



WELTKOMMISSION
FÜR DROGENPOLITIK

WAHRNEHMUNGS

DAS DROGENPROBLEM

WIDER DIE VORURTEILE GEGENÜBER MENSCHEN, DIE
DROGEN KONSUMIEREN

BERICHT 2017



DIE KOMMISSIONSMITGLIEDER



KOFI ANNAN

Vorsitzender der Kofi Annan Foundation und ehemaliger Generalsekretär der Vereinten Nationen, Ghana



JOYCE BANDA

Ehemalige Präsidentin von Malawi



PAVEL BÉM

Ehemaliger Oberbürgermeister von Prag, Tschechische Republik



RICHARD BRANSON

Unternehmer, Gründer der Virgin Group, Mitbegründer von The Elders, Vereinigtes Königreich



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Ehemaliger Präsident von Brasilien



MARIA CATTAGUI

Ehemalige Generalsekretärin der Internationalen Handelskammer, Schweiz



HELEN CLARK

Ehemalige Premierministerin von Neuseeland und Administratorin des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen



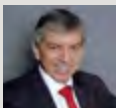
NICK CLEGG

Ehemaliger stellvertretender Premierminister, Vereinigtes Königreich



RUTH DREIFUSS (VORSITZ)

Ehemalige Bundespräsidentin und Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern, Schweiz



CESAR GAVIRIA

Ehemaliger Präsident von Kolumbien



ANAND GROVER

Ehemaliger UN-Sonderberichterstatter über das Recht eines jeden Menschen auf ein Höchstmaß an physischer und psychischer Gesundheit, Indien



ASMA JAHANGIR

Ehemalige UN-Sonderberichterstatterin über außergerichtliche, summarische oder willkürliche Hinrichtungen, Pakistan



MICHEL KAZATCHKINE

Ehemaliger Geschäftsführer des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria, Frankreich



ALEXANDER KWASNIEWSKI

Ehemaliger Präsident von Polen



RICARDO LAGOS

Ehemaliger Präsident von Chile



OLUSEGUN OBASANJO

Ehemaliger Präsident von Nigeria



GEORGE PAPANDREOU

Ehemaliger Ministerpräsident von Griechenland



JOSÉ RAMOS-HORTA

Ehemaliger Präsident von Osttimor



JORGE SAMPAIO

Ehemaliger Präsident von Portugal



GEORGE SHULTZ (EHRENVORSITZ)

Ehemaliger Außenminister, Vereinigte Staaten von Amerika



JAVIER SOLANA

Ehemaliger Generalsekretär für die Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik (GASP) der Europäischen Union, Spanien



THORVALD STOLTENBERG

Ehemaliger Außenminister und UN-Hochkommissar für Flüchtlinge, Norwegen



MARIO VARGAS LLOSA

Schriftsteller und Intellektueller, Peru



PAUL VOLCKER

Ehemaliger Vorsitzender der amerikanischen Zentralbank und des Economic Recovery Advisory Board, Vereinigte Staaten von Amerika



ERNESTO ZEDILLO

Ehemaliger Präsident von Mexiko

INHALT

VORWORT DER VORSITZENDEN	5
ZUSAMMENFASSUNG	7
DROGEN	11
„SUCHT“	15
Das Suchtpotential psychoaktiver Substanzen	15
„Sucht“ und Genesung	16
Zwangsbehandlungen	18
Schadensminderung	20
MENSCHEN, DIE DROGEN NEHMEN	21
Gründe für den Drogenkonsum	21
Drogenkonsum als individuelles Problem	24
Drogen und Kriminalität	25
MEDIEN UND ÖFFENTLICHE MEINUNG	28
Stigma und Sprache	30
Moralische Panik – die Zuspitzung des Zusammenspiels von Politik,	
Medien und öffentlicher Meinung	31
Anders sprechen über Drogen und die Menschen, die sie konsumieren	32
DROGENKONTROLLMASSNAHMEN	34
Prävention	34
Kriminalisierung von Konsum und Besitz für den Eigengebrauch	37
Lange Haftstrafen und die Todesstrafe	37
WAHRNEHMUNGSWANDEL	39
EMPFEHLUNGEN	40
REFERENZEN	42

WHICH DO YOU PREFER ?



Remember PROHIBITION ?

Don't let it happen again!

CONTRIBUTED AS A PUBLIC SERVICE BY CALVERT DISTILLERS CORP., N.Y.C. SERIES 4 S

Von einem US-Whiskyproduzenten gesponsertes Poster gegen die Wiedereinführung der Alkoholprohibition.
© David J. & Janice L. Frent/Corbis via Getty Images

VORWORT DER VORSITZENDEN

In den vergangenen sechs Jahren entwickelte sich die Weltkommission für Drogenpolitik zu einer der wichtigsten Stimmen in der Debatte über das gescheiterte internationale Drogenkontrollregime und die daraus resultierenden repressiven Gesetze. Sie macht sich außerdem stark für Reformen zur Überwindung der tragischen Folgen der Prohibitionspolitik. Die 25 Mitglieder der Kommission, alles politische, wissenschaftliche und wirtschaftliche Führungspersonalitäten, verfügen über einen reichen Erfahrungsschatz und setzen sich unermüdlich für die Menschenrechte und eine nachhaltige Entwicklung ein.

In ihren bisher sechs Berichten hat die Weltkommission die menschlichen Kosten einer verfehlten Politik hervorgehoben und deren Unfähigkeit aufgezeigt, die Produktion und den Konsum illegaler Drogen zu drosseln oder kriminelle Organisationen zu zerschlagen. Die Kommission hat zudem eine umfassende Übersicht über Maßnahmen geliefert, mit denen die Folgen dieser gescheiterten Politik wirksam angegangen werden können. Folgen wie die Ausbreitung von Infektionskrankheiten, Todesfälle durch Überdosis und verunreinigte Substanzen, Gewalt als Folge von Repression und Bandenkriegen, Korruption, das Fehlen von Abhängigkeits- und Schmerzbehandlungen, überfüllte Gefängnisse und das Fehlen jeglicher Aussicht auf soziale Integration für Menschen mit drogenbedingten Vorstrafen, einschließlich derjenigen, die Drogen konsumieren, oder jener nicht gewalttätigen Akteure, die an der illegalen Herstellung oder dem Verkauf von Drogen beteiligt sind. Diese Auflistung ist längst nicht vollständig. Ebenso betroffen sind Familien und Freunde von Personen, die in direktem Kontakt mit Drogen stehen, oder Bewohner von Gebieten, die vom illegalen Markt überrannt werden, ja, die ganze Gesellschaft. Regierungen stecken hohe Summen öffentlicher Gelder in die Repression, anstatt sie für wirksame Präventions-, Behandlungs- und Schadensminderungsmaßnahmen einzusetzen. Die Gesellschaft leidet, weil die Kontrolle über die Drogen den kriminellen Organisationen überlassen wird.

Die dargestellte Situation variiert je nach Land und Region und hängt unter anderem davon ab, ob eine Gesundheitskrise vorliegt und wie gravierend diese ist, wie überfüllt die Gefängnisse sind, wie hoch das Ausmaß der Gewalt in Zusammenhang mit Drogen ist und wie stark die organisierte Kriminalität den Markt beherrscht. Je nach Land leiden unterschiedliche Bevölkerungsgruppen mehr oder weniger unter den Drogen und der Unzulänglichkeit der Drogenpolitik. Die Reformen können daher nicht für jedes Land und für jede Region gleich aussehen. Sie müssen den lokalen Rahmenbedingungen und realen Bedürfnissen der Menschen und Gesellschaften angepasst werden. Es ist daher unerlässlich, dass die Reformen auf einer gründlichen Analyse der vorherrschenden Probleme beruhen; dass sie alle Beteiligten miteinbeziehen und dass die Auswirkungen hinreichend evaluiert werden.

Es werden weltweit immer mehr rationale und pragmatische Lösungsansätze umgesetzt, die auf Ideologien und die Illusion einer drogenfreien Gesellschaft verzichten. Regierungen stellen Angebote zur Schadensminderung zur Verfü-

gung, entkriminalisieren Konsum und Besitz für den Eigengebrauch, bieten Alternativen zur Bestrafung von nicht gewalttätigen, niedrigrangigen Akteuren in der Herstellung und im Verkauf illegaler Drogen und regulieren Cannabis und neue psychoaktive Substanzen auf legaler Ebene.

Den Kurs zu wechseln und in unbekannten Gewässern zu navigieren ist jedoch nicht einfach. Zu lange schon werden Drogen als Substanzen betrachtet, die um jeden Preis vermieden werden müssen; Menschen, die Drogen konsumieren, werden ausgegrenzt und als asozial, unmoralisch oder abartig wahrgenommen. Vorurteile und Ängste gegenüber Drogen äußern sich in stigmatisierender Sprache. Stigmatisierung führt zu sozialer Diskriminierung und repressiven Gesetzen. Repression bestätigt Ängste und Vorurteile. Diesen Teufelskreis gilt es zu durchbrechen. Die Weltkommission widmet deshalb ihren siebten Bericht dem Drogen-WAHRNEHMUNGSPROBLEM.

Regierungen sind dafür verantwortlich, die verzerrte Wahrnehmung in Bezug auf Drogen und die Menschen, die sie konsumieren, durch frei zugängliche evidenzbasierte Informationen zu korrigieren. In ihren Reden und durch ihre Haltung müssen die politischen und religiösen Führungspersonen aufzeigen, dass sie die Würde und Rechte aller Bürger achten, insbesondere auch die der Schwächsten und der Opfer von sozialer Stigmatisierung.

Fachleute, die direkt mit Personen, die Drogen konsumieren, zu tun haben – seien das Mediziner, Sozialarbeitende oder Strafverfolgungsbeamte – tragen die Verantwortung dafür, dass Angelegenheiten der ethnischen Herkunft, Kriminalität und Drogen nicht fälschlich zusammengefasst werden. Eine falsche Wahrnehmung anzugehen ist notwendig, um willkürliche Massnahmen zu verhindern und den Betroffenen Dienstleistungen nicht zu verwehren, die sie benötigen. Fachleute sollten zudem öffentlich über ihre Erfolge reden, die sie mit volksgesundheitlichen und menschenrechtspolitischen Ansätzen erzielen.

Sämtliche Mitglieder der Gesellschaft müssen darauf bestehen, über die tatsächlichen Kosten der Drogenpolitik und darüber, wie sie sich auf das Leben, die Gemeinschaften und die Wirtschaft auswirkt, informiert zu werden. Nur so kann sich jeder Einzelne mit Sachverstand in die Reformdebatte einbringen.

Wir stellen Vorurteilen Fakten gegenüber. Wir rufen auf zu einer Änderung der Haltung, der Sprache und der Art und Weise, wie mit Menschen, die Drogen konsumieren, umgegangen wird. Denn dieser Teufelskreis, der Mensch und Gesellschaft leiden lässt, muss dringend durchbrochen werden.



Ruth Dreifuss

Ehemalige Bundespräsidentin der Schweiz

ZUSAMMENFASSUNG

Frühere Berichte der Weltkommission für Drogenpolitik haben aufgezeigt, wie eine repressive Drogenpolitik auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene die potenziellen Schäden von Drogen verschärft. Der vorliegende Bericht konzentriert sich darauf, wie die gegenwärtige Wahrnehmung der Drogen und der Menschen, die sie konsumieren, die Prohibitionspolitik beeinflusst und umgekehrt. Dies, ohne die negativen Auswirkungen, die ein problematischer Drogenkonsum häufig auf das Leben von Menschen hat, in Frage zu stellen.

Tatsächlich sind drogenpolitische Reformen manchmal schwierig einzuführen, zu konzipieren oder umzusetzen, weil die gegenwärtigen Strategien und Maßnahmen oft auf Anschauungen und leidenschaftlichen Überzeugungen basieren. Was sachlich diskutiert werden sollte – wie zum Beispiel die Wirksamkeit der Schadensminderung – wird oft als moralische Debatte geführt. Der vorliegende Bericht analysiert die gängigsten Anschauungen und Ängste, stellt sie den aktuellen Erkenntnissen über Drogen und die Menschen, die sie konsumieren, gegenüber und empfiehlt auf dieser Grundlage Veränderungen, die zu einer wirksameren Drogenpolitik führen.

DROGEN, ‚SUCHT‘ UND BEHANDLUNGSZIELE

Drogen werden oft als unnatürliche Schadstoffe dargestellt, die von außen oder von „bösen Mächten“ in eine Gesellschaft eingeschleust werden. Sie machen Angst. Tatsächlich jedoch scheint die Einnahme von bewusstseinsverändernden Substanzen ein universeller Impuls zu sein, der in fast allen Kulturen und in der gesamten Weltgeschichte zu beobachten ist (auch wenn die Substanzen variieren). Obschon jeder Drogenkonsum mit Risiken verbunden ist, entspricht der legale Status einer Droge selten ihrem potenziellen Schaden. Darüber hinaus erhöht sich das Schädigungspotenzial einer Substanz, wenn sie illegal produziert, beschafft und konsumiert wird.

