.

Es ist interessant, dass die Rauschgiftkontrolle ein umgekehrtes Entwicklungsmuster aufweist als die vielen zeitgenössischen sozial-, kriminal- oder gesundheitspolitischen Strategien; hier kamen die Regelungen aus der internationalen Gemeinschaft „von oben“ und wurden dann erst in die Politik der einzelnen Länder integriert und gesetzlich verankert. [111]

Die 1961er-Konvention beinhaltete dieselben Prinzipien der Prohibition wie ihre Vorgängerinnen, aber für ein viel breiteres Spektrum von Substanzen. Sie umfasste auch eine wesentlich größere Zahl von Partnerländern. Sie formulierte die internationale Drogenpolitik und die der einzelnen Staaten für das folgende halbe Jahrhundert.
Ähnlich wie die Haager Opiumkonvention verpflichtete die *Single Convention* die Unterzeichnerstaaten unter Artikel 48c zur Beschränkung der in der Erklärung benannten Drogen auf *ausschließlich medizinische und wissenschaftliche Nutzung* (dies betraf Anbau,

[111] A. Jamieson, *“International drug conventions, national compliance and the UN commentaries: the shaming mechanism*”, in N. Dorn, A. Jamieson, ‘European Drug Laws: the Room for Manoeuvre’, Drugscope, 2001.

Verarbeitung, Im- und Export, Verteilung, Handel, Besitz und Verbrauch).

Als Spiegel der vorherrschende Besorgnisse dieser Ära (der Hauptteil des Textes wurde in den 1950er-Jahren verfasst, einige Teile stammen aus den 1940ern[112]), behandelt die Vereinbarung vor allem die aus Pflanzen gewonnenen Drogen: Opium, Kokain und Cannabis (zusammen mit den Derivaten Heroin und Kokain). Tatsächlich werden mehr als hundert illegale Substanzen in vier Listen erfasst, gestaffelt nach der zu dieser Zeit bekannten Schädlichkeit der Drogen (besonders dem Suchtpotenzial).[113]
Ein interessanter Aspekt ist, dass sich der Zeitraum der Entwicklung der Deklaration der Menschenrechte (1946-1948) teilweise überschnitt mit dem Entwurf der *Single Convention*. Bei deren Verabschiedung war die Erklärung der Menschenrechte bereits 13 Jahre in Kraft. Diese scheint keinen Einfluss auf die Verhandlungen zur *Single Convention* gehabt zu haben, es fällt jedenfalls auf, dass jeglicher Hinweis darauf in der Präambel der *Single Convention* fehlt.

Artikel 2 der Single Convention besagt, dass die Versorgung oder Ausgabe jeder der erfassten Substanzen nur unter gesetzlicher Aufsicht, und zwar unter Lizenz, möglich ist:

→ Liste I enthält Substanzen, die allen Kontrollmaßnahmen laut der Konvention unterworfen sind, einschließlich Heroin, Kokain und Cannabis.

→ Liste II benennt Substanzen, die zu medizinischen Zwecken verwendet werden und weniger strenge Kontrolle erfordern, da das Missbrauchsrisiko geringer ist (wie etwa Kodein).

→ Liste III steht für Ausnahmen und schließt eine Reihe von pharmazeutischen Produkten aus. Es handelt sich dabei um solche Präparate, die geringe Mengen Opium oder Kokain enthalten, jedoch nicht zu Suchteffekten oder anderen Nebenwirkungen führen.

[112] Zum Vergleich: Al Capone starb 1947.
[113] Wie diese Rangordnungen entstanden, bleibt im Dunkeln, und es gab wachsende Kritik über Unregelmäßigkeiten in den Listen und die generelles Brauchbarkeit eines solchen Systems (siehe Kapitel 4.2).

→ Substanzen in Liste IV werden in Mengen erlaubt, die für die medizinische und wissenschaftliche Forschung notwendig sein könnten. Das schließt einige Substanzen aus dem Formular I mit ein, die besonders gefährliche Eigenschaften haben, die durch ihren therapeutischen Wert nicht ausgeglichen werden und deren Wirkungen durch andere Substanzen nicht ersetzt werden können.

Die Single Convention begründete auch das International Narcotics Control Board (INCB) innerhalb des Rauschgiftkontrollsystems der Vereinten Nationen. Das INCB beschreibt sich selbst als *"unabhängige und quasi gesetzliche Überwachungsbehörde für die Umsetzung der UN-Drogenkontrollvereinbarungen".* [114] Das INCB hat eine Überwachungsfunktion für die Vereinbarung, ähnlich den Agenturen, die die Einhaltung anderer Verträge der Vereinten Nationen kontrollieren.[115] Allerdings werden kritische Stimmen an der Arbeit des INCB zunehmend lauter. Es wird mehr und mehr als eine starre und kompromissunfähige Institution gesehen, als „Wachhund über die Reinheit der Konventionen"; es wendet sich gegen alle Maßnahmen, die nicht mit seiner rigiden Auslegung der Verträge zu vereinbaren sind, unabhängig von den Bedürfnissen der Mitgliederstaaten; und dies in einer Welt, die sich seit der Gründung des INCB dramatisch verändert hat (siehe weiterführende Literatur).

Die Vereinbarung über psychotrope Substanzen von 1971

Die Konvention von 1971 war als Antwort auf das Auftauchen neuer Drogen und damit verbundener Verhaltensweisen in den 1960ern konzipiert, insbesondere auf die synthetischen Drogen und verschreibungsfähige Substanzen[116], wie zum Beispiel amphetaminähnliche

[114] Dazu: INCB, "*Mandate and Functions*", www.incb.org/incb/mandate.html.

[115] Der ultimative Rechtssprecher zwischen Parteien bezüglich Streitigkeiten über die Vereinbarung ist der Internationale Gerichtshof.

[116] Die Rauschgiftagenturen der Vereinten Nationen etikettieren solche synthetischen Rauschgifte - "Psychopharmakon-Substanzen" im Unterschied zu den "Rauschgiften" -, welche vor allem im Zentrum der 1961er Single Convention standen. Der Gebrauch des Begriffes „Droge" ist - entstanden durch seine historische Bedeutung als Schlaf oder Taubheit evozierendes Mittel - ziemlich verwirrend. Trotz des Begriffes, der in den Vereinigten Staaten und Vereinten Nationen ziemlich überholt und überflüssig ist, wird

Stimulanzien, Barbiturate und andere Sedativa oder Beruhigungsmittel sowie Halluzinogene (vor allen Dingen in dieser Zeit LSD). Diese werden in vier Listen aufgegliedert, je nach bekannten Schäden und therapeutischem Wert. Die Kontrollen sind ebenfalls abgestuft nach lizenziertem Gebrauch für Medizin und Forschung und
sonstigen Zwecken.

Ein wichtiger Zweck sowohl der Vereinbarung von 1961 als auch der von 1971 war, international angemessene Kontrollmaßnahmen zu kodifizieren, um die Verfügbarkeit von Drogen zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken zu gewährleisten aber gleichzeitig ein Abfließen in illegale Kanäle zu verhindern.
Aus diesem Zusammenhang ergab sich die Verantwortung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die medizinische und wissenschaftliche Bewertung aller psychoaktiven Substanzen und folglich deren Anweisung an die Kommission (CND) für die Einordnung der Drogen in die Klassifikationslisten der Verträge von 1961 und 1971 (einschließlich der Änderungen).

„Es liegt ein Hauch von Reform in der Luft: die Konventionen der heutigen Realität anzupassen, die sich von der Zeit ihrer Verabschiedung doch deutlich unterscheidet. Der multilaterale Apparat dazu ist vorhanden. Alles was wir brauchen ist: 1. eine erneuertes Bekenntnis zu den Prinzipien des Multilatralismus und der gemeinsamen Verantwortung; 2. die Bereitschaft, eine Reform auf evidenzbasiertes Erfahrungwissen zu gründen und nicht auf Ideologie. Und 3. das Stadium der Ankündigungen zu überwinden durch konkrete Maßnahmen zur Unterstützung der Punkte 1 und 2.“

Antonio Maria Costa, Executive Director of UN Office on Drugs and Crime, *„Making drug control ‘fit for purpose’:Building on the UNGASS decade*”, S. 13.

er im gesetzlichen Zusammenhang zunehmend verwendet, um jedes gesetzlich verbotene Rauschgift zu benennen.

Die Konvention gegen den illegalen Verkehr von Rauschgiften und psychotropen Substanzen von 1988

Die Konvention von 1988 wurde in erster Linie entwickelt, um dem steigenden internationalen Handel mit verbotenen Substanzen in den 1970er- und 1980er- Jahren zu begegnen. Die früheren internationalen Instrumente scheiterten spektakulär mit ihrem Anliegen, die Produktion, den Schwarzhandel und die Versorgung der Konsumenten mit den gelisteten Drogen zu verhindern.
Die Konvention von 1988 kann als Antwort auf diesen Misserfolg und die erwiesene Unzulänglichkeit der in früheren Verträgen vereinbarten Maßnahmen gesehen werden. Sie stellt ein Maßnahmenbündel gegen den Handel mit Drogen und deren chemische Ausgangsstoffe zur Verfügung. Auf der Website des INCB heißt es, das Abkommen

„…bietet umfassende Maßnahmen gegen Drogenhandel und Geldwäsche sowie das Abzweigen von chemischen Rohstoffen. Es ermöglicht im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit zum Beispiel die Auslieferung von Drogenhändlern, Kontrollen der Abgabe und Verfahrensübernahmen.“

Im Abkommen sind die Ausgangschemikalien ähnlich gelistet wie die in den vorherigen Verträgen erfassten Drogen.
Während die Abkommen von 1961 und 1971 sich vorwiegend auf Themen der Drogenproduktion und -verbreitung konzentrierten, enthält die Konvention von 1988 eine bedeutende Erweiterung: Sie erfasst die Nachfrage nach Drogen in einem Kernabschnitt (Artikel 3, Paragraf 2). Dieser Abschnitt betrifft die Kriminalisierung von Drogenkonsumenten.
Es stellt eindeutig fest:
„... jeder Partner soll in seinem Rechtssystem als strafbare Handlung definieren: den absichtlichen Besitz, Erwerb oder Anbau von Rauschmitteln oder Psychopharmaka für den persönlichen Gebrauch. Dies ist eine Abweichung von den Regelungen der Konventionen von 1961 und der 1961er-Konvention in der Fassung von 1971.“[117]

[117] Genau dieser Paragraf wird mit dem Vorbehalt eingeführt, den er impliziert. Er ist *„seinen konstitutionellen Prinzipien und den grundlegenden Konzepten seines Rechtssystems unterworfen“.*

Das ist viel spezifischer als die vagen Aufrufe zur Kriminalisierung von Drogenbesitz in den vorherigen Vereinbarungen. Der Kommentar zur 1988er-Konvention besagt ganz klar, dass der Paragraf *„...eindeutig auf eine Bestrafung des persönlichen Konsums hinausläuft.“*[118]
Es gibt wenige vergleichbare Abkommen der Vereinten Nationen, die so eindeutig das Verhalten erwachsener Individuen unter Strafe stellen, im Gegensatz zu den Handlungen von Staaten oder Regierungen, auf die die meisten Abkommen zielen.

Die einzigen, auch nur vage vergleichbaren, auf der Konvention gründenden Verbote gegen individuelle Handlungen gelten für Folter, Verbrechen gegen die Menschenrechte wie Völkermord, Terrorakte, Menschenhandel und sexuelle Ausbeutung von Kindern. Es handelt sich bemerkenswerterweise hierbei um ganz andere Größenordnungen als bei Drogenmissbrauch von Erwachsenen.

Eine Krise innerhalb des Systems

Die Krise innerhalb des UN-Drogenkontrollsystems, das die Reformdebatte steuert, hat mehrere Facetten:

→ Langfristige systemische Erfolglosigkeit der eigenen Vorgaben:

Das selbstgesteckte Ziel der UN-Drogenbehörden, nämlich *„eine drogenfreie Welt“*, liegt nach eigener Aussage in weiterer Ferne als je zuvor. Man spricht jetzt mehr über *„Eindämmung"* als über *„Ausrottung*"; aber sogar diese Position ist im Licht von sich verschlechternden Ergebnissen fast aller wichtigen Maßnahmen als unerreichbar einzustufen.

→ Durch Harm-reduction evozierte Herausforderungen, Spannungen und Widersprüche:

Obwohl die Bewegung der Schadensminderung (im Unterschied zur Bewegung der Legalisierung/Regulierung) größtenteils Reformen innerhalb des vorhandenen Rechtsrahmens sucht, repräsentiert sie dennoch

[118] *„Commentary on the United Nations Convention Against Ilicit Traffic in Narcotic Drugs andPsychotropic Substances“,* New York, United Nations Publications, E/CN.7/590, December, 1988. Diese Kommentare sind offizielle (nicht bindende) nachträglich verfasste UN Dokumente, die als Anleitung zur Interpretation und Umsetzung der Abkommen gedacht sind.

eine Reihe von tiefen Widersprüchen in Bezug auf die globale Drogenkontrollinfrastruktur der Vereinten Nationen. Die Grundsätze der Schadensminderung stehen oft in fundamentalem Konflikt mit denen der Prohibition, davon sind die Abkommen des vergangenen Jahrhunderts geprägt.
Man kann auch nicht ignorieren, dass viele der Schäden, die die Harm-reduction-Bewegung reduzieren will, direkt oder indirekt Folge der Prohibition und ihrer massiven Durchsetzung sind (*siehe 4.2*).
Diese Spannungen werden ausgetragen zwischen den Drogenkontrollorganen der Vereinten Nationen (besonders der CND und dem INCB) und anderen Mitgliedern der UN-Familie (namentlich der UNAIDS und der WHO) sowie zwischen den sich zunehmend polarisierenden Gruppierungen der Reformbewegung und den prohibitionsorientierten Mitgliedstaaten.

→ Herausforderungen der Entkriminalisierung:

Die wachsende globale Tendenz zur tatsächlichen oder De-facto-Entkriminalisierung des persönlichen Besitzes und Gebrauchs von Drogen, im Rahmen der Verträge mehr oder weniger erlaubt, wie z. B. bei Maßnahmen der Schadensminimierung, bringt längerfristige, sehr ernste praktische und intellektuelle Herausforderungen mit sich. Solche Reformen fordern nicht nur den Geist der Vereinbarungen heraus, sondern erweitern auch den „Spielraum“, ja gehen sogar über seine Grenzen hinaus.

Flexibilität in den Konventionen?

Es ist wichtig festzuhalten, dass keine der Konventionen unmittelbar anwendbares Recht darstellt. Zwar verpflichten die Abkommen die Mitgliedsstaaten zur Anwendung der internationalen Rechtsvorschriften, aber diese Rechtsvorschriften sind nicht unmittelbar und direkt durchsetzbar. Im Gegensatz dazu wurde die Menschenrechtserklärung der Europäischen Union zum Beispiel in Großbritannien in das Landesrecht aufgenommen. Die UN-Abkommen bleiben Verträge zwischen Staaten.
Ihr vertragsrechtlicher Charakter ist die wahre Ursache ihrer Macht, getragen von einer großen Zahl von Unterstützern.