Es wird zudem allgemein angenommen, dass Drogensucht entsteht, weil jemand eine Droge gelegentlich und zum Vergnügen einnimmt und dann unversehens von den darin enthaltenen chemischen Substanzen abhängig wird und ihr „verfällt“. Diese Annahme beruht auf einem falschen Verständnis von Sucht. Der Konsum von Drogen ist relativ weit verbreitet – schätzungsweise eine Viertelmilliarde Menschen haben 2016 illegale Drogen konsumiert, während nur etwa 11,6 % davon als problematisch oder süchtig eingestuft werden. Das häufigste Konsummuster psychoaktiver Substanzen ist episodisch und unproblematisch.

Sucht wird oft als permanent und irreversibel gesehen. Wenn eine Genesung als möglich erachtet wird, ist Abstinenz in der Regel das primäre – und oft auch einzige – Behandlungsziel. Das Hauptziel einer Behandlung sollte jedoch für jede Person die bestmögliche körperliche und geistige Gesundheit sein. So gesehen ist Abstinenz nicht unbedingt das beste Behandlungsziel oder gar das Ziel der Person selbst. Und selbst wenn es das ist, wird es von vielen Menschen mit problematischem Drogenkonsum erst nach mehreren Versuchen erreicht.

Um Ärzten und ihren Patienten die Möglichkeit zu geben, frei über die richtige Behandlung zu entscheiden, bedarf es daher einer Vielzahl von Optionen. Darunter fallen psychosoziale Unterstützung, Opioid-Substitutions-Therapie und heroingestützte Behandlungen. Es gibt starke Nachweise für die Wirksamkeit dieser Behandlungen.

Zahlreiche wissenschaftlich geprüfte Methoden verhindern, ohne auf Abstinenz zu setzen, etliche durch den Drogenkonsum verursachte Schäden – allen voran die durch repressive Maßnahmen verursachte. Zu diesen Schadensminderungsmaßnahmen gehören Nadel- und Spritzenprogramme, geschützte Konsumräume, die Bereitstellung von Opioid-Antagonisten als Gegenmittel bei Überdosierungen und Drug-Checking-Angebote.

DIE WAHRNEHMUNG RUND UM MENSCHEN, DIE DROGEN KONSUMIEREN

Die Frage, warum jemand Drogen konsumiert, wird in der Regel mit psychologischen und moralischen Begründungen beantwortet; vor allem die Annahme, dass die Person „schwach“ oder „unmoralisch“ sei, ist weit verbreitet. Die Allgemeinbevölkerung betrachtet den problematischen Drogenkonsum daher oft als Problem von Einzelpersonen und nicht als eines, mit dem sich die Gesellschaft auseinandersetzen muss. Ein weiteres gängiges Klischee ist das des randständigen Menschen, der Drogen konsumiert; kein gleichberechtigtes Mitglied der Gesellschaft und ohne Anspruch auf die gleichen Rechte wie andere.

Diese Wahrnehmung und diese Stereotypen widersprechen dem, was Experten als Hauptgründe für den Konsum von Drogen nennen. Nämlich jugendliches Experimentieren, das Streben nach Genuss, Geselligkeit oder Leistungssteigerung und die Selbstmedikation zum Stimmungsmanagement und bei körperlichen Schmerzen.

Eine weitere weit verbreitete Annahme ist, dass Menschen, die Drogen konsumieren, und insbesondere Menschen mit problematischem Drogenkonsum, Verbrechen begehen. Die überwiegende Mehrheit begeht jedoch keine andere Straftat als die Drogengesetze zu missachten. Personen mit einem problematischen Konsum können sich die benötigten Drogen oft nicht leisten, ohne kriminell zu werden. Hinzu kommt, dass Menschen, die Drogen konsumieren, oft aus dem öffentlichen Leben in marginalisierte Subkulturen gedrängt werden, in denen die Kriminalität verbreitet ist. Mit einem Strafregistereintrag wird es schwieriger eine Anstellung zu finden, wodurch der illegale Markt und kriminelle Aktivitäten zur einzigen Überlebensmöglichkeit werden.

DARSTELLUNG IN MEDIEN UND ÖFFENTLICHKEIT

Die im Bericht diskutierte Wahrnehmung wird weitgehend von den Medien beeinflusst, welche die Auswirkungen von Drogen überwiegend negativ darstellen. Zwei Darstellungsweisen von Drogen und den Menschen, die sie konsumieren, geben bislang den Ton an: Die eine verbindet Drogen unweigerlich mit Kriminalität, die andere suggeriert, dass jeder Drogenkonsum verheerende Folgen hat.

Die öffentliche Meinung und die Darstellungen in den Medien verstärken sich gegenseitig, und sie tragen dazu bei, das Stigma, das den Drogen und dem Drogenkonsum anhaftet, aufrechtzuerhalten. Häufig anzutreffende Begriffe wie „Junkie“, „Drogenabhängiger“ oder „Crackhead“ wirken abschreckend und machen Menschen, die Drogen konsumieren, zu „den Anderen“ – moralisch fehlerhafte und minderwertige Individuen.

Diese Stigmatisierung und Diskriminierung, verbunden mit der Kriminalisierung des Drogenkonsums, steht in vielen Ländern in direktem Zusammenhang mit Menschenrechtsverletzungen gegenüber Menschen, die Drogen konsumieren. Um zu verändern, wie der Drogenkonsum gesehen wird und wie Menschen, die Drogen konsumieren, behandelt werden, müssen wir unsere Wahrnehmung erneuern, und der erste Schritt dazu ist, unsere Sprache zu ändern.

DER ZUSAMMENHANG VON DROGENWAHRNEHMUNG, DROGENKONSUM UND DROGENPOLITIK

Die Verbindung zwischen der Wahrnehmung von Drogen, den Menschen, die sie konsumieren, und der Drogenpolitik stellt einen Teufelskreis dar. Unter einem prohibitionistischen Regime übt eine Person, die Drogen konsumiert, eine illegale Handlung aus, was das Stigma verstärkt. Es macht es noch einfacher, Menschen, die Drogen konsumieren, zu diskriminieren. So wird eine Politik ermöglicht, die Personen, die Drogen nehmen, als minderwertige Menschen, Nichtbürger und Sündenböcke für größere gesellschaftliche Probleme behandelt.

Zum einen zeigt sich die Angst vor Drogen in Präventionsbotschaften, die eine völlige Abstinenz fordern und behaupten, alle Drogen seien gleich gefährlich. Das Vermitteln unvollständiger und oft sogar fehlerhafter Informationen schmälert jedoch das Vertrauen der Jugendlichen in die Behörden. Ein besserer Weg wäre es, ehrliche Informationen zu Drogen bereitzustellen, bei jugendlichem Experimentieren ein moderates Verhalten zu fördern und Wissen über sicherere Konsumpraktiken zu vermitteln.

Zum anderen wird der Drogenkonsum als moralisches Problem und Vergehen gegen die Gesellschaft wahrgenommen und somit kriminalisiert, obwohl der Drogenkonsum an sich ein gewaltfreier Akt ist und körperlich nur die Person potenziell schädigt, die sich daran beteiligt. Dennoch wird in vielen Ländern für gewaltfreie Drogendelikte die Todesstrafe verhängt, was sie moralisch ähnlich verwerflich einstuft wie Mord und andere schwerste Verbrechen.

GRUNDSÄTZE FÜR DROGENPOLITISCHE REFORMEN

In einigen Ländern ist bereits ein Wandel in der Wahrnehmung und der Politik zu beobachten. Gute Leadership und Aufklärung haben gezeigt, dass die Öffentlichkeit eine pragmatischere und evidenzbasierte Drogenpolitik durchaus unterstützt, wenn sie glaubwürdige Informationen erhält.

So war es möglich, Menschen, die sich um die öffentliche Ordnung und Sicherheit sorgen, zu überzeugen, dass eine alternative Drogenpolitik die drogenbedingten Schäden für die Verbraucher, ihre unmittelbare Umgebung und die Gesellschaft als Ganzes effizienter vermindern kann.

Die Verabschiedung der Agenda für nachhaltige Entwicklung als gemeinsamer politischer Rahmen für alle erklärt die Menschenrechte, Sicherheit und Entwicklung zur Grundlage aller Politik. Wir wiederholen daher die Grundsätze der Weltkommission für Drogenpolitik:

- 1** Die Drogenpolitik muss auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen beruhen. Der primäre Gradmesser für den Erfolg sollte die Gesundheit, die Sicherheit und das Wohlergehen des Einzelnen und der Gesellschaft sein.
- 2** Die Drogenpolitik muss auf der Achtung der Menschenrechte und der öffentlichen Gesundheit beruhen. Die Kriminalisierung, Stigmatisierung und Marginalisierung von Menschen, die Drogen konsumieren, und von Personen auf den unteren Stufen des Anbaus, der Produktion und des Vertriebs muss ein Ende haben. Menschen mit problematischem Drogenkonsum sollen als Patienten und nicht als Kriminelle behandelt werden.

- 3 Die Drogenpolitik sollte global in geteilter Verantwortung entwickelt und umgesetzt werden, jedoch unterschiedliche politische, soziale und kulturelle Realitäten berücksichtigen und Versuche ermöglichen, Drogen auf nationaler Ebene gesetzlich zu regulieren. Die Politik sollte die Grundrechte der von Produktion, Handel und Konsum betroffenen Menschen respektieren.
- 4 Drogenpolitische Maßnahmen müssen möglichst umfassend angegangen werden und Personen, die Drogen konsumieren, Familien, Schulen, Fachleute des öffentlichen Gesundheitswesens, Sozialarbeitende und führende Vertreter der Zivilgesellschaft einbeziehen, in Zusammenarbeit mit Strafverfolgungsbehörden und anderen relevanten Regierungsstellen.

Wir fordern zudem alle Mitglieder der Gesellschaft auf, zuverlässige, evidenzbasierte Informationen über Drogen, über die Menschen, die Drogen konsumieren, über die Art und Weise und die Gründe ihres Konsums sowie über die Motive hinter der gegenwärtigen Wahrnehmung zu suchen und diese Informationen weiterzugeben. Nur ein gemeinsames Bestreben, unsere Wahrnehmung zu ändern, wird Drogenpolitikreformen ermöglichen. Die sechs Empfehlungen in diesem Bericht zeigen Politikern, Meinungsbildnern, der medizinischen Fachwelt und der Öffentlichkeit Wege auf, wie darauf hingearbeitet werden kann.

Brechen Sie das Tabu und sprechen Sie über die problematische Wahrnehmung von Drogen und den Menschen, die sie konsumieren. Es ist Zeit, unsere Wahrnehmung und unsere Ansichten zu ändern.

DROGEN

Drogen werden oft als unnatürliche Schadstoffe dargestellt, die von außen oder von „bösen Mächten“ in die Gesellschaft eingeschleust werden, und viele haben Angst vor ihnen. In Wirklichkeit wurden psychoaktive Substanzen in der gesamten Geschichte der Menschheit konsumiert. Der Drogenkonsum ist nicht einmal auf den Menschen beschränkt, sondern betrifft sogar andere Spezies. Viele Tiere berauschen sich absichtlich: Katzen suchen die Ekstase der Katzenminze, Zugvögel fressen fermentierte Beeren oder Früchte und Paviane kauen Tabak.¹ Bewusstseinsverändernde Substanzen einzunehmen scheint ein universeller Impuls zu sein, der in fast allen Kulturen und in der gesamten Weltgeschichte zu finden ist. In der Anthropologie gehören „stimmungs- oder bewusstseinsverändernde Techniken und/oder Substanzen“ neben Musik, Sprache, Spiel etc. zur Liste der „menschlichen Universalien“, die unser kulturelles Grundgerüst bilden.² Und es gilt bis heute: Fast alle Menschen konsumieren psychoaktive Substanzen, sei es Alkohol, Tabak, Kaffee, Schokolade oder Khat. Daher haben die meisten Menschen und Gesellschaften Verständnis für die Anziehungskraft psychoaktiver Substanzen, zumindest für jene, die in ihrer Kultur gesellschaftlich akzeptiert sind.

Der Drogenkonsum birgt Risiken, unabhängig davon, ob es sich um legale oder illegale Substanzen handelt. Drogen, einschließlich Alkohol oder Tabak, schaden Individuen und der Gesellschaft – die jeweiligen Schäden unterscheiden sich jedoch.⁴ Viele glauben, dass Drogen aufgrund ihres Schädigungspotenzials für illegal erklärt wurden. Fakt ist, dass wissenschaftliche oder medizinische Gremien im Allgemeinen nicht oder nicht allein darüber entscheiden, was verboten und was zugelassen wird.