Der INCB als für die Überwachung der Vertragseinhaltung zuständige Körperschaft hat formal keine Macht, die Umsetzung der verschiedenen Bestimmungen durchzusetzen oder Nichteinhaltung zu bestrafen. Seine häufig lautstarke Kritik an den Aktionen einzelner Staaten kann aber zu erheblichen öffentlichen Skandalen führen. Diese Kritik wird in den jährlichen INCB-Berichten veröffentlicht.[119]
Offensichtlich wird von den Staaten erwartet, dass sie die UN-Abkommen in gutem Glauben auslegen und umsetzen, dass sie „Absicht und Ziel" der Abkommen, zu deren Unterzeichnern sie gehören, respektieren. Diese Einstellung ist erforderlich, um dem UN-Vertragssystem Kohärenz, Stabilität und Autorität zu geben.[120]

Obwohl die Autonomie der individuellen staatlichen Gesetzgebung innerhalb der Abkommen[121] betont wird, sind Mitgliederstaaten dazu angehalten, oder zumindest wird es von ihnen erwartet, die Standards und Normen der globalen Drogenkontrollsysteme zu befolgen.
Jedoch lassen System und Formulierungen in den internationalen Konventionen den Unterzeichnerstaaten beträchtlichen Spielraum zur Interpretation auf der nationalen Ebene. Sie bieten den unterzeichnenden Nationen mehr Spielraum in der Formulierung und der Umsetzung nationaler Konzepte an, als es häufig in politischen und medialen Diskursen wahrgenommen wird. Das erklärt, warum es trotz des grundsätzlichen Konsenses über die Abkommen eine große Breite von Interpretationen und Umsetzungsstrategien gibt.
Viele dieser Interpretationen stoßen an die Grenzen der Abkommen und verfehlen schlichtweg deren Sinn und Zweck.
Das INCB und einige weitere haben argumentiert, dass bestimmte Reformen gegen die Vereinbarungen und deren „Geist" verstoßen – besonders gegen die strengeren Bestimmungen der Konvention von 1988. Als Beispiele nennen sie die öffentlichkeitswirksamen Änderungen für Cannabisvergehen (Strafminderungen oder die De-facto-

[119] Abweichend davon haben der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte und der Europäische Gerichtshof direktere Vollzugsgewalt bezüglich des Europarats, der EU-Verträge und Direktiven.
[120] Das ist auch in der Wiener Konvention zum Vertragsrecht, Artikel 31, detailliert bestimmt (im Wesentlichen ein Vertrag, der übliches Gesetz über Verträge als die gesetzliche Basis des Vertragssystems kodifiziert).
[121] Das heisst aber nicht, dass nationales Recht als Begründunge zur Nichteinhaltung der Verträge zitiert werden darf (Artikel 27 der *Vienna Convention*).

Entkriminalisierung), Maßnahmen der Schadensminderung wie überwachte Konsumräume und bis vor kurzem auch Angebote zum Nadeltausch.[122] Dennoch haben die fraglichen Nationen eine starke rechtliche Position, wenn sie behaupten, dass sie sich im Rahmen der internationalen Gesetzgebung bewegen.[123]
Zusätzlichen Interpretationsspielraum bietet auch die Tatsache, dass die Single Convention „medizinische und wissenschaftliche" Zwecke nicht definiert. Die Verfasser der 1961er-Konvention konnten sich aus rein praktischen Gründen nicht mit der detaillierten Definition solcher Begriffe beschäftigen. Ihnen war bewusst, dass diese Begriffe in den verschiedenen Ländern und Kulturen unterschiedliche Bedeutungen haben, die sich zweifellos immer wieder ändern würden.

Viele Initiativen zur Schadensminderung, die in Einzelfragen nach wie vor kontrovers zum INCB stehen, können mit Fug und Recht als medizinische Interventionen bezeichnet werden; als offensichtlichstes Beispiel mit hoher politischer Brisanz sei hier die HIV-Prävention genannt.
Mit der Übernahme der wenigen bisher möglichen Reformen wie Nadeltausch und Konsumräumen sind die einzelnen Staaten nicht auf so großen Widerstand aus der internationalen Gemeinschaft gestoßen, dass sie sich genötigt sahen, auf die Vorteile dieser Harm-Reduction-Strategien zu verzichten. Die Verteidigung solcher Strategien innerhalb der UN-Gemeinschaft erhielt sogar Aufwind durch die Tatsache, dass sie von mehreren Ländern übernommen wurde und Gegenstand beispiellosen wissenschaftlichen Interesses wurde.
Viele dieser Maßnahmen werden inzwischen von umfangreicher wissenschaftlicher Evidenz gestützt. Deren Aussagen sind eindeutig: Diese Strategien können positive Wirkung auf die Verbesserung der

[122] Gemäß dem ehemaligen INCB-Präsidenten Philip O. Emafo sollte Nadelaustausch als „gegen die Bestimmungen der Vereinbarungen" betrachtet werden. Interview in 'Update', UNODC, Dezember 2002.
[123] Z.B.gilt für Methadonbehandlung eine Sondergenehmigung im Kommentar der 1988er Konvention; 2002 gab der INCB eine Studie über Drogenkonsumräume beim UNDCP Legal Affairs Section in Auftrag; die Studie kam zu dem Schluß, dass Substitutionsbehandlung, Nadeltausch und überwachte Drogenkonsumräume keinen Bruch der Konventionen darstellen (*„Flexibility of Treaty Provisions as regards Harm Reduction Approaches").*

öffentlichen Gesundheit und die Verringerung der Kriminalität haben, wenn sie richtig eingesetzt werden.[124]

Diese Verteidigungsposition mit „der Kraft der Zahlen“ weist in mögliche Richtungen für bestimmte zukünftige Reformen.
Es kann kein Zweifel an der prohibitionistischen Grundhaltung der Konventionen bestehen, auch wenn es innerhalb der Abkommen solche umstrittenen Grauzonen am Rande des Erlaubten gibt. In ihrer gegenwärtigen Form bieten sie keinen Raum für jegliche substanzielle Form gesetzlicher Regulierung von Produktion, Versorgung oder Gebrauch für den nichtmedizinischen Zweck; eine Ausnahme sind die minimalen Überschneidungen bei den derzeitigen Modellen der medizinischen Versorgung Abhängiger.
Diese vorhandenen Modelle konzentrieren sich jedenfalls nur auf eine Minderheit problematischer, nicht aber auf die Mehrheit der kaum problematischen Konsumenten.
Gelegentliche Flexibilität ist bei der Beurteilung der Konsumenten je nach Gesetzesauslegung durchaus vorhanden. Keineswegs ist solche Flexibilität aber erkennbar, wenn es um Fragen der Regulierung von Anbau und Vertrieb zu nicht medizinischen Zwecken geht. Bewley-Taylor (2005) bemerkt dazu:

“…einzelne Staaten rütteln derzeit an den Grenzen des internationalen Systems; aber jeglicher Versuch einer Legalisierung des nicht medizinischen und wissenschaftlichen Drogengebrauches erforderte entweder eine Revision der Abkommen oder einen teilweisen bis völligen Rückzug von den geltenden Abkommen.“

Möglichkeiten für Reformen des UN Drogenkontrollsystems

Vertragsrevision

Der Weltdrogenbericht der Vereinten Nationen von 1997, der vom UN Drogenkontrollprogramm [125] veröffentlicht wurde, sagt aus:

[124] Zum Beispiel: Insite, Vancouvers beaufsichtigter Drogeninjektionsraum.
[125] Später in das Büro für Rauschgifte und Verbrechen der Vereinten Nationen aufgenommen(UNODC).

„Gesetze sind nicht in Stein gemeißelt, nicht einmal die UN-Abkommen; sie können geändert werden, wenn dies der demokratische Wunsch der Staaten ist.“[126]

Es gibt klar formulierte Mechanismen für die Revision der UN-Abkommen; diese sind auch in den Drogenabkommen formuliert.
Bewley-Taylor[127] fasst diese Optionen so zusammen:

„Modifikationen beziehen sich auf mögliche Änderungen im Regelwerk durch Rückstufung einer Droge; das heißt, sie wird von einer Liste der 1961er- und 1971er- oder der 1988er-Konvention auf eine andere verschoben; oder sie wird völlig aus den Listen gestrichen. Die Neufassung betrifft die formale Änderung der Vertragsbestimmungen, und zwar einen alle Unterzeichner betreffenden Artikel der Konvention.“

Bewley-Taylor hat als einer der vielen mit der Konvention befassten Experten die praktischen Schwierigkeiten beschrieben, mit den obigen Mechanismen eine grundlegende Reform zu erreichen.

Modifizierung der Verträge

Artikel 3 der *Single Convention* ermöglicht der WHO und jedem Unterzeichnerstaat, jederzeit einen Modifizierungsprozess einzuleiten, der eine bestimmte Droge neu in die Liste aufnimmt oder sie aus den Abkommen streicht. Für Cannabis und Kokain wäre eine Neufassung erforderlich, da der Anbau und die Produktion dieser Pflanzen ausdrücklich verboten sind. Unabhängig von der Struktur der Listen, begrenzt dieser Umstand die Chancen für eine Reform hinsichtlich anderer gelisteter Drogen drastisch, auch wenn Reformmöglichkeiten theoretisch vorhanden sind.

Die Bestimmungen in den Konventionsregelungen formulieren das etwas theoretisch, denn jeder einzelne Unterzeichnerstaat kann sein Veto gegen Veränderungen einlegen.
Die WHO hat zwar wegen ihrer Beratungsbefugnis eine Schlüsselposition in jedem Veränderungsprozess, kann aber dennoch nur

[126] UNODC World Drug Report 1997, Kapitel 8: “*The Regulation-Legalization Debate*”. Der nächste Satz (der letzte des Kapitels) lautet: “*But the legalizers must find better answers to the trickier questions before hearts and minds across the world will follow them”.*

[127] D. Bewley-Taylor, “*Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities”*, International Journal of Drug Policy, 2003, Vol. 14, 171–179.

Empfehlungen aussprechen. Die Macht zur Durchsetzung von Änderungen hat der CND mit seinen 53 Mitgliedern, der innerhalb des UNODC arbeitet und dessen Strategien bestimmt.

Im CND besteht eine merkwürdige Allianz von Staaten, die sich gegen jede Veränderung der Verträge stellen, soweit es die unbedingte Strafbewehrung angeht (zu diesen Staaten gehören Schweden, Japan, viele Staaten der ehemaligen Sowjetunion, die meisten arabischen Staaten und die USA). Für diese Länder beruhen die Verträge auf der starren und absoluten Position, dass jeglicher (illegale) Drogenkonsum moralisch nicht akzeptabel sei; das geht soweit, dass die Verträge religionsähnlichen Charakter annehmen.[128] Für diese Staaten sind die Verträge - ihre Absichten und Zielsetzungen - tatsächlich in Stein gehauen, das Statement im Weltdrogenbericht von 1997 bleibt dabei unberücksichtigt.
Die Änderungsvorschriften in allen drei Verträgen geben dieser Gruppe reichlich Gelegenheit, jeden Versuch einer Revision abzuwürgen. Es überrascht nicht, dass die USA in diesem Machtblock die Schlüsselrolle innehaben. Die USA waren von Anfang an die treibende Kraft hinter den Konventionen; deren prohibitionistische Grundsätze spiegeln die historischen Tendenzen der USA.
Und sie waren das stärkste Bollwerk zur Verteidigung der Verträge durch ihre unbedingte Unterstützung und verschiedene Formen politischen Drucks (dazu gehört auch das Zertifizierungssystem).
Ein Diplomat bei den Vereinten Nationen in Wien bemerkte dazu vor einigen Jahren:

„Wo auch immer eine Nation auszubrechen scheint (aus der prohibitionistischen Sicht Washingtons), erscheinen die USA auf der Bildfläche mit Überzeugungsversuchen oder Drohungen.“[129]

Die Kommission ist so konstruiert, dass ein Konsens über Vertragsrevisionen nie zustande kommen kann. Selbst im Fall einer Abstimmung, was bei der derzeitigen politischen Kultur in Wien eher unwahr-

[128] P. Cohen, “*The drug prohibition church and the adventure of reformation*”, International Journal of Drug Policy, 2003, Vol. 14:2, Seiten 213–215.
[129] Webster, 1998, zitiert in D. Bewley-Taylor, “*Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations”*, International Journal of Drug Policy, 2005, Vol. 16, Seiten 423–431.

scheinlich ist, wäre kaum eine Mehrheit für eine Veränderung zu erreichen.
Selbst wenn ein Vorschlag vom CND angenommen ist, kann jeder Mitgliedsstaat fordern, dass die Änderung an den *UN Economic and Social Council* (ECOSOC)verwiesen wird; dessen Entscheidung ist endgültig. Dort würden sich wiederum die prohibitionsorientierten Staaten verweigern.
Vergleichbare Strukturen bestehen mit geringen verwaltungstechnischen Abweichungen für die Abkommen von 1971 und 1988; das 1971er-Abkommen verlangt vom CND eine Zwei-Drittel-Mehrheit anstelle der einfachen Mehrheit.

Zusatzartikel

Die Hindernisse für Modifikationen lassen diese Option sinnlos erscheinen, die Aussichten für Zusatzartikel scheinen besser zu sein. Aber auch in diesem Fall gibt es für die Gegenparteien großen Spielraum zur Blockade von Änderungen.
Möglichkeiten zur Ergänzung der Abkommen sind vorgesehen: in Artikel 47 der Single Convention, in Artikel 30 der Konvention von 1971 und in Artikel 31 der Konvention von 1988.
Die Unterzeichnerstaaten können dem Generalsekretär Ergänzungsvorschläge und deren Begründung vorlegen. Der Generalsekretär informiert die Mitgliedsstaaten und den Rat über die Vorschläge. Dann entscheidet der ECOSOC, ob eine Konferenz zur Beratung einberufen oder die Zustimmung der Mitgliedsstaaten abgefragt wird. Der Ergänzungsvorschlag tritt in Kraft, wenn keiner der Mitgliedsstaaten innerhalb von 18 Monaten Einwände vorgebracht hat – dieser Fall ist höchst unwahrscheinlich.

Wenn – was wahrscheinlich ist – Einwände vorgebracht werden, kann der Rat entscheiden, ob er eine Konferenz zur Beratung der Vorschläge einberuft. Solch eine Konferenz könnte das Thema differenzierter behandeln, sie wäre aber keine Garantie für wesentliche Veränderungen. Den prohibitionsorientierten Staaten böte solche Konferenz sogar die Möglichkeit, den Anlass für die Propagierung ihrer Ziele zu

nutzen.[130] Auch der Einwand zu hoher Kosten könnte gegen eine solche Konferenz vorgebracht werden.