Eine wegweisende Studie (The Lancet, 2007) hat psychoaktive Substanzen anhand verschiedener Kriterien beurteilt, einschließlich der körperlichen (akuten, chronischen, intravenösen) und der psychischen und sozialen Schäden (wie Intoxikation und Gesundheitskosten).⁵ Heroin wurde als die potenziell schädlichste Substanz für den Einzelnen

WAS IST EINE DROGE?³

Im weitesten Sinne ist jede Substanz eine Droge, die auf das Bewusstsein oder den Körper einwirkt. Für psychoaktive Substanzen, welche das Bewusstsein verändern, wie Stimulanzien, Beruhigungsmittel, Halluzinogene, Delirantia oder Dissoziativa, ist der Begriff Droge jedoch negativ besetzt. Im pharmakologischen Sinne sind Koffein, Nikotin und Alkohol genauso Drogen wie Kokain und Heroin.

Im alltäglichen Gebrauch hat der Begriff „Droge“ jedoch eine andere Bedeutung angenommen. Im Laufe des letzten Jahrhunderts hat sich „Droge“ zum Begriff für eine psychoaktive Substanz entwickelt, welche illegal ist. Insofern ist Cannabis eine Droge, während Alkohol (in den meisten Ländern) keine ist; und Substanzen wie zum Beispiel Morphin werden als „Medikamente“ bezeichnet, wenn sie von Ärzten eingesetzt werden, und als „Drogen“, wenn sie in der Freizeit konsumiert werden. Psychoaktive Substanzen werden als Medikamente von der Gesellschaft besser akzeptiert. Ob eine Substanz eine „Droge“ ist, hängt demnach von der Absicht ab, die hinter dem Gebrauch steht, von der Art der Verabreichung sowie der sozialen Stellung des Benutzers. Und während in vielen Fällen die Wirkstoffe die gleichen sind – die Wahrnehmung ist sehr verschieden.



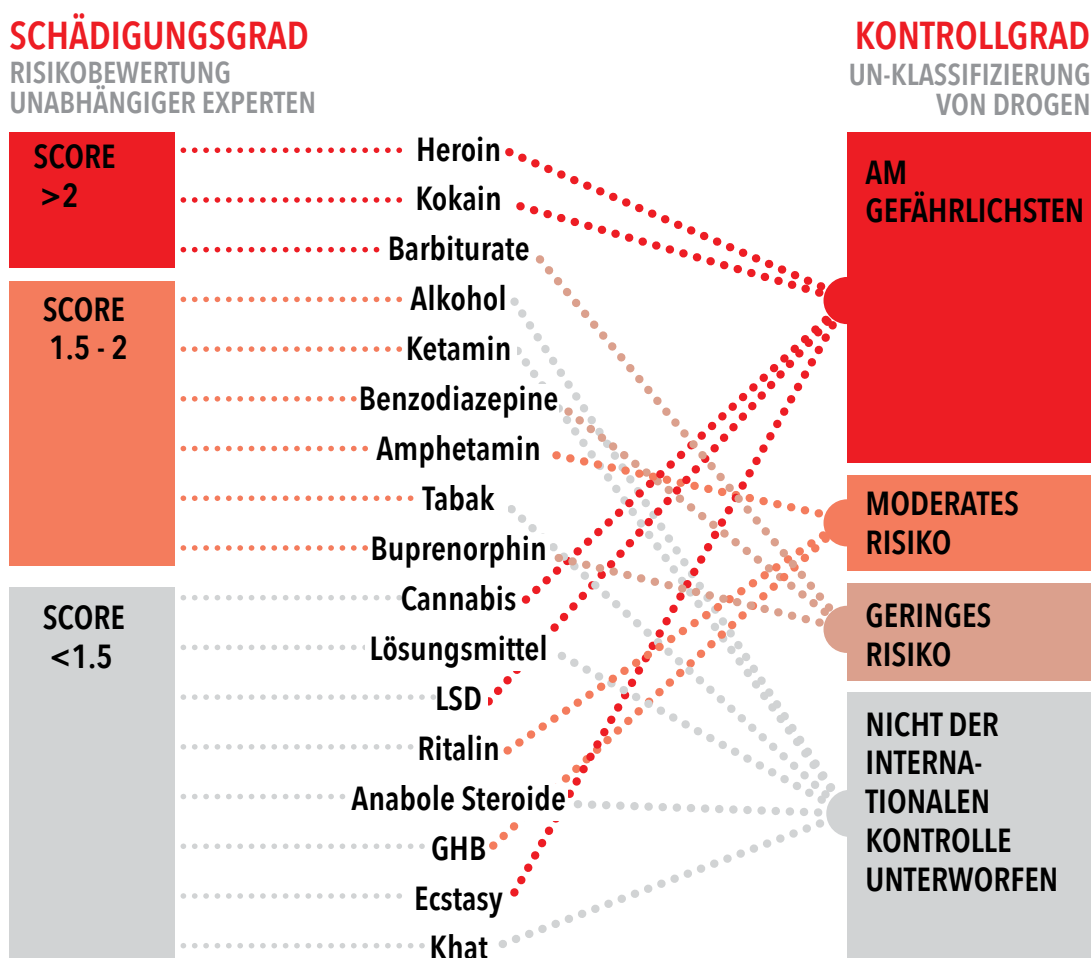
Medizinisches Heroin von Bayer vor 1913 hergestellt. Foto: zur Verfügung gestellt



Heroin von unbekannter Reinheit und Wirkstärke, wie es heute auf der Strasse verkauft wird. Foto: © Snowbelle / Shutterstock.com

eingestuft; unter Berücksichtigung sowohl der individuellen als auch der gesellschaftlichen Schäden gilt aber eine legale Substanz – Alkohol – als die schädlichste. Tatsächlich wurde zwischen der UN-Klassifizierung von Substanzen (in «am gefährlichsten», «moderates Risiko» und «risikoarm») und deren in der Studie ermittelten Schäden kein oder ein nur geringer Zusammenhang festgestellt.⁶ In Wahrheit steht der legale Status einer psychoaktiven Substanz in keinem systematischen Zusammenhang mit ihrem potenziellen Schaden.

ABBILDUNG 1: KLASSIFIZIERUNG VON DROGEN – SCHÄDIGUNGSGRAD VS. KONTROLLGRAD



Quellen: Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007); UNODC, Anhänge des Einheitsübereinkommens der Vereinten Nationen über Suchtstoffe von 1961 geändert durch das Protokoll von 1972 gemäss Stand vom 22. April 2017 und Anhänge des UN-Übereinkommens über psychotrope Stoffe von 1971 gemäss Stand vom 18. Oktober 2017

Die Lancet-Studie hat zudem die aktuellen Schäden verschiedener Drogen innerhalb des Rechtssystems des Vereinigten Königreichs untersucht. Bei illegalen Substanzen ergibt sich allerdings ein Teil ihres Schadenpotenzials erst aus dem Status der Illegalität; denn mit dem Verbot einer Substanz steigen die Risiken des Konsums. Heroin, eine hochwirksame Substanz mit einem relativ hohen Risiko für einen problematischen Konsum, veranschaulicht diesen Punkt sehr gut. Beim Kauf von Heroin „auf der Straße“ kennt die Person, die es konsumiert, weder die Potenz noch die Reinheit des Stoffes, den sie gekauft hat, und deshalb sind Überdosierungen häufig und oft tödlich. Erhält ein Patient hingegen in einem heroingestützten Behandlungsprogramm seine Dosis medizini-

sches Diamorphin, sind sich Arzt wie Patient der Potenz sicher und die Dosierung kann an den Toleranzlevel des Patienten angepasst werden.⁷ In über 20 Jahren heroingestützter Behandlung in der Schweiz hat es keine einzige tödliche Überdosis gegeben. Auch viele andere schwerwiegende Schäden hängen nicht von der Substanz selbst ab: Wird steriles Injektionsmaterial verwendet, ist das Risiko einer Übertragung von durch Blut übertragbaren Viren wie Hepatitis C und HIV extrem gering oder gleich null. Kollabierte Venen und Gefäßsklerose, wie sie beim langfristigen Gebrauch von „Straßenheroin“ auftreten, werden hauptsächlich durch unsachgemäße Injektionstechniken, schlechte Qualität des Heroins (z.B. unsauberer „Schwarzer Teer“) und/oder durch Streckmittel, die entlang der Beschaffungskette beigemischt werden, verursacht (Heroin wird häufig mit Beton versetzt, welcher schlecht löslich ist und die Venen verstopft). Auch Leber- und Nierenschäden werden in erster Linie durch Zusätze im „Straßenheroin“ und durch Infektionen verursacht, die durch den Nadeltausch und andere unsichere Injektionspraktiken übertragen werden. Nebenwirkungen, die auf das Heroin selbst zurückzuführen sind, sind Verstopfung und verminderte sexuelle Leistungsfähigkeit – sowie Abhängigkeit.⁸

Edmond S. Fehoko, Neuseeland

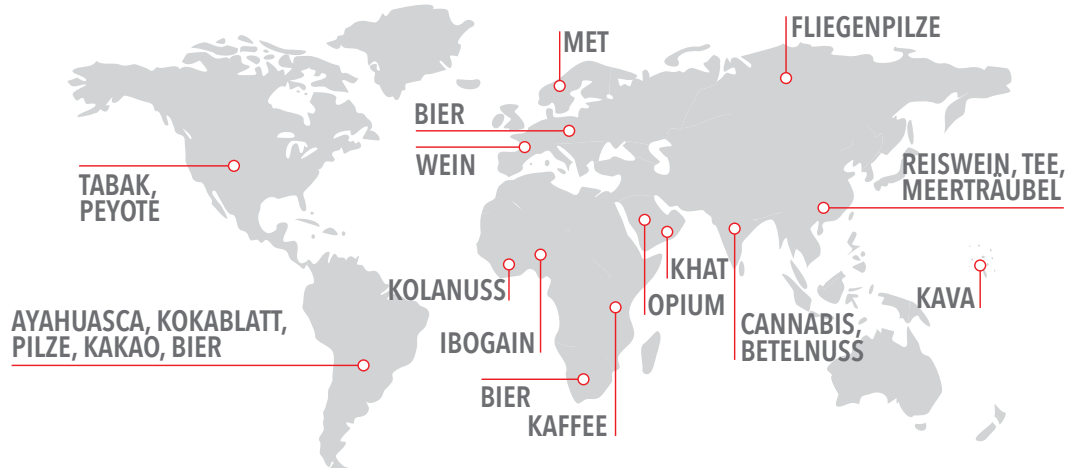
Ich arbeite zurzeit an meiner Dissertation im Bereich Gesundheitswesen an der Technischen Universität Auckland. Meine Eltern sind aus Ha'apai, Tonga, nach Neuseeland ausgewandert. Mein kulturelles Erbe ist wichtig für mich, persönlich wie auch in meiner akademischen Arbeit: In meiner Masterarbeit untersuchte ich die Erfahrungen und Empfindungen von 12 neuseeländischen Tongaern, die an einer Faikava (Kava-Trinkrunde) teilnehmen. Ich kann mich lebhaft daran erinnern, wie ich selbst im Alter von 14 Jahren mit meinem Vater in unserer Kirche an meiner ersten Kava-Runde teilnahm. Wenn ich Kava konsumiere, fühle ich mich gesellig und doch geborgen, jegliche Anspannung lässt allmählich nach, was zu einem Zustand der inneren Ruhe führt.

Kava-Runden sind ein sozialer und kultureller Treffpunkt für Bevölkerungen des Pazifiks, einschließlich der Tongaer, um Ideen, Wissen und Erfahrungen auszutauschen. Dabei wird Kava getrunken, um sich mit den pazifischen Heimatländern (wieder) zu verbinden. Kava ist ein Getränk aus den Wurzeln der Kava-Pflanze, das im pazifischen Raum für seine mythischen, narkotischen, spirituellen, medizinischen und kulturellen Werte bekannt ist und geschätzt wird. Kava ist ein leichtes Anästhetikum mit fungizider Wirkung. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass es zudem leicht antibiotische Eigenschaften aufweist. Kava ist ein Heilmittel, das bei Krankheiten wie Kopfschmerzen, Lepra, Schlaflosigkeit, Migräne, Tuberkulose und in Fidschi auch bei Menstruationsbeschwerden eingesetzt wurde. Kava, bekannt für seine heilende Wirkung, gilt als die „am häufigsten importierte und wichtigste psychoaktive Pflanze im Pazifik“.¹¹

Die Reaktionen auf meinen Kavakonsum waren sowohl positiv als auch negativ. Positiv unter anderem, wenn er als Alternative zum Alkoholkonsum gesehen wurde. Kava hat eine andere Rauschwirkung als Alkohol. Es löst ein angenehm warmes, heiteres und gleichzeitig träges Gefühl aus, das die Menschen kontaktfreudig macht, aber nicht zu peinlichem Benehmen führt, und die Denkfähigkeit nicht beeinträchtigt. Die Kavakultur wird auch als positive Alternative zu Jugendbanden gesehen. Und meine Familie schätzt die Rolle, die sie spielt, wenn ich mich durch sie in die tongaische Sprache und Kultur vertiefen und in die harmonischen Talanoa (Dialoge) in der Runde einbringen kann.