Andere Optionen

Es gibt noch andere Wege, Ergänzungen auf den Weg zu bringen, auch wenn diese nicht ausdrücklich in den Verträgen beschrieben sind. Laut Kommentar zur Single Convention kann der ECOSOC Ergänzungsvorschläge an die Generalversammlung weiterleiten (in Übereinstimmung mit Artikel 62, Paragraf 3, der UN-Charta). Auch die Vollversammlung selbst kann eine Initiative zur Novellierung ergreifen; dies kann sie entweder durch Übernahme von Änderungen oder durch Einberufung einer Konferenz der Generalbevollmächtigten.
Das gilt auch für die Abkommen von 1971 und 1988.

Wenn man allerdings die komplexe politische Dynamik der Vollversammlung bedenkt, gibt es keinen Grund zu der Annahme, dass eine richtungsverändernde Novellierung die Blockade der prohibitionsorientierten Mitglieder überwinden könnte; jedenfalls nicht, wenn die Regeln der zuständigen Artikel der Abkommen befolgt werden.
Um diesen gordischen Knoten zu durchtrennen, könnten Unterzeichnerstaaten auf den Gedanken kommen, sich aus den Abkommen zurückzuziehen.

Rücktritt von den Verträgen

Die administrativen Sperrmöglichkeiten für Nachbearbeitungen der Abkommen bedeuten, dass der prohibitionsorientierte Block alle unerwünschten Änderungen verhindern kann. Für einen einzelnen Staat, der von den Konventionen nicht gedeckte Maßnahmen plant, bleibt nur die Möglichkeit, von dem entsprechenden Abkommen zurückzutreten.
Es gibt zwei wesentliche Möglichkeiten für den Rücktritt von den Drogenabkommen; diese würden im Kontext der internationalen Beziehungen und der UN-Kultur als extrem gesehen, sie blieben aber in

[130] Das kam hinter den Kulissen während und nach der 1998er-Generalversammlung der UN - eine spezielle Sitzung zum Thema Rauschgifte (UNGASS) - vor. Dann wurden anfängliche Anstrengungen, die Wirksamkeit des Rauschgiftkontrollregimes zu reflektieren, mit einem Bekenntnis zum gegenwärtigen System und seinen Strategien abgetan.

den Grenzen internationalen Rechts, denn sie sind formaljuristisch durch Artikel der Abkommen gedeckt.

Möglichkeiten der Kündigung

In allen Abkommen sehen Artikel die Austrittsoption vor, dazu muss dem Generalsekretär eine schriftliche Kündigung mit den rechtlichen Gründen für diesen Schritt vorgelegt werden. Nach den Verträgen von 1961 und 1971 gilt: Wenn dem Generalsekretär die Kündigung bis zum 1. Juli vorliegt, wird die Kündigung zu Beginn des folgenden Jahres wirksam. Nach dem Abkommen von 1988 wird die Kündigung ein Jahr nach Eingang wirksam.
Mit Blick auf den März 2008 würde dies bedeuten, dass 143 Einzelstaaten ihren Austritt erklärten, um die Zahl der Ratifizierer des 1961er-Abkommens unter 40 zu drücken und damit die Auflösung des Abkommens einzuleiten (gemäß Artikel 41).

„Wenn wir auf das letzte Jahrhundert zurückblicken, sehen wir etliche nicht gewollte Konsequenzen der Anwendung des Kontrollsystems; sie waren unvorhergesehen oder auch nicht, jedenfalls waren sie nicht beabsichtigt.
Die erste *nicht gewollte Konsequenz ist ein riesiger krimineller Schwarzmarkt; dieser prosperiert durch die Übermittlung verbotener Substanzen von den Produzenten zu den Verbrauchern; dabei spielt es keine Rolle, ob Angebotsdruck oder Nachfrage der Grund sind. Die finanziellen Anreize zur Beteiligung an diesen Geschäften sind enorm. Es gibt genug Kriminelle, die einen Anteil ergattern wollen von einem Markt, der mit hundertfachen Preissteigerungen auf dem Weg vom Produzenten bis zum Endverbraucher lockt.*
Die zweite *nicht gewollte Konsequenz ist die Strategieverlagerung Das eindeutig vorrangigste Ziel der Drogenkontrolle, die öffentliche Gesundheit, ist in den Hintergrund gerückt.*
Die dritte*, nicht gewollte Konsequenz ist die geografische Verdrängung. Man spricht oft vom Schneeballeffekt. Druck auf einen Standort (durch engmaschige Kontrollen) führt zum Anstieg am anderem Ort (mit gesteigerter Produktion).“*

Antonio Maria Costa, Executive Director des UN Office on Drugs and Crime, *„Making drug control ‚fit for purpose'; Building on the UNGASS decade“*, S. 10.

Es ist klar, dass Rücktritte in dieser Größenordnung höchst unwahrscheinlich sind, auch wenn dieser Fall theoretisch möglich und vielleicht sogar wünschenswert ist.
Das Abkommen von 1988 enthält tatsächlich keine Auflösungsklausel und bliebe bizarrerweise auch mit nur einem verbleibenden Unterzeichner in Kraft (gemäß Artikel 55 des Wiener Abkommens zum internationalen Vertragsrecht).

Es ist außerdem ganz klar, dass jeder Staat mit schwerwiegenden politischen Konsequenzen zu rechnen hätte, wenn er sich dem Prohibitionsregelwerk entzöge, unabhängig davon, was rein formal erlaubt ist. Kritik seitens des prohibitionsorientierten Blocks wäre ein ernstzunehmendes Hindernis, besonders seitens der USA, des UNODC und des INCB.
Der amerikanische Wissenschaftler Peter Andreas sagt dazu:

„Offener Abfall vom Drogen-Prohibitionssytem hätte ... ernsthafte Folgen: Der abtrünnige Staat würde zum geächteten „Drogenstaat", hätte materielle Auswirkungen in Form wirtschaftlicher Sanktionen hinzunehmen, würde von Hilfsleistungen ausgeschlossen und verlöre seinen Ruf in der internationalen Gemeinschaft."[131]

Industrieländer wären offensichtlich besser gewappnet, dem Druck der Vereinigten Staaten zu widerstehen; ebenso Staaten, die weniger vom Handel mit den USA oder von deren Hilfe abhängig sind.
So sind die Niederlande wegen ihres Coffee-Shop-Systems seit Jahren der Kritik der USA ausgesetzt; aber sogar sie haben sich nicht aus den Abkommen zurückgezogen. Stattdessen operieren sie im Rahmen der Verträge an den Grenzen des Erlaubten.

Obwohl Staaten unter bestimmten Umständen den Rückzug erklären können, erscheint dies recht unwahrscheinlich, auch wenn es Beispiele dafür gibt. Zwischen 1945 und 2004 gab es 1547 Rücktritte von den Abkommen, das sind fünf Prozent der Gesamtzahl an Unterzeichnern.[132]
Keiner dieser Austritte bezog sich auf die Drogenabkommen.
Viel wahrscheinlicher ist es, dass eine Gruppe veränderungsorientierter Staaten sich zu einer Kampfansage an das System zusammenfindet.

[131] Zitiert in Bewley-Taylor, 2003.
[132] L. Helfer, "*Exiting treaties*", 2005, Virginia Law Review 91: 1579–1648.

Bewley-Taylor[133] schlägt in diesem Zusammenhang vor:

„*Wenn eine glaubwürdige Gruppe von Unterzeichnern aus Europa, dem australisch-asiatischen Raum und die Gruppe der lateinamerikanischen und karibischen UN- Mitglieder (GRULAC) gemeinsam eines oder alle Abkommen kündigten, verlöre die Achse USA-UN einen Großteil ihrer Einflussmöglichkeiten. Die „Abtrünnigen“ wären wegen ihrer großen Zahl sicher und könnten sich legitim aus den Verträgen lösen*.“

Bewley-Taylor gibt auch zu bedenken, dass allein die Androhung solcher Schritte genügen könnte, wesentliche Reformen einzuleiten; das System könnte so überarbeitet werden, dass größere Flexibilität bei der Berücksichtigung strategischer Möglichkeiten entstünde, als jetzt durch die Starre der absolut prohibitionsorientierten Strukturen gegeben ist.
Die prohibitiven Staaten könnten teilweisen Reformen zustimmen, wenn sie in einer bestimmten Situation Gefahr liefen, das gesamte Drogenvertragssystem mit ihrer Ablehnung zu gefährden. Zumindest könnten die prohibitiven Staaten dazu gezwungen werden, wenn sie in eine Situation kämen, in der jede Verweigerung das gesamte Vertragssystem gefährden würde:

Bewley-Taylor merkt dazu an:

„Da generell Einigkeit darüber besteht, dass die Kündigung jedes Vertrages zu seinem Untergang führen kann, ist solch ein Szenario durchaus möglich. Das kann natürlich auch auf die Drogenabkommen zutreffen, einmal wegen des Vertragsgegenstandes und zum anderen, weil der Bestand der Abkommen davon abhängt, dass sie auf breiter Ebene über die Staatsgrenzen hinaus eingehalten werden.
Der Einsatz von Vertragskündigungen als Impuls zu Vertragsrevisionen wäre etwas anderes als die im Vertrag vorgesehenen Prozesse zur Modifizierung; denn im Kündigungsfall wäre es nicht einfach so, dass eine Gruppe gleichgesinnter Staaten mit Zahlen pokert, um Mehrheitsentscheidungen im Rat und in der Kommission zu erreichen.Eine ausreichend starke Gruppe von „Kündigern“ könnte sowohl dem Druck der UN und der Vereinigten Staaten standhalten als auch selbst bedeutenden Druck ausüben.“

[133] D. Bewley-Taylor, “*Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nations*”, International Journal of Drug Policy, 2005, Vol.16.6, Seiten 423–431.

Der Bericht der Globalen Cannabis Kommission der Beckley Foundation zeigt eine weitere Möglichkeit auf,[134] die aus politischer Sicht attraktiver ist; dies wäre ein Austritt mit anschließendem Wiedereintritt mit Vorbehalt. Die Kommission betont die praktischen Probleme dieser Methode; sie weist aber auch darauf hin, dass die Niederlande und die Schweiz bei ihrem Beitritt zur Konvention von 1988 Vorbehalte gegen die Übernahme einiger Vorschriften zur Kriminalisierung (in Artikel 3) einbrachten.

Andere Möglichkeiten der Vertragsreform

Im Weltdrogenreport der des UN-Drogenkontrollprogramms (UNDCP) von 1997 heißt es:

„...in keinem der drei Drogenabkommen ist Drogenkonsum an sich unbedingt als Straftat definiert. Nur die Konvention von 1988 fordert die Unterzeichner eindeutig auf, Erwerb oder Anbau der gelisteten Drogen für nicht medizinischen persönlichen Gebrauch unter Strafe zu stellen; Ausnahmen sind möglich, wenn diese Strafbewehrung dem Grundgesetz und den Grundsätzen der Verfassung eines Unterzeichnerstaates widerspricht.“

Wenn also die Verfassungsorgane eines Unterzeichnerstaates feststellten, Prohibition für eine Droge, eine Gruppe oder überhaupt alle Drogen verstieße gegen die Rechtsgrundlagen ihres Staates, wäre dieser Staat nicht länger an die Einschränkungen der Konventionen gebunden, soweit es diese bestimmten Substanzen betrifft. Es gibt bereits eine Debatte darüber, ob die Prohibition nicht eine Verletzung der Menschenrechte darstellt; dieses „Schlupfloch“ in den Konventionen könnte man nutzen.

Die Akteure eines solchen Verfahrens würden sich, wie schon gesagt, den Zorn des prohibitionsorientierten Blocks und deren ideologischer und strategischer Verbündeter im Kampf gegen die Drogen zuziehen; politische Konsequenzen wären zu erwarten. Aber genauso könnte eine

[134] Beckley Foundation, „*Global Cannabis Commission*“, 2008, Seite 155 (Die Diskussion wird auf Cannabis reduziert, wobei eine Debatte zu allen Optionen für alle zurzeit verbotenen Rauschgifte mehr Substanz haben würde.).

Gruppe reformorientierter Staaten dem zu erwartenden Druck widerstehen, wenn sie geschlossen agierte und zahlenmäßig stark genug wäre.
Wie Bewley-Taylor es ausdrückt, *„könnte solch ein Bruch der Vertragstreue das Vertragssystem ernsthaft schwächen und den Impuls zu Veränderungen geben*."
Es gibt zwei weitere Möglichkeiten. Einmal könnte ein neuer Vertrag aufgesetzt und ratifiziert werden, der an die Stelle der vorherigen Abkommen tritt und somit die Bindungen aus den früheren Verträgen beendet. Eine zweite Möglichkeit wäre, das Recht indigener Völker an ihren nationalen Ressourcen als *jus cogens*[135] zu akzeptieren (zum Beispiel als *zwingende Norm* des internationalen Rechtes). Damit würde jeder Konflikt mit dem internationalen Recht null und nichtig.
Beiden Möglichkeiten stehen die oben geschilderten politischen Hindernisse im Wege.

Nichtanerkennung der Verträge

Die Unterzeichnerstaaten könnten theoretisch die Abkommen insgesamt oder Teile davon ignorieren. Wenn sich viele Staaten so verhielten, würden die Abkommen möglicherweise „am Strauch vertrocknen", das heißt, sie fielen in Nichtgebrauch ohne direkte Auflösung oder Reform.

„Ich bin der Meinung, dass Drogengebrauch nicht kriminalisiert werden kann. Wenn ich über Kriminalisierung spreche, dann meine ich den Handel, nicht die Konsumenten. Aus wissenschaftlicher Sicht kann ich Strategien der Repression überhaupt nicht verstehen."

Michele Katzatchkine, Head of the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria.[1]

[135] „Zwingendes Recht", d.h. wenn die Voraussetzungen der Rechtsnorm gegeben sind, steht das Ergebnis bzw. die Rechtsfolge fest, es darf nicht im Sinne eines Ermessens davon abgewichen werden.

So könnte ein einzelner Staat auf nationaler Ebene jede für nötig erachtete Strategie in Kraft setzen, wenn er die Abkommen unbeachtet ließe oder sie nur teilweise übernähme.

Wahrscheinlichstes Beispiel dafür sind wohl die Legalisierung von Cannabis und die Einführung eines Lizenzsystems für inländische Produzenten, wie es in den Niederlanden und der Schweiz auf Parlamentsebene seit Jahren diskutiert wird; auch in einigen Bundesstaaten der USA wird das derzeit diskutiert.
Solches Vorgehen impliziert ernsthafte Probleme über das Thema Drogenkontrolle hinaus; ganz besonders, wenn es einseitig geschieht; das gilt auch für alle anderen hier diskutierten Reformen. Es könnte als Bedrohung des gesamten Vertragssystems aufgefasst werden oder könnte dieses auch wirklich bedrohen, wenn Staaten einseitig die Abkommen zur Drogenkontrolle ignorieren. Der Preis solch einer Bedrohung und die Vorteile, die viele Staaten aus dem UN-Vertragssystem allgemein ziehen, lassen bei vielen Staaten den Gedanken an einen Austritt nur mit großer Vorsicht aufkommen; und das selbst dann, wenn es nur um eine begrenzte Reform wie die des Cannabisanbaus geht.