Ein Nachteil ist, dass mein Verstand nach einer langen Nacht mit Kava manchmal etwas träge sein kann. Negatives Stigma bezieht sich auf die Zeit, die in einer Kava-Runde verbracht wird anstatt mit der Familie oder Freunden, was in manchen Fällen bedeutet, dass zu Hause die Vaterfigur fehlt. Meine Frau und meine Familie haben die Kava-Runden, an denen ich teilnehme, mit den Tea-Partys britischer Damen verglichen oder mit einer Gruppe von Akademikern, die sich zum Kaffeetrinken trifft.

ABBILDUNG 2: TRADITIONELLER DROGENKONSUM RUND UM DEN GLOBUS



Quelle: Adaptiert nach Nutt, D. (2012) Drugs Without the Hot Air

Viele Drogen sind gewöhnungsbedürftig, da sie Auswirkungen auf den Körper haben, die zu Beginn oft unangenehm sind. Bier schmeckt zum Beispiel beim ersten Probieren unangenehm bitter, die ersten Zigaretten verursachen Husten und Übelkeit.⁹ Der Konsum entwickelt sich erst durch den kulturellen Kontext zum Genuss.¹⁰ Während der Konsum von Drogen also weltweit verbreitet ist, waren die in einer Kultur üblichen Drogen in der Vergangenheit meist mit der Verfügbarkeit von einheimischen Pflanzen verbunden – wie Kokablättern in den Anden, Kava im pazifischen Raum und Opium in Indien und anderen Teilen Asiens. Das Konsumieren von Drogen, die Teil der eigenen Kultur waren, wurde meist als unproblematisch angesehen. Wie auch heute in vielen Ländern der Alkoholkonsum weit verbreitet ist und sein unproblematischer Gebrauch in der Regel kulturell sanktioniert wird (mit Ausnahmen, wie z. B. die öffentliche Trunkenheit). Im Gegensatz dazu sind die Drogengewohnheiten anderer Kulturen oft verpönt, zumindest solange, bis die neue Substanz gesellschaftsfähig und zur Norm geworden ist. In Europa war dies bei der Einführung von Kaffee und Tabak der Fall.

Die potenziellen Schäden einer Substanz sind also grösser, wenn diese illegal hergestellt, erworben und konsumiert wird. Und wie bereits erwähnt, nach Expertenmeinung entspricht die Einteilung in legale und illegale Substanzen nicht ihrem Schädigungsgrad. Unterschiedliche Kulturen verbieten außerdem unterschiedliche Drogen. So ist in einigen Kulturen und Religionen der Alkoholkonsum untersagt. Er ist in einer Reihe von asiatischen und afrikanischen Ländern, von Afghanistan bis Mauretanien, derzeit verboten.¹² Dies im Gegensatz zu westlichen Kulturen, in denen Alkohol die primäre gesellschaftsfähige psychoaktive Substanz ist. Rotwein ist sogar ein fester Bestandteil der wöchentlichen christlichen Zeremonien. Die Grenzen haben sich im Laufe der Zeit auch innerhalb einer jeweiligen Kultur verschoben: In Marokko war Cannabis unter dem französischen und spanischen Protektorat legal und reguliert,¹³ so wie Opium in Indien und Pakistan unter der britischen Kolonialherrschaft und unmittelbar nach der Teilung.¹⁴

"SUCHT"

DAS SUCHTPOTENTIAL PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN

Es wird gemeinhin angenommen, dass Drogensucht eine Folge davon ist, dass jemand eine Droge zu erst gelegentlich und zum Vergnügen einnimmt und daraufhin unversehens von den darin enthaltenen chemischen Substanzen abhängig wird und ihr „verfällt“. Drogen werden dargestellt als „mächtig, verführerisch und schnell süchtig machend; dass jeder Mensch der Gefahr einer Sucht ausgesetzt ist, dass Drogen allein ausreichen, um jedes erdenkliche abartige Verhalten hervorzurufen, und dass sie für die meisten Verbrechen und Gewalttaten direkt verantwortlich sind“.¹⁵ Diese Wahrnehmung beruht jedoch auf einem falschen Verständnis von Sucht, oder was heute häufiger als „Abhängigkeit“, „Substanzstörung“, „Konsumstörung“ oder „problematischer Drogenkonsum“ bezeichnet wird.

Tatsache ist, dass der Konsum von Drogen weltweit ziemlich verbreitet ist. Schätzungsweise eine Viertelmilliarde Menschen konsumierten im Jahr 2016 gegenwärtig illegale Drogen. Davon leiden vermutlich rund 11,6 % unter einem problematischen Drogenkonsum.¹⁶ Von der Europäischen Union erhobene Daten, sowohl über den Konsum auf Lebenszeit (jeglicher Drogenkonsum in der Vergangenheit) als auch über den Konsum im vergangenen Jahr, widerlegen die Vermutung, dass jeder oder fast jeder Drogenkonsum zur Sucht führt. Wäre Drogenkonsum nämlich immer problematisch, müssten diese beiden Zahlensets ähnlich aussehen. Bei allen Substanzen sind die Zahlen des Lebenszeitkonsums jedoch deutlich höher als die des Konsums im vergangenen Jahr: Cannabis 87,7 Mio. vs. 23,5 Mio.; Kokain 17,5 Mio. vs. 3,5 Mio.; MDMA (Ecstasy) 14,0 Mio. vs. 2,7 Mio.; Amphetamine 12,5 Mio. vs. 1,8 Mio.¹⁷ Dies zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen, die jemals eine Substanz ausprobierte, diese im vergangenen Jahr nicht konsumiert hat. Das häufigste Muster des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen ist episodisch und unproblematisch.

Dies gilt auch für Substanzen, die gemeinhin als die „härtesten“ illegalen Drogen gelten, wie Heroin, Crack-Kokain oder Methamphetamin: Nur eine Minderheit der konsumierenden Personen hat Probleme.¹⁸ Bei Heroin entwickeln rund 23 % derjenigen, die es ausprobieren, einen problematischen Konsum, 77 % nicht; bei Kokain liegt die Schätzung bei 17 % und bei Cannabis bei 9 %. Etwa 15 % der Menschen, die Alkohol konsumieren, und 32 % jener,

Es ist wichtig, zwischen zwei Begriffen zu unterscheiden, die leider oft vermischt werden: Sucht und Abhängigkeit. **Abhängigkeit** bedeutet, eine Substanz zu brauchen, um funktionieren zu können und um Entzugerscheinungen bei plötzlichem Absetzen zu vermeiden. Sie ist eine natürliche Reaktion auf die regelmäßige Einnahme bestimmter Medikamente (darunter fallen Opioide zur Schmerzlinderung, einige Blutdruckmedikamente und Antidepressiva). Sie betrifft zum Beispiel fast alle Schmerzpatienten, die über Monate hinweg täglich Opioide einnehmen. **Sucht** hingegen wird vom amerikanischen National Institute of Drug Abuse (NIDA) als eine Erkrankung definiert, die «durch zwanghaftes Beschaffen und Konsumieren von Drogen trotz schädlicher Folgen» gekennzeichnet ist.¹⁹ Stabile Methadon- und Buprenorphin-Patienten in der Opioid-Substitutions-Therapie zum Beispiel, haben eine Abhängigkeit, keine Sucht.²⁰

Die ICD (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation, jetzt ICD-10, verwendet jedoch nach wie vor auch „Abhängigkeit“, wenn sie den zwanghaften Konsum einer Substanz trotz negativer Folgen meint,²¹ und nicht einfach das Benötigen einer Substanz, um zu funktionieren.

Die American Psychiatric Association verwendet im DSM-5, ihrem aktuellen „Diagnostic and Statistical Manual“, den Begriff „schwere Substanzgebrauchsstörung“.

Im Gegensatz dazu verwendet die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) den Begriff problematischer Drogenkonsum (oder risikoreicher Drogenkonsum) für „den wiederkehrenden Drogenkonsum, der für eine Person tatsächliche Schäden (negative Folgen) verursacht (wie Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) oder für eine Person eine hohe Wahrscheinlichkeit/ein hohes Risiko solcher Schäden mit sich bringt“.²² Letzteres ist hilfreich, da Drogenkonsum auch ohne körperliche Abhängigkeit oder Zwanghaftigkeit Probleme verursachen kann.

Carmen, Deutschland

Als ich 16 war, half eine Freundin von mir ihrem älteren Bruder beim Backen von „Space Cookies“, also Hasch-Kekschen, und teilte einige mit mir und ein paar Freunden. Es war eine ziemlich intensive Erfahrung. Wir nahmen dann noch einige Male Cannabis in Backwaren oder heisser Schokolade und später, als ich angefangen hatte Zigaretten zu rauchen, begann ich auch Joints zu rauchen. Wir teilten einen Joint beim Ausgehen oder manchmal auch, wenn eine ganze Gruppe von uns bei einem Freund war. Wir legten etwas Geld zusammen, jeder gab 10 D-Mark oder so, und einer kaufte das Haschisch ein. Genug für ein paar Wochen oder einen Monat, weil viele Dealer nicht weniger als 5 oder 10 Gramm verkauften. Dann teilten wir es auf. Erst viel später realisierte ich, dass das als „Dealen im Freundeskreis“ galt und der Freund, der an der Reihe war, als Drogenhändler auf unterer Hierarchiestufe angesehen werden konnte. Während meines Studiums rauchte ich weiterhin Joints, meistens an den Wochenenden. Im Laufe der Jahre bin ich immer weniger ausgegangen und habe auch immer weniger Cannabis geraucht.

Da ich in Bayern aufwuchs – das in Deutschland die Drogenkontrollpolitik von allen Bundesländern am strengsten durchsetzt – hatten wir Angst, auch nur mit der Menge für einen einzigen Joint erwischt zu werden und rauchten ihn immer im Auto um die Ecke vom Nachtclub oder bei einem Freund zu Hause, bevor wir ausgingen. Zum Glück hat keiner von uns je Ärger mit der Polizei bekommen.

Inzwischen bin ich verheiratet und habe drei Kinder, arbeite Teilzeit in einem Beruf, der mit dem Fachgebiet meines Studiums zusammenhängt, und Cannabis hat keinen Platz mehr in meinem Leben – mit der möglichen Ausnahme eines Wochenendtrips mit Freunden aus dem Gymnasium alle zwei Jahre oder so: Dort rauchen wir vielleicht noch einen Joint, um uns selbst zu beweisen, dass wir noch „jung“ sind.

die Tabak probieren, werden einen problematischen Konsum entwickeln. Beide Substanzen sind in den meisten Ländern legal erhältlich.²³

Nur ab und zu dringt der alltägliche, unschädliche Drogenkonsum ins öffentliche Bewusstsein. Zum Beispiel, wenn Präsidentschaftskandidaten in den USA von Journalisten nach ihren Erfahrungen mit Drogen befragt werden. Dies veranlasste Bill Clinton bekanntlich zu seiner Aussage, er habe „nicht inhaliert“.²⁴ Barack Obama reagierte anders. Er gab öffentlich zu, dass er sowohl Cannabis als auch Kokain konsumiert habe, und erklärte: „Klar habe ich inhaliert, das war ja gerade der Zweck.“²⁵ Geschichten wie die des Präsidenten Obama – gelegentlicher Konsum, ohne dass sich je ein problematischer Gebrauch entwickelt – sind auf der ganzen Welt bei Weitem die häufigste Drogenerfahrung. Es sind aber nicht diese Darstellungen, die in den Köpfen der Menschen vorherrschen.

„SUCHT“ UND GENESUNG

So wie die Befürchtung besteht, dass jeder Drogenkonsum zur „chemischen Versklavung“ führt, wird Sucht oft als permanent und irreversibel angesehen. Wenn eine „Genesung“ als möglich erachtet wird, ist Abstinenz in der Regel das oberste und oft einzige Ziel einer Behandlung. Dabei sollte es darum gehen, einer Person die bestmögliche körperliche und geistige Gesundheit zu ermöglichen. Es wird oft angenommen, dass die Opioid-Substitutions-Therapie lediglich „eine Droge durch eine andere ersetzt“.²⁶ Entgegen der landläufigen Meinung liegt starke Nachweise vor für die Wirksamkeit von Behandlungen wie die der Opioid-Substitutions-Therapie, der kognitiven Verhaltenstherapie, dem Kontingenzmanagement, der Motivationsverbesserung und der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention.²⁷

Nicolas Manbode, Mauritius

Ich begann mit 16 Jahren Cannabis zu rauchen und mit 18 Jahren Heroin zu spritzen. Solange ich es vor meiner Familie verbergen konnte, war alles in Ordnung und mein Konsum beschränkte sich auf die Freizeit. Ich begann schon sehr früh mit meinem Vater in der Baubranche zu arbeiten. Das Baugewerbe ist hart. Manchmal bekommt man einen Vertrag und viel Arbeit und dann wieder nicht. Nach Abschluss eines unserer Projekte hatten wir mal wieder keine Arbeit. Ich blieb fast jeden Tag zu Hause, hatte nicht viel zu tun und fing an, regelmäßiger zu injizieren.

Mit 21 wurde ich zum ersten Mal wegen Heroinbesitz verhaftet. In diesem Augenblick veränderte sich mein Leben. Ich hatte keinen Job, kein Geld und mein Drogenkonsum wurde zum Problem. Es gab immer mehr polizeiliche Verfahren gegen mich und mein Leben wurde von Tag zu Tag schwieriger.

Im Alter von 27 Jahren hatte ich genug von diesem Leben, genug von den Gefängnisaufenthalten. Ich konnte es nicht mehr ertragen. Es war nicht das Leben, das ich wollte. Es ist hart, inhaftiert zu sein, der Drogenkonsum war auch sehr hart, ich wollte aufhören. Ich machte mehrere Versuche in Entwöhnungszentren und Entzugskliniken, aber sie waren nichts für mich. Die Behandlungen dauerten zwei Wochen. Zurück zu Hause, in meiner alten Umgebung, kehrte ich wieder zum Drogenkonsum zurück. Dann entschied ich mich für eine Methadonbehandlung. Doch bevor ich 2010 damit beginnen konnte, wurde ich erneut zu zwei Jahren Haft verurteilt. Im Gefängnis erfuhr ich, dass ich mit HIV und Hepatitis infiziert war. Das war ein Schock. Als ich 2011 entlassen wurde, begann ich mit einem Methadonprogramm und zog es für zwei Jahre durch. Es funktionierte für mich. Während dieser zwei Jahre wurde ich unterstützt. Ich hatte ein Ziel und verfolgte es. Abstinenz allein hatte für mich nicht funktioniert; ich brauchte medizinische Begleitung. Ich wollte mich in erster Linie auf meine Gesundheit konzentrieren und begann dann, die Methadondosen allmählich zu verringern. Es dauerte drei Monate, bis ich 2013 endlich ganz aufhören konnte.

Das Verhältnis zu meiner Familie wurde wieder besser. Sie sahen, dass es mir ernst war. Ich erhielt etwas Arbeit innerhalb meiner Familie, konnte das verlorene Vertrauen zurückgewinnen. Aber es hielt nicht lange. Die Vergangenheit holte mich ein. Im Jahr 2015 wurde das Urteil eines seit 2008 anhängigen Polizeiverfahrens gesprochen. Ich wurde erneut zu zwei Jahren Gefängnis verurteilt.

Glücklicherweise und mit der Hilfe und Intervention von vielen wurde das Urteil in gemeinnützige Arbeit umgewandelt. Nachdem ich mich entschieden hatte aufzuhören, hatte ich begonnen in verschiedenen Organisationen ehrenamtlich zu arbeiten. Das kam mir jetzt sehr entgegen. Aber auf der Berufsebene war es hart, meine Kunden kündigten ihre Verträge. Aber ich ging nicht unter, sondern hielt durch. Zur gleichen Zeit suchte eine lokale nichtstaatliche Organisation, die Collectif Urgence Toxida (CUT), einen Outreach-Teamleiter für ihre Peer-Einheit. Ich habe mich beworben und arbeite bis heute für sie.

Wenn ich das alles nicht durchgemacht hätte, wäre ich heute nicht der, der ich bin; es hat meine Persönlichkeit geformt. Ich weiß, dass ich nicht ins Gefängnis gekommen wäre und mich nicht infiziert hätte, wenn ich keine Drogen gespritzt hätte. Mit der Zeit habe ich ein gutes Selbstwertgefühl entwickelt und bin selbstbewusster in dem, was ich tue. Ich möchte anderen durch Schadensminderungsprogramme helfen, und ich denke nicht, dass ich ohne meine eigenen Erfahrungen jemals dazu gekommen wäre. Und heute macht es mir nichts mehr aus, ob die Gesellschaft gut oder schlecht über mich denkt.

Aus medizinischer Sicht benötigen nur Menschen mit einem problematischen Drogenkonsum oder einer Sucht eine Behandlung – was wie bereits erwähnt eine Minderheit ist. Die Behandlung von Konsumstörungen ist in erster Linie eine therapeutische Vereinbarung zwischen Arzt und Patient, die auf Vertrauen und Vertraulichkeit beruht. Sie sollten frei über den Behandlungsprozess, die zu verfolgenden Interventionen und Dienstleistungen und über das Endziel entscheiden können, ob das nun Abstinenz ist oder ein anderes Ziel.²⁸ Auch wenn Abstinenz das gewünschte Ergebnis sein mag, brauchen viele Menschen mit problematischem Drogenkonsum mehrere Versuche, bevor sie es erreichen. Andere benötigen verschiedene Therapieformen und Dienstleistungen, um gesund zu bleiben, während sie weiterhin auf die illegale Droge, von der sie abhängig sind, oder eine Ersatzsubstanz zugreifen. Die UNO hat eindeutig erklärt, dass ein Rückfall während der Behandlung „keine Charakter- oder Willensschwäche“ ist.²⁹ Es bedarf einer Reihe von Optionen – von der abstinenzbasierten Entzugsbehandlung über die psychosoziale Unterstützung und Opioid-Substitutions-Therapie bis hin zur heroingestützten Behandlung – damit Ärzte und ihre Patienten sich für die passende Behandlung entscheiden können.

ZWANGSBEHANDLUNGEN

Ängste und falsche Annahmen im Zusammenhang mit Sucht haben dazu beigetragen, dass Menschen, die Drogen konsumieren, gegen ihren Willen zu Behandlungen gezwungen werden. Das bedeutet, dass in einer Reihe von Ländern Behandlungen vom Staat verordnet werden. Zwangsbehandlungen gibt es in Südostasien, der Russischen Föderation, Nordamerika, Lateinamerika, Europa, Australien und Afrika.³⁰ Sie stellen eine Verletzung der vertrauensvollen und freiwilligen Beziehung dar, die zwischen Patient und Pflegedienstleister bestehen sollte. Darüber hinaus verletzen Zwangsbehandlungen die Menschenrechte. Es gibt dokumentierte Beweise (aus Vietnam, China, Kambodscha und Laos), dass Personen von der Polizei aufgegriffen und ohne ordentliches Gerichtsverfah-



Eine Mutter erhält Methadongaben, Ukraine. Foto: © Brent Stirton via Getty Images

Oxana, Russische Föderation

Ich war seit einigen Jahren heroinabhängig, aber ich kam damit zurecht. Ich wünschte mir ein Kind und schaffte es, zwei Jahre lang keine Drogen zu nehmen, bevor ich schwanger wurde. Ich war glücklich und ging zum Arzt für die pränatale Betreuung. Im Krankenhaus teilte man mir mit, dass ich das Kind nicht zur Welt bringen könne, weil ich in der Vergangenheit Drogen genommen hatte und HIV-positiv war. Ich war fassungslos. Ich war zutiefst erschüttert. Mein Traum war zerbrochen.

In meinem Land kann man bis zur zwölften Woche kostenlos abtreiben. Danach ist der Abbruch kostenpflichtig und wird nur noch in Ausnahmefällen durchgeführt. Ich begann, Geld für eine Abtreibung aufzutreiben. Wenn es einen anderen Weg gab, sie umsonst zu bekommen, sagten mir die Ärzte nichts davon. Ich weinte die ganze Zeit und hörte auf zu essen. Ich wollte mich umbringen, begann wieder Drogen zu nehmen. Ich magerte ab, bis mein Körper kaum mehr als ein Skelett war. Ich schrieb einen Brief an meine Schwester und bereitete mich auf den Tod vor.

Um in diesem späten Stadium eine Abtreibung zu erhalten, musste ich meine Abhängigkeit von der Narkologieabteilung [medizinischer Fachbereich für Drogensucht in Russland] bestätigen lassen. Aber in Russland akzeptieren sie keine schwangeren Frauen in der Narkologie: Die Behandlung mit Methadon, die drogenabhängigen Frauen durch die Schwangerschaft helfen kann, ist in Russland verboten, und Entzug in offiziellen Programmen ist für Schwangere tabu, weil die verwendeten Medikamente dem Fötus schaden. Die Mitarbeiter der Narkologie stimmten einer Aufnahme erst zu, als sie erfuhren, dass ich später abtreiben würde. Dann erfuhr ich am Vorabend meiner Abtreibung von meinen Freundinnen, dass es durchaus möglich ist, ein gesundes Baby zur Welt zu bringen, wenn man HIV-positiv ist. Hieß das also, dass ich alles nur wegen einer Laune der Ärzte durchgemacht hatte?!

Ich erklärte, dass ich das Kind behalten würde! Die Klinikmitarbeiter schrien mich an, nannten mich einen verantwortungslosen Junkie und weigerten sich, mir das Geld für den Eingriff zurückzugeben. Wegen allem, was ich durchgemacht hatte, erlitt ich eine Frühgeburt und gebar nach 28 Wochen ein wunderschönes, gesundes Mädchen: Julia. Ich war überglücklich, obwohl es mich so viel gekostet hatte.

Ich reichte eine Beschwerde gegen die Ärzte ein. Dann kam die Polizei zu mir nach Hause und bedrängte mich. Sie hatten einen anonymen Hinweis erhalten, dass ich mein Baby vernachlässige. So wie es aussieht, haben die Ärzte zum Schluss doch noch gewonnen.

Trotzdem hielt unser Glück etwas mehr als zwei Jahre an. Ich fand eine Stelle, um Geld für Julia zu verdienen. Mich um sie zu kümmern, raubte mir viel Energie. Ich war müde bei der Arbeit, und wenn ich nach Hause kam, musste ich mich mit meinen schimpfenden Verwandten herumschlagen, die sich während meiner Abwesenheit um meine Tochter kümmerten. Bald darauf starb Julias Vater und alles wurde noch schwieriger. Probleme bei der Arbeit, Probleme zu Hause, der Tod von Julias Vater und wie ich von allen gemieden wurde – ich zerbrach. Die Drogen hatten mich wieder. Dann tauchte die Polizei wieder auf, mit einem gefälschten Durchsuchungsbefehl für Drogen. Sie fanden nichts. Also nahmen sie Zucker aus dem Schrank, streuten ihn auf den Tisch, riefen Zeugen und sagten, sie hätten Drogen gefunden. Auf der Wache schmuggelten sie eine Spritze in meine Sachen.

Ich wurde zu drei Jahren und drei Monaten Haft in einer Gefängniskolonie verurteilt. Der Drogenkontrolldienst veröffentlichte einen Artikel über mich auf seiner Website. Man stellte mich als Monster dar und legte meine Drogenabhängigkeit und meinen HIV-Status offen. Der Artikel wurde erst entfernt, nachdem ich bei der Staatsanwaltschaft eine Beschwerde eingereicht hatte. Aber es war zu spät: Fast alle meine Freunde und Verwandten hatten ihn gelesen.