Die *Vienna Convention on the Law of Treaties* von 1969 legt in Artikel 62 fest:
..."Alle Abkommen können ihre Verbindlichkeit verlieren, wenn sich nach der Unterzeichnung fundamentale Veränderungen der Sachlage ergeben haben. Als Gründe könnten die grundsätzlichen Veränderungen in Art und Umfang des Drogenphänomens auf internationaler Ebene seit 1961 angeführt werden; das heißt, die Doktrin *rebus sic stantibus*[136] ließe sich auf die Drogenverträge anwenden."

Aber auch hier würde die Anwendung dieses einzelnen Prinzips eventuell die Gültigkeit der Verträge generell in Frage stellen. Die Kosten-Nutzen-Analyse für den einzelnen Staat würde das Vorgehen wohl verhindern. Allerdings hat genau diese Überlegung die USA nicht dran gehindert, sich vom Kyoto-Vertrag zurückzuziehen (sie haben ihn nie ratifiziert); auch ihre Nichtanerkennung des *„Anti-Ballistic Missile Treaty"* von 1972 gehört dazu. Begründung der USA war damals, dieser

[136] Es ist vom Sachstand bei Abschluss eines Geschäfts oder beim Erlass des Gesetzes auszugehen. Wenn sich die Umstände ändern kann oder muss entsprechend auch der Vertrag oder das Gesetz geändert werden.

Vertrag sei ein „Relikt“ des Kalten Krieges und für die moderne Welt nicht nötig. Ein drittes Beispiel ist die kürzliche Entscheidung der USA, die Unterzeichnung des Rom-Statutes des Internationalen Strafgerichtshofes zurückzuziehen.
All diese Vorgehensweisen der USA kann man als Bedrohung der Verträge sehen und darüber hinaus auch als Bedrohung des Vertragssystems generell. Tatsächlich bewegt sich die US-Regierung langsam weg von den Entscheidungen der Bush-Ära, seit die politischen Konsequenzen dieser Entscheidungen offenbar wurden.

Bewley-Taylor sagt dazu:

„Die Administration der Bush-Regierung hat mit diesem noch nie da gewesenen Schritt scheinbar festgestellt, dass die USA sich nicht weiter durch die Wiener Konvention zum Vertragsrecht gebunden sehen. Nach der Konvention von 1969 ist es nicht möglich, dass ein Land, das einen bestimmten Vertrag unterzeichnet hat, die Ziele dieses Abkommens ablehnen kann; selbst dann nicht, wenn es nicht beabsichtigt, dieses Abkommen zu ratifizieren. Nachdem Washington aus nationalen Eigeninteressen diesen Präzedenzfall geschaffen hat, wird seine Ablehnung jeglichen Rückzuges von den Drogenkontrollverträgen aus ähnlichen Gründen auf wackeligen Beinen stehen.“

„Ich rufe die Regierungen in Asien auf, ihre überholten Gesetze zur Kriminalisierung der verletztlichsten Bevölkerungsgruppen zu novellieren; sie sollten alle Anstrengungen unternehmen, diesen Gruppen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Wir müssen die Gesetzgebung da überprüfen, wo ein universeller Zugang erschwert wird, z.B. in Fällen, wo schutzlose Gruppen wegen ihres Lebensstiles kriminalisiert werden.“

UN Generalsekretär Ban Ki-Moon, März 2008

Pragmatische und praktische Wege vorwärts

Es ist also äußerst unwahrscheinlich, dass grundsätzliche oder wenigstens sinnvolle Reformen durch einseitiges Vorgehen zu erreichen sind, wenn die Verfahrenswege beschritten werden, wie sie in zahlreichen Artikeln der Drogenverträge und den betreffenden UN-Gesetzesstrukturen festgelegt sind. Der zuverlässigste und wahrscheinlich erfolgreichste Weg zu Veränderungen ist eindeutig eine kollektive Aktion einer Gruppe gleichgesinnter Staaten. Sie könnten eine Lockerung der gegenwärtigen Restriktionen für die Erforschung von Modellen legaler Regulation für bestimmte Substanzen erreichen.
Solch eine Koalition bestünde wohl hauptsächlich aus einem EU-Block (mit Ausnahme Schwedens), einem süd- und zentralamerikanischen Block, eventuell Neuseeland, Australien, Kanada und einigen anderen Staaten.
Diese Länder entfernen sich bereits jetzt zunehmend von Geist und Buchstaben einiger wesentlicher Aspekte der Prohibition in den gültigen Abkommen; dies geschieht durch ihre weitreichende Anwendung von Maßnahmen der Harm-reduction und tolerantere Strategien im Umgang mit Drogenthemen. Es scheint unvermeidbar, dass diese Trends sich fortsetzen. Und dann wird es zu dem Punkt kommen, an dem die Spannungen zwischen dem Bekenntnis zu den Abkommen und den realpolitischen Maßnahmen eine grundsätzliche Umgestaltung der Verträge erfordern, damit das übergreifende Drogenkontrollsystem überhaupt erhalten bleibt. Das bezieht sich auch auf die fraglosen Vorteile des Kontrollsystems für legale Pharmazeutika.

Tatsächlich ist dieser kritische Punkt bereits erreicht oder zumindest nahe. Das zeigten die Auseinandersetzungen um die Formulierungen der Deklaration des CND von 2009 (und zwar besonders um die Aufnahme des Begriffes *harm-reduction*). Kernelemente des Konsenses über die internationalen Drogenkontrollsysteme in ihrer jetzigen Form beginnen bereits zu bröckeln.

Ein stufenweiser Ansatz

Auch wenn das derzeitige System zunehmend an Stabilität verliert, je mehr die Spannungen unter den einzelnen Gruppen zunehmen: Es gibt keine Aussicht auf einen Wechsel von heute auf morgen. Dem tatsächlichen Reformprozess wird unweigerlich eine langwierige schwierige Debatte vorangehen, erschwert durch diplomatisches Gerangel. Diese Hürden muss man klar sehen. Aber die Zitate auf dem Buchrücken zeigen, dass mittlerweile Schlüsselpersonen des politischen und gesell-

„[Es war] zunehmend schwierig, weiterhin die Einstufung der Substanzen allein nach ihrem legalen Status und ihrer sozialen Akzeptanz vorzunehmen. Denn Nikotinabhängigkeit, Alkoholismus, der Missbrauch von Lösungsmitteln und Inhalationsmitteln können eine größere Bedrohung der Gesundheit sein als der Gebrauch bestimmter Substanzen, die derzeit internationaler Kontrolle unterliegen. Pragmatische Erwägungen führen daher zu dem Schluss, dass der weitere Einsatz unvereinbarer Strategien zur Verringerung der Wirkungen solcher Substanzen letztlich ein künstlicher Ansatz ist, ebenso irrational wie unökonomisch."

Executive Director of the United Nations Internationals Drug Control Programme at the 37th Session of the Commission on Narcotic Drugs, Vienna, 13. April 1994

schaftlichen Lebens die Kriminalisierung von Drogenkonsumenten offen als unangemessen anprangern. Sie sehen den Fehler im System, die Vergeblichkeit der Angebotskontrollen und -verbote; sie sehen die dramatischen negativen – nicht beabsichtigten – Folgen der internationalen Anbau- und Handelsverbote; sie sehen, dass die Abkommen zur Drogenkontrolle überholt sind und ihren Zweck nicht erfüllen.
Gleichzeitig akzeptieren sie jetzt den Primat der Gesundheitsaspekte in der Drogenpolitik, die zentrale Bedeutung von Harm-reduction-Maßnahmen, und sie spüren den leisen Hauch von Veränderung in der Atmosphäre. Davon ausgehend, sehen die Chancen für eine sinnvolle

Reform und Weiterentwicklung des UN-Drogenkontrollsystems langsam besser aus.

Wesentliche Schritte der Reform schließen folgende Aspekte mit ein:

→ Man muss damit beginnen, eine international relevante Datenbank aufzubauen. Insbesondere müssen neue, bisher nicht berücksichtigte Indikatoren in die Fragebogen aufgenommen werden, die von den Mitgliedsstaaten als Basis für den UN-Weltdrogenbericht beantwortet werden. Dazu gehören Fragen über die Auswirkungen der Drogenkontrolle auf die Menschenrechte, auf Konflikte, Kriminalität, Korruption, ökonomische und gesellschaftliche Entwicklung und Fragen der Sicherheit; ebenso gehören dazu Fragen nach den allgemein üblichen Maßnahmen der Harm-reduction. Mit diesen Daten wird eine Evaluation der UN-Drogenkontrollsysteme durch den UNODC [137] möglich, gleichzeitig werden auch die nicht beabsichtigten Folgen eindeutig erfasst.
Mit der Auswertung solcher Angaben lassen sich Erfolge und Fehlschläge kritisch beleuchten; effektivere Kritik wiederum wird eine ernsthaftere Debatte zu alternativen Ansätzen befördern.

→ Es sind Fragen des Zusammenhaltes innerhalb der UN-Familie anzusprechen; besonders hinsichtlich der Auswirkungen der internationalen UN-Drogenkontrollinfrastruktur und ihrer Durchsetzungsstrategien hinsichtlich Menschenrechte, Entwicklung und Sicherheit der Völker (die drei Eckpfeiler der UN). Zuerst sind natürlich die extremsten Manifestationen des Drogenkrieges anzusprechen; denn für die UN-Drogenbehörden ist es dringend notwendig, wieder im Rahmen der UN-Prinzipien und -Normen zu arbeiten, von denen sie sich historisch entfernt haben.

→ Konflikte zwischen den Gesetzen zu den Menschenrechten und den Drogenabkommen müssen untersucht werden, und es müssen gleich-

[137] A. Costa, "*Making drug control 'fit for purpose'; Building on the UNGASS decade*", UNODC, 2008.

lautende Verpflichtungen zur Einhaltung der Menschenrechte in alle Maßnahmen der Drogenkontrolle integriert werden.[138]

→ Den anderen UN-Behörden wie WHO und UNAIDS muss nach und nach mehr Verantwortung auch für die Drogenpolitik zugestanden werden. Das würde den Fokus der Drogenpolitik generell weg vom Ansatz der Strafjustiz mehr in Richtung auf die öffentliche Gesundheit lenken; eingeschlossen die Verlagerung des Drogenthemas in den Länderregierungen, wie beispielsweise in Spanien, wo der Drogenkomplex vom Innenressort zum Gesundheitsressort verschoben wurde. Das würde einen mehr pragmatischen und evidenzbasierten Diskurs befördern.

→ Ein einflussreiches Land müsste den Schritt wagen, seine Position öffentlich zu machen und eine substanzielle Reform des Vertragssystems auf die Agenda des CND zu setzen; gleichzeitig müsste dieses Land eine Koalition der reformorientierten Staaten aufbauen. Die Gruppe der 26 Staaten, die sich beim Spitzentreffen 2009 gemeinsam gegen das Fehlen jeglichen Hinweises auf Harm-reduction in den Deklarationen des CND wandten, könnte die Kerngruppe einer „*G-26*“-Reformallianz bilden.

→ Die Gemeinschaft der NGOs könnte einen neuen Diskurs über öffentliche Gesundheit und Menschenrechte in der internationalen Drogenpolitik (auf UN-Ebene) anstoßen. Es handelt sich um eine wachsende Gruppe von Organisationen, die sich mit Menschenrechten, Drogen, öffentlicher Gesundheit und Entwicklungspolitik beschäftigen; gestützt werden sie von immer mehr akademischen Einrichtungen, Expertenkommissionen und relevanten Berufsfachverbänden. Dieser Diskurs könnte die bisherigen Schwarz-Weiß-Debatten (Prohibition kontra Legalisierung) überwinden; vielmehr würden gemeinsame Prinzipien und Ziele besprochen und Veränderungsmöglichkeiten und deren mögliche Folgen untersucht.
Die Fehlschläge des Drogenkrieges würden kritisch diskutiert, und die phasenweise Annäherung an ein Regulierungsmodell würde klar beschrieben; ebenso würde dargestellt, welche Vorteile für die einzelnen

[138] Für mehr Details siehe D. Barrett, M. Novak, “*The United Nations and Drug Policy, Towards a human rights based approach*” (in: *“The diversity of international law: Essays in honour of Kalliopi K Koufa*”), 2009.

Länder und die Weltgemeinschaft aus der Regulierung erwachsen könnten.

→ Ernsthafte Diskussionen auf höchster Ebene sind nötig, um zu klären, wie die Koalition der Reformstaaten das Vertragssystem so neu fassen kann, dass die anerkannt nützlichen Elemente erhalten bleiben und gleichzeitig eine gewisse Flexibilität geschaffen wird; eine Flexibilität, die es einzelnen oder Staatengruppen ermöglicht, Möglichkeiten für legal regulierten Anbau und Versorgung bestimmter derzeit verbotener Drogen zu eruieren. Eingeleitet werden könnte dieser Diskurs von der Allianz der NGOs gemeinsam mit führenden Reformstaaten.

Mögliche erste Schritte hin zu einer grundsätzlichen Reform sind denkbar in Verbindung mit pflanzlichen Drogen wie Cannabis und Koka, besonders für traditionelle Nutzung.

Im Einklang mit den verschiedenen Instrurmenten der UN sollte legislative und strategische Reformen angegeangen werden um die hier genannten Ziele zu erreichen; dazu gehören:
- Strafgesetzgebung und Strafen; Ziel muss sein, die Kriminalisierung nicht gewalttätiger Drogenvergehen zu reduzieren und die Zahl der Inhaftierungen von nicht gewalttätigen Drogenkonsumenten drastisch zu senken.
- Gesetze und Strafen der Drogenkontrolle; Ziel muss sein, dass diese Gesetze, ihre Interpretationen und ihre Umsetzung abgestimmt sind mit den HIV/AIDS-Strategien und weder HIV/AIDS-Prävention noch den Zugang zur HIV/AIDS-Behandlung behindern.
- Verurteilungen; Ziel muss sein, Alternativen zu Inhaftierungen und anderen Formen der Ingewahrsamnahme zu entwickeln für Delikte im Zusammenhang mit Drogenkonsum; die Zahl der ins Gefängnis gesteckten Drogenkonsumenten deutlich zu senken, die Zahl der Inhaftierten generell und der Überbelegung von Haftanstalten entgegenzuwirken.

„HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings; A Framework for an Effective National Response", UN Office on Drugs and Crime, co-published with the Worls Health Organziation and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Weiterführende Literatur

D. Bewley-Taylor, *"Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities"*, International Journal of Drug Policy, 2003, Vol. 14, S. 171–179

D. Bewley-Taylor, "*Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the United Nation"*, International Journal of Drug Policy, 2005, Vol.16, S. 423–431

W. McAllister, "*Drug Diplomacy in the Twentieth Century*", Routledge, 2000

D. Barrett, "Recalibrating the Regime", IHRA, Human Rights Watch, CHALN, 2008

A. Costa, *"Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade"*, UNODC, 2008

Transnational Institute: www.ungassondrugs.org

"Breaking the Impasse; Polarisation and Paralysis in UN Drug Control", Transnational Institute, Drugs and Conflict Debate Paper 5, 2002

D. Barrett, "*Unique in International Relations? A Comparison of the International Narcotics Control Board and the UN Human Rights Treaty Bodies*", HR2, IHRA, 2008

J. Csete, D. Wolfe, "*Closed to Reason: the International Narcotic Control Board and HIV/AIDS"*, Canadian HIV/AIDS Legal Network and International Harm Reduction Development Program (IHRD) of the Open Society Institute, 2007

D. Barrett, M. Novak, "*The United Nations and Drug Policy: Towards a human rights based approach"* (in: "The diversity of international law: Essays in honour of Kalliopi K Koufa", S. 449–477), 2009

Anhang 2

Aktuelle rechtliche Rahmenbedingungen für die Herstellung von Opium, Kokain, Cannabis und Pharmazeutika

Die geregelte Produktion von psychoaktiven Rauschgiften verlangt weniger Aufmerksamkeit als Fragen der Versorgung. Es gibt bereits eine breite Palette funktionierender Modelle für die regulierte Produktion pflanzlicher oder pharmazeutischer Drogen; diese können als Vorlage dienen. Wenn es um dieselben Substanzen geht, braucht die Produktion für medizinische Zwecke lediglich in das bestehende Regelwerk aufgenommen zu werden.
Die folgenden Überlegungen zu bestehenden Formen legaler regulierter Produktion von Opium/Heroin, Koka/Kokain und Cannabis wollen aufzeigen, wie dies umzusetzen wäre.

Legale Produktion von Opium

Ein erheblicher Anteil, nämlich fast die Hälfte [139] der globalen Opiumproduktion wird legal für die Verarbeitung zu opiatbasierten Medikamenten produziert. Unter dem Dach der *Single Convention* von 1961 und der Aufsicht des INCB kann jedes Land legal Opium anbauen, herstellen und damit handeln.
Im Jahr 2001 taten das 18 Länder; von ihnen kultivieren vier (China, Korea, Indien und Japan) Opiumpflanzen für die Herstellung von Rohopium, nur Indien exportiert dies auch.
Weitere 14, darunter auch Großbritannien, kultivieren es für die Herstellung von Konzentraten aus den Halmen (Poppy Straw[140], CPS[141]) von Mohnsaat und Alkaloiden wie Morphin und Thebaine (Paramorphin).

[139] Bei der gesetzlichen Opiumproduktion entfiel mehr als die Hälfte der weltweiten Opiumproduktion bis zu den jüngsten Rekordernten auf Afghanistan.
[140] getrocknete Fruchtkapseln (der Mohnpflanze)
[141] Creative Problem Solving (Process), ein mehrstufiges Problemlösungsverfahren.

Die fünf Hauptexporteure von Opiaten sind Australien, Frankreich, Indien, Spanien und die Türkei.
Die Mehrzahl dieser Länder arbeitet nach der CPS-Methode; dabei wird die ganze Pflanze mit einem Mähdrescher geschnitten, nachdem die Mohnköpfe vertrocknet sind. Nach der Ernte werden Früchte und Stängel in einer Fabrik chemisch „gewaschen". In diesem Prozess entsteht CPS, das einen höheren Anteil der aktiven Drogen enthält als das bekanntere Opiumharz (auch unter dem Namen Opiumlatex). Letzteres wird in Handarbeit eingesammelt, es wird von den Mohnköpfen abgekratzt, solange sie wachsen. Indien darf als einziges Land Opiumharz exportieren.
Diese Beispiele zeigen, dass die Opiumproduktion in verschiedenen Milieus möglich ist, allerdings nicht immer unproblematisch.
Der Iran und einige zentralasiatische Staaten nutzen konfisziertes illegales Opium für den medizinischen Einsatz im eigenen Land.

Mansfield bemerkt dazu:
„Während diesen Staaten zuvor das beschlagnahmte Opium für ihren heimischen Bedarf genügte, haben sie in den letzten Jahren auch erwogen, das Opium oder Produkte daraus auf dem internationalen Markt zu verkaufen. Das hat zu Unruhe bei den „traditionel-len" Produzenten wie Indien und der Türkei geführt, ebenso beim INCB."[142]

Abzweigung auf den Schwarzmarkt

Der Umfang des Abflusses auf den Schwarzmarkt variiert stark von Land zu Land. Es gibt kaum aussagekräftige Daten dazu, immerhin gibt es Schätzwerte für Indien und die Türkei. Diese beiden Länder stehen im Mittelpunkt der Besorgnis, da sie als Produzentenländer von der illegalen/traditionellen Produktion zur legal regulierten für den medizinischen Gebrauch „konvertiert" sind.

INDIEN
Indien schneidet bei diesen Schätzungen sehr schlecht ab, das liegt

[142] D. Mansfield, "*An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey*", UK Foreign and Commonwealth Office, 2001.

teilweise an der dortigen Produktionsmethode; von Hand hergestelltes Opiumharz lässt sich einfach leichter in den illegalen Markt abführen als industriell produziertes CPS. Ein weiterer Grund für das schlechte Abschneiden Indiens ist die Korruption in großem Stil, bedingt auch durch die dortige Armut (Indien ist das am geringsten entwickelte Land unter den großen Opiumproduzenten). Es gibt Vorkehrungen gegen das Abzweigen auf den illegalen Markt:
Der CBN (Central Bureau of Narcotics) setzt einen Mindestertrag fest (minimum qualifying yield/MQY), der die Menge (Anzahl der Kilo) des Opiums pro Hektar festlegt, und bestimmt einen festen Preis pro Kilo. Mit Hilfe von Satellitenbildern werden die Areale illegalen Mohnanbaus eingeschätzt, diese werden mit den beim CBN erfassten Abmessungen der Felder abgeglichen.
Seit 2007 sind die Mohnbauern mit „smart cards“ ausgestattet, das sind Ausweise mit Mikrochip, die Personendaten und Daten zum Anbaugebiet enthalten. Der CBN experimentiert außerdem mit CCTV-Kameras[143] zur Kontrolle der Erntevorgänge und des Abwiegens.[144]
Nach Schätzungen der indischen Regierung fließen 10 % der gesamten Ernte in den illegalen Markt, das scheint eine zu geringe Schätzung zu sein.

TÜRKEI
Im Gegensatz zu Indien produziert die Türkei CPS, das bedeutet riesige industrielle Anbauflächen und entsprechendes Zubehör, was ein Abzweigen viel schwieriger und unwahrscheinlicher macht.
Das US State Department behauptet, dass *„es keinen nennenswerten illegalen Drogenanbau gibt, mit Ausnahme von Cannabis für den privaten Konsum im eigenen Land. Das Turkish Grain Board (TMO) kontrolliert die legale Opiumproduktion streng und mit Erfolg, es gibt keine erkennbaren Abflüsse in den illegalen Markt“.*[145]
Laut UNODC wurden zwischen 1974 und 2003 keine beschlagnahmten Drogen bekannt, die aus türkischem Mohnanbau stammten, weder im Inland noch außerhalb der Türkei“.[146]

[143] Closed Circuit Television (Cameras) = Überwachungskamera(systeme)
[144] US Department of State, “*International Narcotics Control Strategy Report 2008*”
[145] US Department of State, ‘International Narcotics Control Strategy Report 2008’.
[146] UNODC Turkey Programme: www.unodc.org/pdf/turkey_programme.pdf.

Produktionsquoten und Deckung der Nachfrage

Das Volumen des jährlichen Mohnanbaus unterliegt in allen Anbauländern strengen Kontrollen. Grundlage für die Festsetzung der Quoten pro Land sind Bedarfsschätzungen (international) auf der Basis des weltweiten Verbrauchs der zurückliegenden zwei Jahre.
Indien, die Türkei, Australien, Spanien und Großbritannien haben die Anbau- und Exportgenehmigung für Opiate zur Schmerzlinderung; andere Länder wie Tschechien, Ungarn, die Slowakei, Japan und Mazedonien dürfen Opium für den eigenen Gebrauch anbauen. Der Senlis Council betonte, dass *„...im Jahr 2002 77 % der weltweiten Morphinproduktion von sieben reichen Nationen verbraucht wurden (USA, Großbritannien, Italien, Frankreich, Spanien, Japan und Australien)“.* Dennoch sagen offizielle Zahlen, dass *„…sogar in diesen Ländern der Bedarf an mäßigen bis starken Schmerzmitteln nur zu 24 % gedeckt war“.*[147]
Ein ernstes Problem ist der Zugang derjenigen Entwicklungsländer zu schmerzlindernden Opiaten, die keine Lizenz zum Anbau haben.

Das internationale gesetzliche Regelwerk

Das internationale Kontrollsystem will durch die Lizenzvergabe Anbau und Gebrauch bewilligen und regulieren; dabei will es gleichzeitig den Abfluss von Opiaten für den nichtmedizinischen Gebrauch auf den Schwarzmarkt verhindern. Die nationalen Regierungen befassen sich mit der Lizenzvergabe und der Überwachung von Anbau, Produktion und Handel (inklusive Im- und Export); dabei werden sie wiederum vom International Narcotic Control Board (INCB) überwacht. Dem INCB obliegt die Verantwortung, die Balance zwischen gesetzlich zugelassener Produktion und gesetzlich genehmigtem Bedarf herzustellen.
Die einzelnen Länder haben dem INCB jährlich Bedarfsschätzungen für Opiate zum medizinischen Gebrauch vorzulegen; sie dürfen diese Schät-

[147] Zitiert in Pierre-Arnaud Chouvy, “*Licensing Afghanistan's opium: Solution or fallacy*?”, Asia Times Online, Feb. 1, 2006.

zungswerte nicht ohne triftigen Grund überschreiten und brauchen im Überschreitungsfall die Einwilligung des INCB.
Der UNODC ist für die laufende Kontrolle der Situation in jedem lizenzierten Land zuständig. Dem INCB stehen keine konkreten Durchsetzungs- und Sanktionsmöglichkeiten bei Vertragsverletzungen zur Verfügung; er kann lediglich diplomatischen Druck ausüben oder die Vertragsverletzer in seinem jährlichen Bericht an den Pranger stellen.

Nationale rechtliche Rahmenbedingungen

Jedes Mohnanbauland, das Opium exportiert, hat sein eigenes Regelwerk zur Vermeidung von Abfluss auf den Schwarzmarkt; manches effektiver, manches weniger wirksam. Bei der Überprüfung all dieser Regelungen gibt es ein signifikantes Ergebnis: CPS gelangt in wesentlich geringerem Umfang auf den Schwarzmarkt als Rohopium.

GROßBRITANNIEN
Die Landwirte benötigen keine Lizenz für Mohnanbau, aber die Polizei muss über den Standort informiert werden. Das Innenministerium bestätigt dies:
„Wir vergeben keine Lizenzen für den Anbau, aber wir bestätigen den Anbauern dass wir über den Mohnanbau auf ihrem Land informiert sind (mit genauer Ortsbeschreibung).Wir weisen jeden betroffenen Landwirt an, Kopien dieses Schreibens an die örtliche Polizei weiterzugeben, damit diese über den Mohnanbau Bescheid weiß.“

Der Anbau von Mohn unterliegt nicht dem *Misuse of Drugs Act 1971* und ist daher jedermann erlaubt; anders jedoch jede Art von Weiterverarbeitung zum Extrahieren des Opiums, diese unterliegt der Kontrolle und ist nur mit Lizenz erlaubt.[148]

Die Pflanzen werden aufgezogen und dann von der pharmazeutischen Firma Macfarlan Smith (sie hat die Monopollizenz für die Verarbeitung von Schlafmohnpflanzen in Großbritannien) geerntet und in deren

[148] “*Hampshire—the opium poppy capital of the UK*”, thisiswiltshire.co.uk, 25. Februar, 2008.

Fabrik weiter verarbeitet. Die Regierung Großbritanniens legt dem INCB jährliche Schätzungen ihres Opiumbedarfs vor; sie muss den INCB sofort informieren, wenn sich Änderungen ergeben.[149]

TASMANIEN (AUSTRALIEN)

Hier erhalten Farmer nur Anbaulizenzen, wenn sie Verträge mit einer lizenzierten Firma nachweisen können, in deren Auftrag sie Mohn anbauen und der sie die Ernte liefern.[150] Die Bauern müssen sich einer Sicherheitsüberprüfung durch die Polizei stellen und detaillierte Pläne des Anbauareals abliefern. Australiens sicherheitspolitischer Vier-Säulen-Ansatz bezieht die Industrie, die Regierung und die ländlichen Gemeinden ein.

Zu den Maßnahmen gehören die Begutachtung des Landbesitzes durch Beamte des *Poppy Advisory and Control Board* (PACB) und polizeiliche Führungsüberprüfung vor der Lizenzvergabe; ferner die Überwachung der Landwirte, der Erntehelfer und der zuständigen Verantwortlichen in den verarbeitenden Firmen; über verdächtige Aktivitäten werden Berichte gefertigt. Eine spezielle „Drogenpolizei“ untersucht Diebstähle, ihr obliegen Festnahme von Straftätern und Einleitung der Anklageerhebung. Die Koordination der Sicherheitsmaßnahmen liegt beim PACB.[151]

INDIEN

Das Central Bureau of Narcotics (CBN) vergibt in drei Bundesstaaten Lizenzen an geeignete Bauern (in Madhya Pradesh, Rajasthan und Uttar Pradesh). Die Lizenzen werden für jeweils ein Erntejahr vergeben, das dauert vom 1. Oktober bis 30. September des Folgejahres. Das CNB vergibt diese Lizenzen für die festgelegten Anbaugebiete jährlich im Oktober. Die Bauern müssen ihre gesamte Produktion an die Regierung

[149] Reaktion der britischen Regierung auf die Überprüfungen der Unternehmen des Office of Fair Trading Großbritanniens durch Macfarlan Schmied Limited, Abteilung der Handels- und Industrieentscheidung, September 2006, Klausel 7.

[150] Poppy and Advisory Control Board (part of the Tasmanian Ministry of Justice) website—‘becoming a grower’.