Ich bin jetzt seit einem Jahr im Camp, zwei stehen noch aus. Wir arbeiten fast jeden Tag, ohne Ruhetag. Meine HIV-Behandlung findet nur unregelmäßig statt, da die Versorgung mit antiretroviralen Medikamenten im Lager zeitweilig unterbrochen ist. Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit, kann nicht an meine Tochter denken, ohne zu weinen. Ich habe nur einen Traum: Julia wiederzusehen. Nie wieder von ihr getrennt zu sein. Aber wenn du ein Junkie bist, kannst du dir nie sicher sein, dass deine Pläne nicht zerstört werden..

ren inhaftiert wurden: ohne Zugang zu einem Anwalt, einem Anhörungsverfahren durch einen Richter und ohne Gerichtsverfahren und somit ohne die Möglichkeit, gegen die Festnahme Berufung einzulegen.³¹ Berichten zufolge entführen in Russland Bürgerwehrguppen Personen aus ihren Häusern, um sie zu „rehabilitieren“. Sie missachten damit auf ähnliche Weise die Menschen, die sie als „Tiere“ bezeichnen: Betroffene wurden an Betten gekettet, ausgehungert, in Zwangsarbeit gesteckt und gefoltert. Einer der Berichte hält fest: „Jemand, der Drogen konsumiert, gilt dort nicht als Mensch. So behandeln sie dich: Sie schlagen dich die ganze Zeit, erniedrigen dich.“³² Zwangsbehandlungen sind nicht nur empörend, sie haben sich auch als unwirksam erwiesen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls.³³

SCHADENSMINDERUNG

Zahlreiche wissenschaftlich belegte Methoden verhindern viele durch Drogenkonsum verursachte Schäden, ohne auf Abstinenz zu zielen.³⁴ Dienstleistungen und Maßnahmen, die die negativen Folgen des Drogenkonsums mildern und die öffentliche Gesundheit schützen, werden allgemein als „Schadensminderung“ bezeichnet. Im Gegensatz zu Ansätzen, die einen sofortigen Konsumstopp fordern, akzeptiert sie, dass viele nicht auf die illegalen Substanzen verzichten können oder wollen, und bietet auch Unterstützung, wenn keine Abstinenz vorliegt. Die Maßnahmen und Botschaften der Schadensminderung zielen darauf ab, Schäden zu reduzieren, ohne dass eine Person das potenziell schädliche Verhalten einstellen muss.³⁵ Als Tertiärprävention verhindert die Schadensminderung zudem eine Verschlechterung der physischen und psychischen Gesundheit und unterstützt die soziale Wiedereingliederung. Wichtige Schadensminderungsmaßnahmen sind u. a. Nadel- und Spritzenprogramme, geschützte Konsumräume, Opioid-Antagonisten gegen Überdosierungen und Drug-Checking-Angebote. Beispiele außerhalb des illegalen Drogenkonsums sind Nikotinpflaster, Light-Biere, Kondome, Sicherheitsgurte und Schutzkleidung im Sport.

Mit sozialer und psychologischer Unterstützung für die konsumierende Person kombiniert, kann die Schadensminimierung außerdem eine Abnahme des problematischen Drogenkonsums erreichen. In Sao Paulo und Vancouver wurde der Gedanke der „Schadensminderung“ auf interessante Weise weitergesponnen. Es wird zum Beispiel bedingungslose Unterstützung in den Bereichen Wohnen und Sozialhilfe angeboten, um nicht nur den problematischen Konsum, sondern auch die ihm zugrundeliegenden Probleme anzugehen.³⁶

MENSCHEN, DIE DROGEN NEHMEN

GRÜNDE FÜR DEN DROGENKONSUM

Im frühen zwanzigsten Jahrhundert entwickelte sich eine Theorie für das, was heute als „Konsumstörung“ („drug use disorder“) bezeichnet wird: Ärzte und Bevölkerung erklärten Sucht zunehmend psychologisch und moralisch. Wer trotz gesetzlicher Prohibition und gesellschaftlicher Missbilligung weiterhin Drogen konsumierte, litt mit Sicherheit unter „einer tiefer liegenden Psychopathologie, einem fundamentalen Charakterfehler.“³⁷ So wurden schutzbedürftige Personen pathologisiert und ignoriert: Ihr Leiden war selbstverschuldet und erforderte keine weiteren sozialen Maßnahmen. Diese Haltung macht Menschen in Schwierigkeiten zu Menschen, die Schwierigkeiten verursachen. Oder wie es eine der wissenschaftlichen Quellen formuliert: „Die Menschen nahmen nicht etwa Drogen, weil sie arbeitslos, obdachlos, arm, deprimiert oder entmutigt waren; sie waren arbeitslos, obdachlos, arm, deprimiert oder entmutigt, weil sie schwach, unmoralisch oder töricht genug waren, illegale Drogen zu nehmen.“³⁸ Und wenn jeder Einzelne allein verantwortlich ist, besteht keine Dringlichkeit, größere Probleme wie die Ungleichheit, die Armut oder den Kollaps der Familie anzugehen. Dies mag zum Teil auch das Paradox erklären, dass die Mehrheit der US-Amerikaner den „Krieg gegen Drogen“ zwar für gescheitert hält, die Bereitstellung von noch mehr Mitteln für die gleichen politischen Maßnahmen aber weiterhin unterstützt.³⁹

Diese moralistische Sichtweise des Drogenkonsums und der Drogenkonsumstörung beeinflusst bis heute die öffentliche Meinung. So glaubt eine Mehrheit der US-Amerikaner etwa nicht, dass schwierige soziale Bedingungen eine der Hauptursachen für den Drogenkonsum sind.⁴⁰ Als sie Menschen, die Kokain konsumieren, beschreiben sollten, wählten sie am häufigsten die Begriffe „perspektivlos“, „faul“ und „egozentrisch“. In einer 2016 in Schottland durchgeführten Umfrage glaubte fast die Hälfte der Befragten, dass Drogenabhängigkeit auf einen Mangel an Selbstdisziplin und Willenskraft zurückzuführen sei (42 %).⁴² Eine Analyse britischer Zeitungen ergab, dass Heroinkonsum in den Medien vor allem als privates und emotionales Problem dargestellt wurde – im Gegensatz dazu wurde Kokain als ein bewusst gewählter Lebensstil gesehen.⁴³ Und in Nigeria herrscht eine Art Kreislogik: Es wird behauptet, dass Drogen die Menschen in den Wahnsinn treiben, und gleichzeitig muss man verrückt sein um Drogen zu nehmen.⁴⁴ Die Dorfvorsteher bezeichnen Men-

VON DER HYGIENE ZUR EUGENIK: WENN GUTE ABSICHTEN TÖDLICHE WAHRNEHMUNGEN GENERIEREN

Die Hygiene- oder Sozialhygienebewegung will übertragbare Infektionskrankheiten verhindern, indem sie sich mit den sozialen Wurzeln dieser Krankheiten befasst.⁴⁵ Das Konzept des Hygienismus wurde im 19. Jahrhundert geboren und gewann zwischen dem Ersten und Zweiten Weltkrieg an Dynamik. Die Hygienebewegung nahm ihren Anfang mit Ärzten und Politikern, die mit dem Ziel besserer Gesundheitsstandards begannen, Hygienestandards zu kontrollieren und zu diktieren, über Risikofaktoren zu informieren und sich den sozialen Problemen der Patienten anzunehmen. Durch das Bestrafen von Bevölkerungsgruppen, die sich nicht an den vorgeschriebenen hygienischen Lebensstil hielten, versuchten sie das menschliche Verhalten zu korrigieren und hygienischere und gesündere Gemeinschaften zu schaffen. Zwischen den beiden Weltkriegen, einer Zeit, die besessen war mit der „gesellschaftlichen Dekadenz“, wandten sich einige Hygieniker der Eugenik zu. Diese will die menschliche Spezies durch die Verbesserung der Erblinien optimieren. Das führte in extremen Fällen zur Sterilisation von Personen, die als „für die Gesellschaft unbrauchbar“ abgestempelt wurden.

Begleitet von bedeutenden Fortschritten in der Medizin erreichten die Hygiene- und Sozialhygienebewegungen Mitte des 20. Jahrhunderts den Höhepunkt ihrer Popularität. In dieser Zeit wurden zwei der drei internationalen Drogenabkommen ausgearbeitet und verabschiedet. Sie fordern die Erhaltung der „Gesundheit und des Wohlergehens der Menschheit“ und bezeichnen Drogensucht als ein „Übel“. Nichtsdestotrotz wurde das Hygienemodell mit dem Ausbruch der HIV-Epidemie für seine Methoden zu deren Bekämpfung kritisiert. Angesichts der Unmöglichkeit, das menschliche Verhalten durch restriktive Maßnahmen (wie die Kondompflicht) zu verändern, legt die Prävention den Schwerpunkt auf Information, Zugang zu geeigneten Angeboten, Entigmatisierung und Empowerment gefährdeter Bevölkerungsgruppen.



Königin Elisabeth II. wird während eines Besuchs in Fidschi 1982 ein Kava-Getränk gereicht. Foto: © 1982 Tim Graham via Getty Images

schen, die Drogen konsumieren, als „nutzlos“, „wertlos“, „verantwortungslos“ und erklären, dass sie eine Schande für ihre Familien und ihre gesamte Gemeinschaft darstellten.⁴⁶ Gemäß einer Umfrage in Marokko, Tunesien, Ägypten, Libanon, Pakistan und Afghanistan zur Wahrnehmung von Menschen, die Drogen injizieren, sind die am häufigsten genannten Begriffe „sollten bestraft werden“, „böse/gemeine Menschen“, „würdelos/respektlos“ und „schuldig“.⁴⁷

Ein damit zusammenhängendes Klischee ist, dass Menschen, die Drogen konsumieren, am Rande der Gesellschaft leben und keine gleichwertigen Mitglieder sind. Sie werden dadurch entmenschlicht und als Teil einer minderwertigen sozialen Kategorie gesehen („Othering“).⁴⁸ Doch als Forscher in den 1980er- und 1990er-Jahren im Zürcher Platzspitz, einem öffentlichen Park, wo sich Leute trafen um Drogen zu kaufen und zu konsumieren, diese befragten, entsprachen ihre Befunde nicht dem gängigen Stereotyp.⁴⁹ Fast die Hälfte der Befragten (49,1 %) ging regelmäßig zur Arbeit oder zur Schule und lebte „in geordneten Verhältnissen“, entweder in der eigenen Wohnung oder mit Freunden zusammen. Nur eine von fünf Personen, die den Park frequentierten, hatte keinen Job, lebte in einer Notunterkunft oder war obdachlos. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Studie über das wirtschaftliche Verhalten in drei Städten Russlands von 2004 bis 2005. Sie ergab, dass Menschen, die Drogen injizierten, ein für Russland durchschnittliches Bildungs- und Beschäftigungsniveau aufwiesen und ihr monatliches Arbeitseinkommen ebenfalls mit dem russischen Durchschnitt vergleichbar war.⁵⁰

Die von Experten genannten Gründe, warum Menschen psychoaktive Substanzen zu sich nehmen, widersprechen in der Regel der gängigen Wahrnehmung. Vor allem junge Menschen greifen zu Drogen, um zu experimentieren und den Nervenkitzel zu spüren oder um sich in eine Peer-Group einzufügen. Menschen nehmen Drogen, weil der Rausch (wenn bewusst angestrebt) eine angenehme Erfahrung sein kann. Ein Großteil des Drogenkonsums findet im sozialen Rahmen und in Gruppen statt, wobei die von vielen Drogen aus-

Eva, Vereinigte Staaten von Amerika

Mit Anfang zwanzig war ich eine sehr erfolgreiche Drogenabhängige. Ich lebte in New York City, arbeitete als freiberufliche Journalistin und verfasste Artikel für namhafte Publikationen. Man kannte mich. Ich besuchte VIP-Partys und interviewte zahlreiche Leute, die in dem Gebiet, das ich abdeckte, weltberühmt waren. Ich war oft betrunken, verkatert oder mit Kokain vollgepumpt, achtete aber darauf, dass dies die Qualität meiner Arbeit nicht beeinträchtigte.

Ich weiß, dass ich sehr privilegiert aufgewachsen bin. Ich ging an eine Universität der Ivy League, wo ich zum ersten Mal Kokain entdeckte. Ich erinnere mich, wie ich zu einem Freund sagte: „Ich sollte es besser gar nicht erst versuchen. Ich weiß, dass es mir gefallen wird.“ Ich liebte alles, was mir das Gefühl gab, stark und scharfsinnig und klug und hellwach zu sein. Das erste Mal probierte ich Kokain mit zwei Freunden, beide sehr wohlhabend, beide sehr erfolgreich – es schien keine große Sache zu sein. Alle hatten Zugang; einige der coolen Kids holten sich ein paar Gramm aus New York für besondere Anlässe, irgendwann für normale Wochenenden und schließlich auch für unter der Woche.

Als ich nach New York zog, um im Verlagswesen zu arbeiten, stellte mich ein Freund seinem Dealer vor. Ich wusste auf abstrakte Weise, dass Kokain illegal war, aber es schien mir nicht so schlimm. Ich musste eine SMS schreiben mit der Anzahl „Tickets“ (= Gramm Kokain), die ich wollte. Wenn mein regulärer Dealer nicht verfügbar war, musste ich einen anderen anrufen. Ich erinnere mich, wie ich eines Abends im East Village auf den Beifahrersitz eines SUV stieg. Ich wollte mich gerade umdrehen, als von hinten eine Stimme sagte: „Dreh dich nicht um!“ Ich sollte einfach meine Hand ausstrecken und er ließ die Beutel mit dem Kokain hineinfallen. Ich gab dem Kerl auf dem Fahrersitz mein Geld und haute ab.

Es gab Zeiten, in denen ich nicht genug Geld hatte; ich rief den Dealer trotzdem an und versuchte, einen Rabatt auszuhandeln. Das klappte nie. Ich habe von Frauen gehört, die mit sexuellen Gefälligkeiten für ihre Drogen bezahlten. Das tat ich nie, und ich bin froh darüber.

Mit 24 wurde ich trocken. Ich hatte immer gedacht, Kokain sei mein Problem, aber dann wurde mir klar, dass ich immer das Verlangen nach Drogen hatte, wenn ich trank. Zehn Jahre habe ich jetzt nicht getrunken und nichts mehr genommen.