[151] Poppy and Advisory Control Board (part of the Tasmanian Ministry of Justice) website—‘security issues’.

abliefern. Dafür legt die Zentralregierung eine Mindesterntemenge fest, gemessen in einer bestimmten Anzahl Kilo pro Hektar.[152]

TÜRKEI

Das *Turkish Grain Board* (TMO) erteilt Lizenzen an die Bauern, sobald die Regierung entschieden hat, wieviel Anbaufläche für den Mohnanbau verfügbar sein soll und in welchen Provinzen und Bezirken der Anbau erlaubt sein soll. Die durchschnittliche Anbaufläche beträgt pro Lizenznehmer ca. 0,4 Hektar. Zum Vergleich: in Indien beträgt sie 0,2 Hektar, in Australien rund 100 Hektar. 2001 war legaler Mohnanbau in fünf Provinzen erlaubt - 1933 waren es noch 13. Die Anzahl wurde gesenkt, um den Überblick zu behalten. Das örtliche Büro der TMO kontrolliert den Mohnanbau, um Abfluss in den illegalen Bereich zu verhindern.[153]

Diskussion

Eine Ausweitung der Opiumproduktion und von Derivaten ist im Rahmen der bestehenden Regelwerke eindeutig machbar und unproblematisch.

Die legale Produktion von Rohopium und den daraus entwickelten pharmazeutischen Produkten und der Handel damit finden zurzeit in großem Umfang statt; und zwar ohne nennenswerte Sicherheits- oder Abzweigungsprobleme. Und dies, obwohl der ökonomische Druck seitens der illegalen Nachfrage hoch ist.

Wahrscheinlich würde die Ausweitung des gesetzlich regulierten Opiumgebrauchs zunächst im Rahmen bestehender ärztlicher Verschreibungsmodelle realisiert. Dieser Prozess hat bereits begonnen, wenn auch langsam. Größere Verlagerungen von der illegalen zur legalen Produktion würden sich schrittweise über eine Reihe von Jahren hinziehen (dabei kann es sich ebenso um eine erhebliche Ausweitung der Verschreibungsmodelle handeln, wie auch um andere Formen des lizenzierten Verkaufes). In einer längeren Übergangsperiode könnte die

[152] India Central Bureau of Narcotics website—www.cbn.nic.in/html/operationscbn.htm.

[153] D. Mansfield, "*An Analysis of Licit Opium Poppy Cultivation: India and Turkey",* UK Foreign and Commonwealth Office, 2001, page 13.

nötige Infrastruktur für Regulierung und deren Durchsetzung entwickelt und erweitert werden; auf neu entstehende Probleme ließe sich mit geeigneten Maßnahmen reagieren.
Je mehr dieser Prozess voranschreitet, desto geringer wird die Nachfrage nach illegalen Produkten sein; und damit wird auch der ökonomische Anreiz für Abzweigungen oder illegale Produktion abnehmen. Damit entstehen wichtige Fragen zur weiteren Entwicklung Afghanistans, wo derzeit schätzungsweise 93 % der illegalen Produktion weltweit erzeugt werden, mehr als die Hälfte des Bruttosozialproduktes dieses Landes.[154]

Legaler Kokainanbau und legale Kokainherstellung

Sowohl das Koka-Blatt als auch sein aktiver Drogenanteil unterliegen strengen Kontrollen im Rahmen der 1961er Single Convention, ähnlich wie Opium und die auf Opium basierenden Pharmazeutika.[155] Die legale Produktion von beidem findet zwar statt, aber im Vergleich zur Herstellung von Opium in einem viel kleineren Umfang. Zudem gibt es weitaus weniger öffentlich verfügbare Informationen dazu, denn tatsächlich findet der ganze Prozess vorrangig hinter verschlossenen Türen statt.

Verschiedene nur gering potente Koka-Produkte einschließlich des traditionellen Gebrauches des Kokablattes und Kokatees und verschiedener anderer Koka-Präparate in Nahrungsmitteln und traditionellen Arzneimitteln, existieren in einer gesetzlichen Grauzone; diese Grauzone ist Gegenstand andauernder Streitigkeiten zwischen den UN-Drogenbehörden und Bolivien und Peru.

[154] „Das Gesamtvolumen des Exports von Opium und Heroin in die Nachbarländer betrug in Afghanistan im Jahr 2007 $ US 4 Bilionen; das war ein Anstieg von mehr als 29% gegenüber 2006. Damit trägt Opium mehr als die Hälfte (53%) des Bruttoinlandproduktes (BIP)“. UNODC, *„Afghanistan: Opium Survey 2007“,*October 2007, Seite III.
[155] UN Single Convention on Narcotic Drugs (1961), Artikel 23.2.d und 26.

Die Blätter der Kokapflanze als Aromastoff

Das Übereinkommen von 1961 erlaubt ausdrücklich die Verwendung entkokainisierter Kokablätter als Aromastoff.[156] Der Hauptkunde für diese Würzstoffe ist die gleichnamige Coca-Cola-Gesellschaft, die notorisch über ihre Zutaten schweigt, aber dennoch zugibt, dass sie kokainfreie Geschmacks-Essenz aus den Kokablättern verwendet. Im Fall vom Coca-Cola werden Kokablätter von südamerikanischen Lieferanten an den amerikanischen Mischkonzern (Stepan Chemicals Company) verkauft. In den 1990er Jahren importierte und verarbeitete sie 175 Tonnen der Kokablätter pro Jahr in die Vereinigten Staaten. Sie ist die einzige Gesellschaft mit einer Bundeslizenz für solche Aktivitäten (ausgegeben von der US Drug Enforcement Agency). Die Trennung von Kokains und Aromastoffen erfordert ein recht kompliziertes Verfahren, bei dem das Blatt *„zerkleinert, mit Sägemehl gemischt, in Natriumbicarbonat eingeweicht, mit Methylbenzol gefiltert, mit Wasserdampf bearbeitet, mit pulverisierten Kolanüssen gemischt und dann pasteurisiert wird."*[157] Das von Kokain befreite Produkt wird dann an die Firma Coca-Cola geliefert.

Über Volumen und Verbleib des Kokains, das für den medizinischen Gebrauch erzeugt wird (aus den 175 Tonnen Kokablätter sind das mindestens eine Tonne) gibt es nur Vermutungen. Es wird wohl auch von der DEA verwaltet.

Mehrere kleinere Produktmarken verwenden ebenfalls Koka-Aromastoffe[158], viele (im Gegensatz zu Coca-Cola) richten ihre Marketingstrategien auf den Inhaltsstoff Kokablatt aus, obwohl ihre Getränke kein aktives Koka-Derivat enthalten.

Dazu gehören Red Bull Cola (in Großbritannien), Kdrink, Kokkawine, und Agwa (ein Kokablatt-Likör).[159] Red Bull Cola bestätigen, dass sie ihre kokainbefreiten Kokaaromen aus Bolivien, Peru und Kolumbien bezie-

[156] UN Single Convention on Narcotic Drugs (1961), Artikel 27.2.5.

[157] "*The Legal Importation of Coca Leaf*", University of Illinois, Class module 9.3, 1999.

[158] Anders als bei Coca-Cola, das wahrscheinlich ohne die Zutat auskommen würde, hatte die Aufnahme in die Liste keine Auswirkungen auf den Handel am Ende des letzten Jahrhunderts. Pepsi und die meisten anderen Cola-Marken enthalten nämlich kein Koka.

[159] www.redbullcola.com; www.kdrink.com; www.kokkawine.com; www.agwabuzz.com.

hen; sie bestätigen auch, dass das entzogene Kokain relevanten pharmazeutischen Unternehmen für den „medizinischen Gebrauch“ zur Verfügung gestellt wird, dass die verschiedenen Stufen der Verarbeitung von den Gesundheitsagenturen in den relevanten Ländern kontrolliert und von Agenturen der Vereinten Nationen autorisiert werden.[160]

Auf Kokain basierende Arzneimittel

In der Öffentlichkeit gibt es relativ wenig Information über die Produktion und den Einsatz von pharmazeutischem Kokain für den medizinischen Gebrauch. Es sind auch keine Zahlen zur Balance der globalen Produktion (aus den Herstellungsprozessen für Armomastoffe aus entkokainisierten Kokablättern) oder zur Nachfrage verfügbar; es fehlen auch Informationen darüber, ob es an irgendeinem Punkt des Produktionsprozesses Abfluss auf den Schwarzmarkt gibt.

In der Praxis wird Kokain nur in wenigen gängigen medizinischen Anwendungen eingesetzt.[161] Seine frühere Rolle in der Anästhesie wurde nach und nach durch neuere, wirksamere synthetisch abgeleitete Alternativen einschließlich Novocaine, Lidocaine und Xylocaine ersetzt. Es bleibt jedoch weiterhin ein lizenziertes Medikament in vielen Ländern einschließlich der Vereinigten Staaten, wo es in Liste II aufgeführt ist (hohes Risiko, geringer medizinischer Einsatz, stark eingeschränkt); und in Großbritannien, wo es auch abhängigen Konsumenten[162] im selben Rahmen wie bei den vertrauteren Heroin-Verschreibungs- Modellen theoretisch ebenfalls verschrieben werden kann.

Die 1961er Single Convention sieht vor, dass Länder, die legal Koka und Kokain erzeugen, eine Kontrollbehörde zur Überwachung von Anbau der Kokapflanze und Produktion von Kokain einrichten. Peru hat solch eine Agentur gegründet, ob diese im Sinne der Konventionen arbeitet ist allerdings fraglich; Die *Empresa Nacional de la Coca* (ENACO)[163]

[160] Korrespondenz mit Red Bull, December 2008.

[161] Die Verwendung von verschiedenen Koka-Vorbereitungen in Südamerika als traditionelle Medizin in verschiedenen Formen vor weit verbreitet.

[162] Es gibt jedoch nur wenige, wenn überhaupt, nur aktuelle Beispiele für solcher Verschreibungen.

[163] ENACO website: www.enaco.com.pe.

arbeitet als staatlich autorisiertes Monopol, das Kokablätter in die USA exportiert; sie produziert und vermarktet ausserdem eine Reihe von Koka-Produkten wie z.B. Kokatee.

Peru stellt eine geringe Menge von Roh-Kokain für den Export zu medizinischen Zwecken her.[164] Auch Bolivien hat eine nationale Agentur zur Überwachung von Koka-Produktion und –Handel - die *Bolivian National Direction of Coca Leaf Control* (DIGECO).
Die Produktion, der Export und der Vertrieb des Kokatees (mate de coca) sowie des Kokablattes werden vom INCB als illegal angesehen - laut der 1961er Konvention.
Diese Haltung wurde im jährlichen Bericht 2007[165] (veröffentlicht im März 2008) mit Nachdruck vertreten. Verständlicherweise sorgte das für Empörung in Bolivien und Peru, wo das Kokablatt-Kauen eine lange bestehende Tradition der indigenen Bevölkerung ist, und *Mate de Coca* weit über alle sozialen und wirtschaftlichen Grenzen konsumiert und frei verfügbar ist wie Kaffee und (herkömmlicher) Tee. Der traditionelle Gebrauch des Kokablattes hat sich zum politischen Zündstoff in der internationalen Debatte entwickelt, weil solche lange bestehenden kulturelle und traditionelle begründeten Gebräuche mit den Vorstellungen der westlichen Regierungen kollidieren; denn diese sind entschlossen, die illegale Kokainproduktion auszumerzen, die parallel zum Anbau für traditionelle Zwecke besteht.

Seitens der UN-Organisationen wird seit jeher als Argument für das Verbotsansinnen traditionellen Gebrauchs angeführt, dass Koka eine suchterzeugende Substanz sei; diese Haltung lässt sich zurückverfolgen bis 1952 und 1954, als das WHO-Expertenkomitee für Drogenabhängigkeit in seinen Berichten feststellte, dass Koka-Kauen als eine Form der Kokainabhängigkeit zu sehen sei.[166]

[164] Kommunikation zwischen Transform und dem INCB, March 2008.
[165] *„Der INCB fordert die Regierungen von Bolivien und Peru nochmals auf, ihre nationale Gesetzgebung dahingehend zu verändern, dass Aktivitäten unterbunden bzw. verboten werden, die im Gegensatz zur 1961er Konvention stehen; dazu gehören das Kauen von Kokablättern, die Herstellung von Kokatee und anderen Erzeugnissen, die Koka-Alkaloide enthalten; das betrifft den heimischen Gebrauch ebenso wie den Export."* INCB Annual Report 2007 (publ. March 2008), Seite 37.
[166] WHO Technical Report Series 57, March 1952, section 62, page 10, and No. 76, March 1954, Section 6, page 10.

Eine jüngere Studie des UNICRI (UN/WHO *Interregional Crime and Justice Research Institute*) zum weltweiten Kokaingebrauch stellte hingegen fest:
„der Gebrauch von Kokablättern hat offensichtlich keine negativen Auswirkungen auf die Gesundheit, es sind eher positive therapeutische, sakrale und soziale Funktionen für die indigenen Andenvölker zu erkennen.“

Diese differenzierte vierjährige, im Jahr 1995 beendete Studie ist die bisher umfassendste und eingehendste Studie zum globalen Koka- und Kokaingebrauch; es wurden Daten von 22 Städten in 19 Ländern auf fünf Kontinenten gesammelt und dabei Koka- und Kokaingebrauch sowie seine Einflüsse auf Gemeinschaften analysiert. Im März 1995 gab die WHO/UNICRI in einer Pressemitteilung bekannt, dass die Veröffentlichung kurz bevorstehe und einige einschlägige Schlüsselergebnisse zusammenfasse.
Kurz nach dieser Ankündigung fragte der US-Vertreter bei der World Health Assembly die Daten ab und drohte, die USA würden ihre Fördermittel für die WHO zurückziehen, wenn sie sich nicht von dem Bericht distanzierte. Bis heute wurde dieser Bericht niemals offiziell veröffentlicht, obwohl die wichtigen Abschnitte des Berichts nach und nach durchsickerten und online gestellt wurden.[167]
Derzeit haben vier Länder (Bolivien, Peru, Argentinien und Kolumbien) in ihrer Gesetzgebung Maßnahmen unterschiedlichen Umfangs zum Schutz traditionellen Gebrauchs. Bolivien und Peru erlauben den Anbau der Blätter für traditonellen Gebrauch, die Genehmigung ist auf eine bestimmte Anzahl von Hektar begrenzt. Argentinien, Kolumbien und Chile erlauben den Besitz von Kokablättern in Mengen für den persönlichen Bedarf zum Kauen (letztere beschränken die Genehmigung auf die indigene Bevölkerung).
Die legalen und quasi legalen Märkte für Koka-basierte Produkte haben erhebliche Probleme im Wettbewerb mit der illegalen Koka-Produktion, die den illegalen Kokainhandel versorgt.

[167] WHO/UNICRI, “*The Cocaine Project*” report, 1995, page 16 (for the full document see: www.tdpf.org.uk/WHOleaked.pdf).