Ich bin für Legalisierung. Es gab für mich keine Möglichkeit, Kokain zu umgehen: da war mein Naturell, meine finanziellen Möglichkeiten. Es wäre einfacher gewesen, unversehrt zu bleiben und nicht in bedrohliche Situationen in Autos zu geraten, wenn es einen legalen Zugang zu Drogen gegeben hätte. Es war mir oft bewusst, dass das, was ich einnahm, mit etwas gestreckt war, aber das Verlangen war so stark, dass ich es trotzdem nahm. Nachdem ich trocken wurde, entwickelte ich eine Menge gesundheitlicher Probleme, und manchmal frage ich mich, ob diese zum Teil damit zusammenhängen, dass ich so lange gestreckte Drogen konsumiert habe.

Ich bin dankbar, trocken zu sein, aber ich bin auch dankbar für die Erfahrung, abhängig gewesen zu sein. Es gibt mir so viel mehr Mitgefühl und ein tieferes Verständnis für die Zufälligkeit, wer süchtig wird und wer nicht. Fast alle meine Freunde nahmen Kokain, aber sie hörten irgendwann damit auf, bevor ihr Konsum Probleme verursachte. Ich konnte das nicht..

gelöste Enthemmung und Gesprächigkeit die soziale Einbindung fördert.⁵¹ Die Mehrheit konsumiert illegale Drogen aus den gleichen Beweggründen wie die meisten Leute Alkohol konsumieren: zur Entspannung, zur Geselligkeit, zum Vergnügen; und nicht, weil sie abhängig wären.⁵²

Drogen werden auch genommen, um sich „besser zu fühlen“. Menschen, die unter Depressionen, sozialen Ängsten, Traumata (insbesondere Kindheitstraumata aufgrund von sexuellem und/oder körperlichem Missbrauch, Vergewaltigung oder Vernachlässigung), stressbedingten Störungen, körperlichen Schmerzen oder psychischen Störungen leiden, nehmen unter Umständen Drogen, um diese Leiden zu lindern, sich selbst zu behandeln und ihre Gemütsverfassung in den Griff zu bekommen. Bewusstseinsverändernde Substanzen werden auch konsumiert, um desolate Lebensumstände zu vergessen oder zu bewältigen.⁵³ Jemand, der körperlich abhängig ist von einer Droge, nimmt sie, um Entzugerscheinungen zu vermeiden.

Und schließlich greifen in den heutigen wettbewerbsorientierten Gesellschaften manche auf verschreibungspflichtige oder illegale Substanzen zurück, um die eigene Leistung zu steigern oder zu verbessern und den oft hohen beruflichen, sportlichen oder akademischen Erwartungen gerecht zu werden.

Diese sozialen Erklärungen für den Drogenkonsum sind jedoch nicht allgemein bekannt, und in den Debatten um illegale Drogen – sei es im Völkerrecht, in politischen oder religiösen Führungskreisen oder vor Gericht – sind Werturteile nach wie vor verbreitet. So bezeichnen zum Beispiel die Vereinten Nationen im Einheitsabkommen über die Betäubungsmittel von 1961 Drogensucht als ein „schweres Übel“ (a serious evil),⁵⁴ ein Begriff, der in den Konventionen über Völkermord, Sklaverei, Apartheid, Folter oder nukleare Aufrüstung nicht verwendet wird.⁵⁵ In Indien entschied der Oberste Gerichtshof, dass „eine Straftat in Bezug auf Suchtstoffe oder psychotrope Substanzen abscheulicher ist als Mord, weil Mord nur ein Individuum betrifft, während Drogendelikte die Gesellschaft beeinflussen und schädigen und die Wirtschaft des Landes zerstören“.⁵⁶

Interessanterweise änderte sich in Portugal die Drogenpolitik, als politische Führer und die Bevölkerung die Idee zu hinterfragen begannen, Drogenkonsum sei ein Übel, das unter allen Umständen verurteilt werden müsse. Die neuen Gesetze aus dem Jahr 2001 anerkennen ausdrücklich, dass dem Drogenkonsum mehrheitlich dieselben Motive zugrunde liegen wie in den meisten Fällen dem Alkoholkonsum, nämlich eine Bereicherung des Lebens und keine pathologische oder unterschwellige Problematik. Deshalb verlangt das Gesetz für die große Mehrheit der Menschen, die Drogen nimmt, lediglich eine gesundheitliche Beratung, um so gefahrlos wie möglich zu konsumieren.⁵⁷

DROGENKONSUM ALS INDIVIDUELLES PROBLEM

Auch wenn einige der erwähnten Faktoren, die zum Drogenkonsum beitragen, anerkannt sind, wie z. B. Kindheitstraumata, wird der problematische Drogenkonsum weiterhin als individuelles Problem betrachtet und keines, mit dem sich die Gesellschaft auseinandersetzen müsste. Dabei spielen soziale Faktoren eine weitaus größere Rolle als allgemein bekannt oder anerkannt ist. Dies wurde durch das berühmte Rattenpark-Experiment veranschaulicht, und auch beim Menschen beobachtet.

Die Theorie, dass Drogen ihre Konsumenten zwangsläufig süchtig machen und versklaven, wurde Anfang des 20. Jahrhunderts durch wissenschaftliche Experimente zunächst untermauert. Ratten wurden in isolierten Käfigen zwei Flaschen Wasser angeboten; eine davon war mit Opiaten oder Kokain versetzt. Die Ratten tranken viel von dem drogenhaltigen Wasser, meist bis zur Überdosis. In den 1970er-Jahren entdeckten die Forscher jedoch einen Fehler im Versuchsverfahren: Die Ratten wurden isoliert gehalten, ohne Alternative zum Drogenkonsum. Sie richteten daraufhin den „Rattenpark“ ein, eine Umge-

bung, in der Ratten gemeinsam lebten und Aktivitäten ausübten, die ihnen Spaß machten, wie Laufen in Rädern und Spielen mit bunten Bällen. Wieder hatten sie Zugang zu reinem Wasser und zu Wasser, das mit Opiaten versetzt war. In diesem sozialen Umfeld war der Opiatkonsum sehr gering und verursachte nie eine Überdosis.⁵⁸

Es gibt auch eine deutliche menschliche Veranschaulichung dieses Prinzips, und zwar im Verhalten amerikanischer Soldaten während und nach dem Vietnamkrieg. Der Heroin- und Opiumkonsum war bei US-Soldaten während des Vietnamaufenthaltes hoch. Etwa 43 % gaben an zu konsumieren, vor allem durch Rauchen, und knapp die Hälfte von ihnen tat dies so stark, dass sie abhängig war, d. h. unter physischen Entzugserscheinungen litt. Man hätte also erwarten können, dass der Heroinkonsum bei Veteranen, die nach dem Krieg in die USA zurückkehrten, ein weit verbreitetes Problem darstellen würde. Obwohl 10 % seit ihrer Rückkehr aus Vietnam ein Opiat konsumiert hatten, wies ein Jahr nach der Rückkehr nur 1 % einen problematischen Heroinkonsum auf. Die überwiegende Mehrheit derjenigen, die in Vietnam regelmäßig Heroin konsumiert hatten, tat dies nicht mehr, sobald sie aus dem stressigen Umfeld heraus und wieder daheim in ihren früheren Leben war.⁵⁹

DROGEN UND KRIMINALITÄT

Die Auffassung, dass Menschen, die Drogen konsumieren, und vor allem Menschen mit Drogenkonsumstörungen, kriminelle Handlungen begehen, ist weit verbreitet. Und es besteht tatsächlich eine Wechselbeziehung zwischen Kriminalität und Drogenkonsum. Denn solange Drogen illegal sind und ihr Konsum und/oder Besitz für den persönlichen Gebrauch verboten ist, begehen Menschen, die diese Drogen nehmen, zwangsläufig Verbrechen.

Es gibt weitere Verbindungen zwischen Drogen und Kriminalität, aber auch diese sind eher auf deren illegalen Status zurückzuführen als auf den Drogenkonsum selbst.

Die US-Regierung gab Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts eine Studie in Auftrag über Menschen mit problematischem Drogenkonsum, bevor Opiate und Kokain-basierte Drogen für illegal waren. Drei Viertel der selbsterklärten „Süchtigen“ gingen einer festen und respektablen Arbeit nach.⁶⁰ In den Monaten und Jahren nach dem harten Vorgehen



Beim gemeinsamen Filmerlebnis wird eine Marihuana-Zigarette herumgereicht. Foto: © Darrin Harris Frisby/Drug Policy Alliance

gegen jetzt illegale Drogen änderten sich diese Zahlen jedoch. Viele wichen auf andere Erwerbsformen aus: Bei Männern nahmen die Vermögensdelikte deutlich zu, bei Frauen stieg die Sexarbeit deutlich an.⁶¹

Dies ist auf eine Reihe von Mechanismen zurückzuführen. Wenn die Versorgung mit Substanzen von lizenzierten Ärzten und Apotheken auf kriminelle Organisationen übergeht, steigt der Preis, weil kriminelle Organisationen eine „Risikoprämie für die Illegalität“ verlangen.⁶² Individuen mit problematischem Drogenkonsum können sich diese überhöhten Preise oft nicht leisten, ohne selbst Verbrechen zu begehen. Hinzu kommt, dass Personen, die Drogen konsumieren, oft aus dem Alltagsleben in marginalisierte Subkulturen gedrängt werden, in denen die Kriminalität weit verbreitet ist. Sind sie einmal vorbestraft, wird es schwieriger eine Anstellung zu finden, und dadurch werden der illegale Markt und kriminelle Aktivitäten zu den einzigen Möglichkeiten, ihr Leben zu finanzieren.

Eine repressive Drogenpolitik trifft zudem arme und ohnehin schon benachteiligte Bevölkerungsgruppen am härtesten. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Inhaftierungsraten in den USA. Afroamerikaner und Latinos machen 40 % bzw. 38 % der wegen Drogendelikten inhaftierten Personen aus, während sie nur 13 % bzw. 17 % der US-Bevölkerung stellen und ähnlich häufig konsumieren wie weiße Amerikaner.⁶³ Während in den USA wahrscheinlich die umfassendste Forschung zu diesem Thema vorliegt, finden sich auch im Vereinigten Königreich,⁶⁴ in Kanada⁶⁵ und in Australien⁶⁶ Beispiele für eine gezielte Konzentration auf Minderheiten, mit vergleichbaren rassistischen Unterschieden bei

Teresa, Portugal

Mein Name ist Teresa, ich bin 22 Jahre alt und lebe in Lissabon, Portugal. Ich habe gerade mein Studium der Sozialarbeit abgeschlossen. Ich liebe Tiere und bin ein Fan von Psytrance-Musik.

Es ist vielleicht schwer zu glauben, aber ich trinke keinen Alkohol (nie) und rauche kein Cannabis. Ich bin jedoch Tabakraucher und nehme gelegentlich (drei- bis fünfmal im Jahr) illegale Drogen. Am liebsten sind mir Speed (Amphetamine), Ecstasy (MDMA) und 2C-B, aber ich habe auch schon LSD, Magic Mushrooms, Kokain, Mephedron und andere ausprobiert.

Früher nahm ich viel mehr Drogen als heute, aber mit der Zeit lernte ich, die richtigen Momente abzuwarten. Früher mochte ich Psychedelika sehr gern, aber heute bevorzuge ich Stimulanzien. Ich recherchiere die Drogen, die ich konsumiere, immer sehr gründlich, auch wie man sie am besten nimmt – in Bezug auf die Menge, die Art der Einnahme und die Wechselwirkungen zwischen ihnen.

Alle meine Freunde wissen davon. Ich verstecke es nicht vor ihnen, weil ich mich nicht schäme und es ein wichtiger Teil meines Lebens ist. Ich denke, dass meine Familie ihre Vermutungen bezüglich meines Drogenkonsums hat, aber wir sprechen nie darüber. Obwohl ich mir sicher bin, dass es mein Leben nicht negativ beeinflusst, weiß ich, dass meine Familie enttäuscht wäre, wenn ich es zugeben würde.

Glücklicherweise bin ich jung genug, um nie wegen meines Konsums kriminalisiert worden zu sein – in Portugal wurden 2001 alle Drogen für den persönlichen Gebrauch entkriminalisiert. Es wäre schön, einen dauerhaften Ort zu haben, an dem ich meine Drogen vor der Einnahme auf Reinheit/Inhalt testen lassen könnte, damit ich sicher sein könnte, was ich meinem Körper zuführe. Drug-Checking-Angebote sind nach portugiesischem Recht erlaubt und sie sind bei einigen Musikfestivals vor Ort, aber es gibt keinen festen Ort, der das ganze Jahr geöffnet ist. Das bedeutet, dass es doch immer schiefgehen kann, egal wie sehr ich mich über die Drogen informiere, die ich einnehme. Denn wenn ich sie auf der Straße kaufe, weiß ich nie wirklich, was ich einnehme.