ENACO gibt an, den Landwirten im Jahr 2006 US $1,4 pro Kilo Kokablätter gezahlt zu haben, während die Preise auf dem illegalen Markt bei ca. 4 US-Dollar lägen.[168]
Interessanterweise ist ein Schattenmarkt entstanden, der den Bauern noch höhere Preise für das Kokablatt bezahlt als die Kokainproduzenten; dieses Koka - ein Feinschmeckermarkt für Koka höchster Qualität – wird nicht zu Kokain verarbeitet sondern für traditonelle Produkte verwendet. Dieser Markt geht völlig an ENACO vorbei

Die 1961er Konvention, die auch von Peru und Bolivien unterzeichnet wurde, setzte als Ziel, den traditonellen Gebrauch von Koka innerhalb von 25 Jahren zu eliminieren. Die Konvention trat 1964 in Kraft, die Frist ist also 1989 abgelaufen.

In der 1988er Konvention war der traditionelle Gebrauch von Koka verwirrenderweise mehrdeutig angesprochen:
„alle Maßnahmen sollen die Grundlagen der Menschenrechte respektieren und den traditionellen Gebrauch berücksichtigen...“;[169] und es wurden auch Bedenken laut, dass solche Verbote den Schutz der Kultur indigener Völker verletzten.[170]
Der INCB steht mit seiner rigiden Auslegung der 1961er Konvention etwas isoliert da; im Jahr 2008 forderte das Europäische Parlament die Erforschung von s*afe use* für einige Koka-basierte Produkte (Kokatee z.B.).[171]

Die Regierung von Bolivien wird derzeit von dem ehemaligen Koka-Bauern Evo Morales geführt; sie fördert aktiv die Produktion von traditionellen Koka-basierten Produkten wie Tee, Mehl und sogar Zahnpasta. 2006 forderte Morales auf der UN-Vollversammlung das Ende der Kriminalisierung des Kokablattes; diese Forderung wiederholte er 2009 vor der *Commission on Narcotic Drugs* und beendete diese Rede damit, dass er auf dem Podium ein Kokablatt kaute.

[168] Lasso, “*South America: The business of Legal Coca*”, 2006.
[169] UN Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (1988), Article 14, clause 2.
[170] Dieser Schutz ist festgehalten in der “*UN Indigenous and Tribal Populations Convention 1957“*
[171] “*The role of civil society in drugs policy in the European Union*”, Section 39, 2008.

Im Juli 2009 wurde der bolivianische Vorschlag zur Änderung der 1961er Konvention – Entfernung des Kokakauens - offiziell vom ECOSOC[172] zur Beratung angenommen.

Diskussion

Die legale Koka-Produktion für den Gebrauch als rohes Blatt, leicht bearbeitete Produkte, oder pharmazeutisches Kokain werfen keine bedeutenden Probleme auf. Gering potente Koka-Produkte wie Blatt oder Tee erfordern nicht mehr Kontrollen als andere gleichartige Produkte wie Kaffee; die Verarbeitung von Koka zu pharmazeutischem Kokain würde industriell stattfinden, und für diesem Bereich fänden Sicherheitsmaßnahmen und Produktionskontrollen im Rahmen bereits bewährter Modelle statt.
Kernprobleme in jedem dieser Systeme sind die, die wir schon für die Koka produzierenden Regionen beschrieben haben: mögliche destabilisierende ökonomische Spannungen und Druck, die von den restlichen parallelen Schwarzmärkten ausgehen.

Legale regulierte Produktion des Kokablattes in Einklang mit den allgemein akzeptierten Regeln des Fair Trade[173] würde diese Probleme nach und nach verringern. Ähnlich wie bei Opium und Cannabis würden diese Probleme mit abnehmender Nachfrage nach illegaler Versorgung schrittweise geringer, sobald der Weltmarkt sich hin zu legaler Regulierung von Produktion und Versorgung bewegte. In dieser Übergangsperiode werden sicher Fragen der Entwicklung und Fragen des Handels aufkommen; dazu gehört auch die Möglichkeit für die UN-Behörden, die Koka-Produktion nur für eine bestimmte Anzahl von Staaten zu lizenzieren (z.B. für die Andenregion); oder auch die Chance für einzelne Staaten, mit der Kultivierung von Koka für ihre heimischen Märkte zu beginnen (*siehe 4.5*).

[172] Lasso, „*South America: The business of Legal Coca*“, 2006
[173] Preisgarantien zusammen mit einer Reihe weiterer sozialer und umweltbezogener Schutzmaßnahmen für Anbau von Kaffee, Koka, Zucker etc.

Legale Produktion von Cannabis

Als Basis für Überlegungen zu zukünftigen Regulierungsformen von Cannabis können wir auf einen reichen Erfahrungssschatz zurückgreifen. Dazu gehört die legale Cannabis-Produktion für eine Reihe von Verwendungen (in erster Linie für medizinische Zwecke, aber in geringerem Masse auch die industrielle Hanfproduktion und einige religiöse/ kirchliche Zwecke) in verschiedenen Ländern seit Jahrzehnten.
Die Erfahrungen und Probleme aus diesen Modellen geben eine klare Richtung vor, wie sich lizenzierte Modelle der Cannabis-Produktion für den nicht medizinischen Gebrauch entwickeln können wenn Politik und Gesetzgebung es zulassen.
Cannabis nimmt als weltweit meist konsumierte illegale Substanz einen herausragenden Platz in der gegenwärtigen Drogenkultur ein.[174] Als pflanzliche Droge kann Cannabis roh konsumiert werden und benötigt keine Verarbeitungsprozesse wie beispielsweise Heroin oder Kokain.[175]
Kontrollmaßnahmen sind erschwert durch die Tatsache, dass Cannabis unter den unterschiedlichsten Bedingungen leicht zu kultivieren ist. Diese Faktoren gemeinsam mit der rasant ansteigenden Nachfrage (nach einem stetigen Anstieg im Westen in den letzten 40 Jahren scheint jetzt erstmals ein Stillstand oder sogar leichter Rückgang zu verzeichnen zu sein)[176] bedeuten, dass die Regulierung von Cannabis (Anbau, Handel und Gebrauch) aus Sicht der Prohibitionsbefürworter ein unlösbares Problem ist; illegale Produktion und Versorgung waren der Nachfrage immer einen Schritt voraus.
Abgesehen von diesem unüberwindlichen und zweifellos nie endenden Vollzugsalbtraum[177] bedeutet das völlige Fehlen einer Marktregulierung, dass erstens die Produktion in großem Umfang bei nicht lizenzierten Bauern liegt, die nicht besteuert werden und deren Produktion

[174] Das UNODC schätzt, dass etwa 160 Millionen Menschen Cannabis jährlich, also etwa 3,8% der Weltbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren nutzen. UNODC-Geschäftsbericht 2008 , Seite 10.
[175] Es enthält eine Reihe von Wirkstoffen, die beiden wichtigsten sind THC und CBD.
[176] *"The production and consumption of cannabis levelled off for the first time in the last decade"*—'UNODC Annual Report 2008', Seite 10.
[177] Für das Jahr 2003 wurde der Illegale Cannabis-Einzelhandel auf $ 113 Billionen geschätzt, siehe *„UNODC World Drug Report 2005"*, Seite 127

nicht auf Umweltschädlichkeit überprüft wird, und zweitens das Produkt keinerlei Qualitätskontrolle unterliegt, was Stärke und Reinheit betrifft;[178] die zuständigen Behörden haben so keinerlei Möglichkeiten auf Qualitätsmängel, wie z.B. Kontamination zu reagieren.[179]

Legale Herstellung von Cannabis für medizinische Zwecke

Die aktuell gebräuchlichste Form ist die Produktion von Cannabis für medizinische Zwecke, bearbeitet oder in pflanzlichem Zustand.

Cannabis-basierte bearbeitete Produkte für medizinischen Gebrauch

Das von der britischen Firma GW Pharmaceuticals produzierte SATIVEX ist das weltweit erste phamazeutische Medikament (verschreibungspflichtig, standardisiert in Zusammenstellung, Formel und Dosierung), das aus der Cannabispflanze gewonnen wurde.
Im Unterschied zu ähnlichen synthetischen Produkten (s.u.) ist es direkt der botanischen Quelle entzogen und enthält zwei aktive Inhaltsstoffe der Cannabispflanze, THC und CBD (es gibt eine Reihe von verschiedenen Zusammensetzungen). Der Anbau der Cannabispflanze für dieses Produkt geschieht unter einer besonderen Lizenz des *UK Home Office* (genehmigt unter Abschnitt 7 des *Misuse of Drugs Act 1971*). Diese Lizenzen erlauben dem Unternehmen Erforschung und Entwicklung von Cannabis-basierten Medikamenten wie Sativex. Laut Aussage von GW Pharmaceuticals werden die Planzen kultiviert unter *„computer-kontrollierten Bedingungen in gesicherten Gewächshäusern aus Glas";* diese erlauben *„streng standardisierte Prozesse, die sicherstellen, dass keine Kontamination durch Chemikalien, Ungeziefer- oder Pilzbefall erfolgen kann, dass gleichmässige Beschaffenheit, Erntemethoden, Trocknung,*

[178] Einschließlich der relativen Wirksamkeit von THC und CBD, die die Prävalenz von einigen der negativen Nebenwirkungen von Cannabis Intoxikation einschließlich psychotischer Symptome/Episoden beeinflussen können.
[179] Es hat mehrere Beispiele einer Kontamination von Cannabis mit verschiedenen Substanzen gegeben. Aus 2007 ist ein Fall dokumentiert, in dem Straßen-Cannabis zur Gewichtssteigerung durch Bleipartikel gestreckt wurde; das führte zu einer großen Zahl von ernsten Bleivergiftungen. New England Journal of Medicine, "*Lead Poisoning Due to Adulterated Marijuana", April 10, 2008.*

erste Bearbeitung, Lagerung und weitere Verarbeitung gewährleistet sind." Der Anbau erfolgt an einem geheimen Ort in Südengland.

Interessanterweise gibt es derzeit zwei weitere (verschreibungspflichtige) Medikamente, deren Grundstoff Verbindungen sind, die in der Cannabispflanze vorkommen. Das erste ist *Dronabinol* (*Marinol*); es enthält den hauptaktiven Bestandteil von Cannabis: Tetrahydrocannabinol (THC), dieser wird jedoch chemisch erzeugt.
In den USA wurde 1986 Marinol von Liste 1 (kein therapeutischer Gebrauch - die Liste, in der Cannabis/Marijuana verbleiben) auf Liste 2 verschoben; damit durfte es als öl-basierte Gelkapsel unter strengster Kontrolle verschrieben werden. 1991 verschob die *UN Commission on Narcotic Drugs* THC und seine Stereoisomere von der Liste 1 (kein therapeutischer Wert) zu Liste 2 (begrenzter therapeutischer Wert) und entband damit Marisol von den rigiden Restriktionen aus Artikel 7 der *1971 Convention on Psychotropic Substances.* Im Jahr 1999 wurde Marinol in den USA dann in Liste 3 verschoben.[180] Drei Jahre später empfahl das *Expert Committee on Drug Dependence* der WHO auf seiner 33. Sitzung im Jahr 2002, THC auf Liste 4 der 1971er Konvention zu setzen (die der geringsten Kontrolle unterliegende Liste); Begründung waren das medizinische Potenzial und die geringe Mißbrauchsgefahr. Der Ausschuß hat 2006[181] über diese Empfehlung erneut beraten und empfahl nur eine Verschiebung in Liste 3. Man fand, dass *„Dronabinol das Wirkprinzip von Cannabis habe und vergleichbare Wirkung auf Stimmung, Wahrnehmung und den Kreislauf hat."*[182]

Die andere cannabinoid-basierte Substanz ist Nabilon, das synthetisch hergestellt wird und die Wirkung von THC nachahmt. Offenbar mit geringeren Nebenwirkungen, vor allem die durch THC verursachte Euphorie.

[180] In Anlehnung and die Zeitlinie von J. Gettman war dieser Schritt "*in response to a petition filed by the manufacturer on February 3, 1995"*: www.drugscience.org/lib/bib_tl.html.
[181] "*WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirty fourth report*", page 10 (2.1.1).
[182] Es hat heftige Diskussionen in einigen Ländern über den Versuch gegeben, Cannabis von seiner gegenwärtigen Position in der UN-Liste 1 zu verschieben; besonders im niederländigschen Parlament, das Anfang 2008 den zweideutigen Rechtsstatus seiner Cannabis-Politik diskutierte. Dieser Schritt wurde auf UN-Ebene im CND nicht ernsthaft diskutiert..

Unverarbeitete oder pflanzliche Formen medizinischer Cannabis-Produkte

Der Einsatz von pflanzlichem Cannabis ist für eine Reihe von medizinischen Anwendungen gut etabliert und wird von einem breiten Spektrum aus Wissenschaft und Medizin unterstützt.[183] In der Medizin wird es weiter kontrovers diskutiert, denn anders als fast alle anderen lizenzierten Drogen wird es in roher pflanzlicher Form konsumiert (gesehen als „schmuddeliger" Cocktail aus aktiven Substanzen); und weil es meistens geraucht wird (obwohl es auch mit einem Vaporizer inhaliert oder in verschiedensten Zubereitungen gegessen werden kann); und weil es nicht die strengen Standardprüfungen wie andere verschreibungspflichtige Medikamente durchlaufen hat.

Es gibt auch ethische Fragen rund um mögliche Nebenwirkungen, nicht zuletzt auch solche der angenehmen Art; Und es gibt Fragen zu möglicher Abzweigung für nicht medizinischen Gebrauch. Nichtsdestoweniger gibt es die Versorgung mit medizinischem pflanzlichen Cannabis in verschiedenen Formen und das gibt nützliche Hinweise dafür, wie zukünftige Modelle der Cannabis-Produktion für nicht medizinische Zwecke aussehen könnten.

Legale Produktion in den Vereinigten Staaten

In der amerikanischen Politik sind die medizinische Cannabis-Produktion, der Vertrieb und die Anwendung umstrittener (als zum Beispiel bei Verwendung von Johanneskraut als Anti-Depressivum, bei dem es keinen gleichzeitigen nicht medizinischen/Freizeitgebrauch gibt). Dies auch deswegen, weil das Thema unlösbar verknüpft ist mit der generellen politischen und kulturellen Debatte über nicht medizinischen Cannabisgebrauch und über Legalisierung. Dennoch hat die Vielzahl von Berichten über die größere Effizienz von pflanzlichem Cannabis gegenüber bisherigen Standardmedikamenten gerade bei einer großen Zahl von chronisch Kranken die Diskussion wieder angeheizt. Diese

[183] "*Supporting Research into the Therapeutic Role of Marijuana: A Position Paper of the American College of Physicians*", Januar 2008.

chronisch Kranken entsprechen nämlich keineswegs dem stereotypen Bild des Drogenkonsumenten.

Dreizehn US-Staaten erlauben nun den Einsatz von medizinischem Cannabis: Alaska, Kalifornien, Colorado, Hawaii, Maine, Maryland, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Rhode Island, Vermont und Washington.
Es gibt einen anhaltenden Konflikt zwischen den Bundesstaaten und der US-Regierung. Einzelne Staaten insistieren auf ihrem Recht auf medizinische Verwendung und den Vertrieb von Cannabisprodukten. Sie sind wiederholt mit der Haltung der Bundesregierung kollidiert, dass Cannabis als Substanz der Liste 1 nach US-Recht keinen therapeutischen Wert habe.
Folglich gab es einige unerfreuliche Durchsetzungsversuche, bei denen die Bundespolizei Produktionsstätten und Apotheken gewaltsam schloß, obwohl diese von der Regierungs des Bundesstaates offziell genehmigt waren. Bizarr daran ist, dass die US-Bundesregierung selbst medizinisches Cannabis produziert und an Patienten ausliefert, die monatliche Sendungen mit vorgerollten Joints erhalten.
Im Jahr 2009 gab es nur noch vier Überlebende des „Compassionate Investigational New Drug Programme“ (IND), das von der *Food and Drug Administration* (FDA) betrieben wurde. Diese Patienten wurden zwischen 11 und 27 Jahre lang mit medizinischem Cannabis versorgt. Der Anbau erfolgte unter Aufsicht des *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) an der Universität von Missisippi. Das Material wurde von dort zum „Research Triangle Institute“ in Nord Carolina geschickt, dort zerhackt und auf umgerüsteten Zigarettenmaschinen gedreht, teilweise dehydriert, gefroren und gelagert. Die Joints wurden den Patienten in monatlichen Rationen zugestellt.

Legale Cannabis-Produktion in Kanada

Ein ähnliches Szenario findet sich in Kanada. Hier legalisierte das *Canadian Department of Health's Medical Marihuana Access Division*[184] im Jahr 2001 den medizinischen Gebrauch von Cannabis unter bestimmten Voraussetzungen. Die Zugangsregeln sehen vor, dass Einzelpersonen Lizenzen für den Anbau von Cannabis für den eigenen Gebrauch erhalten können; es ist auch möglich, dass eine dritte Person den Anbau für die lizenzierte Person betreibt.
Das Gesundheitsministerium (*Health Canada*) verpflichtete im Jahr 2000 die Firma *Prairie Plant Systems* vertraglich zum Anbau von Cannabis für Forschungszwecke; die Pflanzungen wurden in die unterirdische Mine in Flin Flon Manitoba gelegt. Ab 2003 lieferte die Firma an die steigende Zahl von Nutzern von medizinischem Cannnabis, die im Programm der Regierung versorgt wurden.[185]

Health Canada merkt an:[186]
gemäß den Bedingungen des ursprünglichen Fünf-Jahres-Vertrages mit PPS Health Canada, verpflichtete sich das Unternehmen:

→ zur Einrichtung und Inbetriebnahme einer Betriebsstätte für den Anbau, die Verarbeitung und Lagerhaltung von Marihuana;

→ zu überwachten Labortests und der Qualitätskontrolle während des gesamten Produktionsprozesses;

→ zur Lagerhaltung des verarbeiteten Marihuana in verpackten und etikettierten Einheiten;

→ zur Einhaltung der Vorschriften des *Controlled Drugs and Substances Act* inklusive strenger Sicherheits- und Hygienemaßnahmen;

→ zur Abgabe des Marihuana an Patienten und Forscher.

[184] Health Canada website: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/supply-approvis/prairie_e.
[185] Health Canada's Medical Marihuana Access Division website: www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index-eng.php.
[186] Es wurden Bedenken über die Qualität des in Flin Flon produzierten Cannabis laut; Siehe "*Open Letter of Concern for the Health and Safety of Canada's Medicinal Cannabis Community*", Canadians for Safe Access.

Zusammen mit den ungefähr 600 Konsumenten von *Prairie-Plant Systems Cannabis* gibt es mehr als 11.000 Konsumenten in den „compassion clubs“ in Kanada.[187] Diese Klubs fungieren als Verteilungsstellen für medizinisches Cannabis und die Cannabis-Versorgung für therapeutische Zwecke; Bedingung für die Aufnahme in das Versorgungssystem sind eine gültige Empfehlung oder Bestätigung einer Diagnose durch einen zugelassenen Arzt.[188]
Obwohl das *Senate Special Committee on Illegal Drugs*[189] und andere Regierungsstellen die Lizenzierung und gesetzliche Anerkennung dieser Organisationen empfohlen haben, arbeiten sie derzeit noch ohne gesetzliche Grundlage.

Diese Gruppen arbeiten zurzeit selbstverwaltet. Sie legen klar definierte Standards fest, dazu gehört die Auflage, dass eine Auswahl von Sorten anzubieten ist und dass der Anbau ohne den Einsatz von Chemikalien erfolgen muss (diese könnten zur Kontamination mit Schwermetallen führen), ohne Pestizide und Fungizide. Die Cannabis-Pflanzungen müssen auch vor weiteren Schäden wie Hefepilzen, Mehltau und Pilzbefall beschützt werden. Die Klubs führen eigene unabhängige Kontrollen zu Gehalt und Kontamination durch.

Cannabis-Produktion in den Niederlanden

Die Cannabis-Produktion in den Niederlanden findet in einer eigenartigen Grauzone statt, bedingt durch durch die Kollision der im Lande praktizierten „de-facto“ Entkriminalisierung (für persönlichen Gebrauch und lizenzierten Verkauf, siehe Coffeeshop-System) und die Bindung an die UN-Drogenabkommen, die ein striktes Produktionsverbot verlangen.

[187] Lucas, “*Regulating compassion: an overview of Canada's federal medical cannabis policy and practice*”, Harm Reduction Journal 2008, 5:5, Seite 9.
[188] Capler, Lucas, “*Guidelines for Community-Based Distribution of Medical Cannabis in Canada*”, May 2006, Seite 4.
[189] “*Measures should be taken to support and encourage the development of alternative practices, such as the establishment of compassion clubs*”—Nolin, Kenny, *“Cannabis: our position for a Canadian public policy. Report of the Senate Special Committee on Illegal Drugs”*, Summary Report, September 2002, Seite 20.

Wie überall in Europa wird der Anbau geringer Mengen für den persönlichen Gebrauch toleriert; Anbau in größerem Umfang oder Import für die Versorgung der Coffeeshops werden aber nicht toleriert. Es gab daher in den vergangenen Jahren immer wieder massive Versuche, die Prohibition zwangsweise durchzusetzen.
In den zurückliegenden Jahrzehnten waren kriminelle Unternehmen der Niederlande recht eng in den europäischen und internationalen Cannabis-Handel verwickelt; aber durch einen Vollstreckungsschub in den späten 1990er Jahren wurden diese Aktivitäten abgebaut; das fiel zeitlich zusammen mit der Ausweitung der illegalen Produktion im Land, wie überall in Europa.

Die einheimische Produktion von pflanzlichem Cannabis macht aktuell (2009) etwa 75-80% der Coffeeshop-Verkäufe aus; obwohl es keine offiziellen Prüfungen auf Stärke und Kontamination gibt, wird die Qualität generell aus gut beschrieben. Zwar gibt es keine verläßlichen Daten, aber ein großer Teil der heimischen Produktion ist vermutlich für den Export in die Nachbarländer vorgesehen. Es geht das Gerücht, dass das exportierte Cannabis von geringerer Qualität sei und deswegen nicht für den Verkauf in den Coffeeshops geeignet; es wird vakuumverpackt und versiegelt geliefert und kann daher leicht mit anderen Stoffen gestreckt werden. Die meisten in den Coffeeshops angebotenen Cannabis-Varianten (Haschisch/Harz) werden immer noch aus Marokko importiert, auf den gewohnten illegalen Wegen.

Traditioneller Cannabis-Gebrauch in Indien

Cannabis (in Indien auch bekannt als *Ganja* oder *Bhang*) ist in Indien seit vielen Jahrhunderten in Gebrauch. Es wird mit einer der wichtigen hinduistischen Göttinnen –Shiva- in Zusammenhang gebracht und wird auch offen konsumiert anläßlich traditioneller jährlicher Feste, meistens des Frühlingsfestes von Holi.
Bis zur Unterzeichnung der 1961er UN-Konvention wurde der Verkauf von *Bhang* durch die Regierung kontrolliert; der Handel wurde von Regierungsseite durch Verkaufslizenzen und Besteuerung geregelt. Amtliche „bhang-shops“ waren in allen Teilen des Landes zu finden – und sind es zum Teil immer noch.

Als Unterzeichnerstaat der Single Convention von 1961 war Indien wie viele andere Länder auch verpflichtet, den „traditionellen Gebrauch“ gelisteter Drogen innerhalb von 25 Jahren zu beenden. Ähnlich dem traditionellen Gebrauch von Koka in den Andenstaaten geschah dies nicht (möglicherweise war das Fenster von 25 Jahren als Hinweis darauf zu verstehen, dass dieses Ziel nie zu erreichen sei). Es gibt immer noch „offizielle“ Bhang-(Regierungs-)Shops in einigen Städte wie Varanasi und Puri; es wird immer noch reichlich bei religiösen Festen konsumiert; daneben wird es auch regelmässig von einer geringen Zahl „Heiliger Männer“ oder *Sadhus* gebraucht. Die Produktion von *Bhang* findet weitgehend unkontrolliert statt, vergleichbar der Produktion von Kräutern und Gewürzen. *Bhang* hat nur einen geringen Wirkstoffgehalt und wird meist in Getränken oder mit Mahlzeiten konsumiert.

Anbau von geringen Mengen für den persönlichen Gebrauch

Wie schon gesagt kann der private Nutzer Cannabis relativ einfach selbst anbauen und zubereiten, sei es im Garten oder in Innenräumen, mit Hilfe frei verkäuflicher Beleuchtungs und Anzuchtsysteme. Da diese Systeme einen breiten legalen Einsatzbereich bedienen, können sie keiner gesetzlichen Kontrolle unterworfen werden. Daher erfreut sich auch der private Anbau in kleinem Umfang zunehmend grösserer Beliebtheit; eine zunehmende Fülle von Fachliteratur zum Anbau, von Ratgebern und Anleitungen von passender Technologie und sonstigem Zubehör fördert diesen Trend. Begünstigt wird diese Entwicklung durch das Problem, den Verkauf von Cannabis-Samen nicht verbieten zu können, da er keine aktiven Anteile der Droge enthält.[190]

Einige Länder haben Vorschriften für den Anbau zum persönlichen medizinischen Gebrauch erlassen. Kanada ist dafür ein gutes Beispiel. Nach den *Medical Marihuana Access Division regulations* ist die Erteilung von Lizenzen für Anbau geringer Mengen *„personal use production licenses“* nach strengen Kriterien erlaubt (mittels einer Formel wird eine begrenzte Anzahl von Pflanzen/Ernteertrag ermittelt).

[190] Die Samen sind zum Beispiel legal in Großbritannien und Kanada, aber nicht in den USA.

In Spanien beeinhaltet die Strategie der Entkriminalisierung von Besitz für den persönlichen Gebrauch das Recht für Individuen, eine begrenzte Anzahl von Pflanzen für den persönlichen Gebrauch anzubauen.

Diskussion

Die Beispiele lizenzierter Produktion von Cannabis für den medizinischen Gebrauch in mittlerem und großem Umfang in einigen Ländern zeigen die Möglichkeiten auf, wie eine solche Produktion unter Berücksichtigung von Sicherheits- und Qualitätskriterien erfolgen könnte. Die Produktion für nicht medizinischen Gebrauch müsste sicher nicht ganz so strikten Standards unterliegen (was Sicherheits- und Qualitätskontrolle angeht). Das Beispiel des Anbaus in einer unterirdischen Mine scheint doch etwas sehr übertrieben.
Den berechtigten Sorgen um Abfluß auf den Schwarzmarkt liesse sich mit einem paßgenauen Lizensystem für Bauern und Händler begegnen; damit verbunden sollten effektive Zwangsmaßnahmen bei Verletzung der Lizenzbedingungen möglich sein.
Mit Sicherheit nähme der ökonomische Anreiz für Abzweigung auf den Schwarzmarkt nach und nach in dem Maße ab, wie die legale Produktion sich ausweitet und damit die Profitraten auf dem illegalen Markt unterminiert.

Bei Opium- und Kokaprodukten würde sich die Ausweitung der legalen Produktion über eine Reihe von Jahren hinziehen; das wäre nötig, um den Übergang richtig zu gestalten und eine effektive Regulierungsstruktur unter Berücksichtigung der im Prozess auftretenden Probleme zu entwickeln.

Sobald legale Versorgung möglich ist, wird wahrscheinlich der private Anbau stark zurückgehen, ähnlich wie beim häuslichen Bierbrauen; es würde zur Nische einer kleinen Gruppe von Hobbyisten und Cannabis-„Connaisseurs“.
Mit Blick auf die Praxis wäre es fast unmöglich, geringefügige nicht kommerzielle Produktion zu lizenzieren, auch wenn ein Teil dieser Produktion im Freundeskreis zirkuliert.

Privater Anbau von Tabak untersteht in Großbritannien theoretisch den Zollbehörden, praktisch gibt es ihn fast nicht.
Man könnte Richtlinien erlassen, die die Grenzen des privaten Anbaus festlegen; aber die Erfahrung mit solchen Verordnungen in Europa zeigen, dass sie schwer durchzusetzen sind und von Anbauern wie Polizei gleichermaßen ignoriert werden. Für kleine und mittlere Cannabis-Klubs oder Anbaugemeinschaften, die auf nicht kommerzieller Basis die Ernte teilen wäre ein Lizenzmodell geeignet; damit wären Alters- und Qualitätskontrollen möglich und es wäre ein gewisser Grad von Verantwortlichkeit gegeben.

7

Impressum und Dank

Impressum und Dank

akzept dankt Steve Rolles und den TRANSFORM-Team in London für die Genehmigung zur deutschen Übersetzung.

akzept dankt dem ‚Global Drug Policy program' des OPEN SOCIETY INSTITUTE für die Ermöglichung des Druckes.

akzept dankt den ÜbersetzerInnen für ihren engagierten, vorwiegend ehrenamtlichen Einsatz.

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

Übersetzung:
Birgit Fredrich, Uelzen
Rainer Ullmann, Hamburg
Christine Kluge Haberkorn, Berlin
Carolin Vierneisel, Berlin
Jens M. Schneider, Frankfurt

Redaktion:
Heino Stöver, Frankfurt
Christine Kluge Haberkorn, Berlin

Gestaltung und Satz: Christine Kluge Haberkorn, Berlin
Satzkorrektur: Hans-Peter Theurich, Berlin
Foto und Grafik: Anna Schamschula, Frankfurt
Druck: Druckerei Dressler, Berlin
Bestellungen: akzeptbuero@yahoo.de; www.akzept.org

© Deutscher Text: akzept e.V., Juni 2012
ISBN 978-3-98 13890-4-3