Drogenverhaftungen und Verurteilungen. Damit führt sich eine diskriminierende Denkweise fort, die vor 100 Jahren in Südafrika unter der britischen Kolonialherrschaft in Natal festgehalten wurde. Eine staatliche Kommission stellte die Behauptung auf, dass „das Rauchen von Hanf [...] den indischen Einwanderer untauglich und unfähig macht für [...] die Arbeit, für die er eigens in diese Kolonie gebracht wurde“, und dass deshalb auf den Konsum zu verzichten sei.⁶⁷

Es gibt weitere Beweise dafür, dass ein Großteil der Kriminalität, die heute mit dem Drogenkonsum in Verbindung gebracht wird, eine direkte Folge der Prohibitionspolitik ist. Bei einem Übergang zu einer legalen und lizenzierten Konsumform nehmen nämlich auch andere Formen der Kriminalität ab. In der Schweiz wurde 1994 ein Programm zur Verschreibung von Heroin eingeführt. Vor dem Einstieg in das Programm waren die meisten Teilnehmer am Drogenhandel und an anderen illegalen Aktivitäten beteiligt. In den sechs Monaten vor dem Eintritt in das Programm hatten 70 % ein Verbrechen begangen. Das Programm führte nicht nur zu einer starken Abnahme des Konsums illegaler Drogen, auch die Beschaffungskriminalität reduzierte sich. Bei den schwersten Straftaten wie Einbruchdiebstählen, Raubüberfällen auf offener Straße und dem Drogenhandel ging die kriminelle Beteiligung der Teilnehmer deutlich zurück, nämlich um 50 % bis 90 %.⁶⁸

Aber es muss betont werden, dass trotz der Prohibitionspolitik die überwiegende Mehrheit der Menschen mit problematischem Drogenkonsum keinen anderen Verstoß begeht, als solche gegen die Drogengesetze. Dabei sind Menschen, die Drogen konsumieren, besonders gefährdet, selbst Opfer von Straftaten zu werden; sie werden achtmal häufiger Opfer von Raubüberfällen als die Gesamtbevölkerung.⁶⁹

MEDIEN UND ÖFFENTLICHE MEINUNG

Stigma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Markierung oder Fleck. Es bezieht sich auf Überzeugungen und/oder Verhaltensweisen. Stigmatisierung kann als ein dynamischer Abwertungsprozess beschrieben werden, der eine Person in den Augen anderer erheblich diskreditiert, indem z. B. gewisse Attribute innerhalb bestimmter Kulturen oder Lebensräume als schändlich oder unwürdig definiert werden. Ein Stigma kann vermindert werden, wenn eine Person als nicht dafür verantwortlich gesehen wird („Es ist nicht ihre Schuld“) oder ihr Verhalten außerhalb ihrer Kontrolle liegt („Sie kann nicht anders“). Wenn Stigmas sich im Handeln auswirken, ist das Ergebnis Diskriminierung.

Diskriminierung bezieht sich auf jede Form von willkürlicher Unterscheidung, Ausgrenzung oder Einschränkung einer Person, in der Regel (aber nicht nur) aufgrund eines inhärenten persönlichen Merkmals oder einer wahrgenommenen Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Diskriminierung ist eine Menschenrechtsverletzung.

Kriminalisierung bedeutet, eine Handlung in eine Straftat oder eine Einzelperson in einen Straftäter zu verwandeln, indem man Handlungen, die sie ausüben, für illegal erklärt.

Das Verhältnis zwischen Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung ist komplex, da der soziale und politische Bereich, zu dem Stigmatisierung und Diskriminierung gehören, mit dem Strafrecht und der Justiz in Wechselwirkung steht.⁷⁸

Die Medien üben großen Einfluss darauf aus, wie Drogen in der Öffentlichkeit wahrgenommen werden. In den USA haben detaillierte Studien gezeigt, dass die Wahrnehmung der Öffentlichkeit „weitgehend von Inhalt und Umfang der Medienberichterstattung über das Thema geprägt ist“.⁷⁰ Leider stellen „Artikel über Drogen in Zeitungen und Magazinen, Film- und Fernsehserien und Talkshows ‚Drogen‘ oft als sofort süchtig machend, unwiderstehlich und zwangsläufig zu Gewalt, Wahnsinn oder wirtschaftlichem und sozialem Ruin führend“ dar.⁷¹ Auch Fernsehsendungen, die vordergründig „Süchtigen“ helfen wollen, bestärken in provokativen Familieninterventionen oft gängige Überzeugungen wie die Notwendigkeit von „tough love“, Liebe durch Strenge. Oder die Annahme, dass eine Person erst am Boden zerstört sein muss, um eine Behandlung zu akzeptieren.⁷² Die Auswirkungen von Drogen auf den Einzelnen oder die Gesellschaft werden überwiegend negativ dargestellt.⁷³

In den Medien dominieren zwei Darstellungsweisen, wenn es um Drogen geht und um die Menschen, die sie konsumieren: Die eine verknüpft Drogen mit Kriminalität, die andere stellt die verheerenden Folgen des Drogenkonsums für den Einzelnen und seine unmittelbare Umgebung als unvermeidlich dar.

Die erste Darstellungsweise unterstreicht eine Studie, die zeigt, dass im Vereinigten Königreich im Jahr 2010 Strafrechtsgeschichten wie Gerichtsverfahren oder Verhaftungen der häufigste Auslöser für eine Zeitungsschlagzeile über Drogen waren,⁷⁴ was bei den Lesern die gedankliche Verknüpfung zwischen Menschen, die Drogen konsumieren, und Kriminalität verstärkt. Ein weiteres Bild ist das des Kriminellen, der auf Drogen durchdreht – von der Presse meist reißerisch und inkorrekt beschrieben. Im Mai 2012 wurde in Miami zum Beispiel ein Obdachloser von einem anderen Mann angegriffen, ins Gesicht gebissen und

schwer verletzt. Es wurde breit darüber berichtet, dass der von der Polizei erschossene Angreifer eine synthetische Droge namens „Badesalz“ konsumiert hatte. In den Medien wurde daraufhin verbreitet, die Droge Badesalz mache die Konsumenten zu Kannibalen.⁷⁵ Bei der Autopsie stellte sich dann heraus, dass der Angreifer kein „Badesalz“ eingenommen hatte – aber nur sehr wenige Medientitel korrigierten ihre Geschichte.⁷⁶

Die andere Darstellungsweise, die in den Medien dominiert – Drogenkonsum bestehe aus einem unvermeidlichen Abstieg vom anfänglichen Vergnügen in die Versklavung und in eine persönliche „Drogenhölle“⁷⁷ – geht bis auf das erste berühmte Buch zu diesem Thema zurück: „Bekenntnisse eines englischen Opiumessers“ von Thomas de Quincey aus dem Jahr 1821.

Winy, Mutter von Guillermo, Chile

Mein Sohn Guillermo wurde 2001 mit einer nicht diagnostizierten genetischen Störung geboren. Mit fünf Monaten begannen seine Anfälle. Zuerst dachten wir, es handle sich um den plötzlichen Kindstod, denn das Hauptmerkmal eines Anfalls war, dass Guillermo aufhörte, im Schlaf zu atmen. Erst als er zwei Jahre alt war, erkannten die Ärzte, dass er epileptische Anfälle hatte. Wir haben alles versucht: verschiedene Medikamente, spezielle Diäten, sogar eine Gehirnoperation (Callosotomie). Nichts half. Seine refraktäre Epilepsie war so schwer, dass er alle fünf Sekunden im Gehirn eine elektrische Entladung hatte.

Im Jahr 2013 begann ich Artikel über Cannabisöl zu lesen und versuchte erfolglos, welches aus den USA zu beschaffen. Erst ein Jahr später hörten wir von einer Stiftung in Chile, die in solchen Fällen hilft, und erhielt durch sie zum ersten Mal das Öl. Ich begann, es Guillermo zu verabreichen, und er hatte sieben Tage lang keine Anfälle. Dann kamen sie wieder, aber viel weniger häufig. Zuvor hatte er etwa zehn generalisierte tonisch-klonische Anfälle pro Tag; während der ersten Behandlung mit Cannabisöl hatte er nur einen oder zwei.

In Chile sind unter dem Gesetz 20.000 der Anbau und die Verwendung von Cannabis für den persönlichen oder medizinischen Gebrauch erlaubt. Seit der Gesetzesanpassung im Jahr 2015 sind auch Import, Verkauf und die wissenschaftliche Erforschung von Cannabisextrakten möglich. Die Apotheken verkaufen zwar zwei Präparate, aber eine Flasche, die für Guillermo etwa sieben bis zehn Tage reichen würde, kostet 200'000 chilenische Pesos [etwa 300 US-Dollar]. Der monatliche Mindestlohn beträgt 270'000 Pesos [etwa 420 US-Dollar].

Um Guillermo mit medizinischem Cannabis versorgen zu können, züchte ich die Pflanzen zu Hause und extrahiere das Harz – es wirkt bei ihm besser als das Öl. Im Jahr 2015 fand ich die «magische Sorte», die wirksamste für meinen Sohn. Guillermo hatte vier Monate lang keinen Anfall und danach im Durchschnitt noch alle zehn Tage einen. Es hat fast eineinhalb Jahre lang funktioniert. Jetzt suche ich weiter nach der nächsten magischen Sorte. Ich zweifle nie an dem, was ich tue. Ich würde alles für meinen Sohn tun, außer ein Verbrechen begehen. Und damit meine ich, zu stehlen oder jemanden umzubringen. Wie kann es ein Verbrechen sein, etwas in meinem Garten anzupflanzen? Obwohl es in Chile theoretisch legal ist, habe ich immer noch Angst, dass die Polizei vorbeikommt und mir vorwirft, ich baue die Pflanzen an, um sie zu verkaufen, und sie sie mir wegnimmt.

Meine Familie war zuerst schockiert, dass ich Cannabis anbauen wollte, weil es einen so schlechten Ruf hat. Nur meine Mutter hielt zu mir. Aber als sie sahen, wie sich Guillemos Gesundheitszustand verbesserte, beruhigten sich auch die anderen. Genauso der Arzt. Er sagte, ich sei verrückt, das versuchen zu wollen, aber ich machte weiter und hielt ihn auf dem Laufenden. Und dann sah er eines Tages in einer medizinischen Zeitschrift einen Artikel über Cannabis und Epilepsie und änderte seine Meinung. Er schrieb sogar selbst einen Beitrag, in dem er Guillermo und einen anderen Patienten als Fallstudien beschrieb, und schickte Patienten zu mir, damit ich ihnen erklären konnte, wie man medizinisches Cannabis anwendet. Die Dinge scheinen in umgekehrter Reihenfolge abzuablaufen: Normalerweise sollte es zuerst wissenschaftliche Untersuchungen geben, und dann werden die Patienten behandelt. Hier führen die Patienten die Versuche durch und erforschen die beste Methode zur Behandlung ihrer Beschwerden.

In den letzten 20 Jahren gab es immer wieder Vorstöße, auch von großen Medien, den Drogenkonsum und die Drogenpolitik mit anderen Augen zu sehen.⁷⁹ Diese waren allerdings selten und gingen in den vorherrschenden Darstellungen verloren. Möglicherweise erleben wir jetzt jedoch eine Verschiebung in der Gewichtung mit einigen vielversprechenden Entwicklungen. In der Berichterstattung über die Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) zum Thema Drogen im April 2016 konzentrierten sich die Medien zum Beispiel erstmals auf das Scheitern des „Kriegs gegen die Drogen“, die Unfähigkeit der internationalen Gemeinschaft, diesen „Krieg“ zu gewinnen, und auf die Notwendigkeit neuer Herangehensweisen.

STIGMA UND SPRACHE

Wie wir über Menschen sprechen, die Drogen konsumieren, beeinflusst stark, wie sie sich selbst wahrnehmen und wie sie von anderen gesehen werden.⁸⁰ Die öffentliche Meinung und die mediale Berichterstattung verstärken sich gegenseitig und tragen zum Fortbestehen des Stigmas bei, das den Drogen und dem Drogenkonsum anhaftet. Keine Krankheit ist stärker stigmatisiert als „Sucht“.⁸¹ Wie bereits erwähnt, nimmt die Öffentlichkeit den Drogenkonsum, einschließlich des problematischen Drogenkonsums, als freiwilligen Akt wahr, als bewusste Entscheidung der Betroffenen, ihn nicht zu kontrollieren, d.h. ihn zu stoppen. Daher lässt die Gesellschaft in der Regel keine mildernden Umstände zu.

Häufig anzutreffende Begriffe wie „Junkie“, „Kiffer“ oder „Koksnase“ befremden, definieren Menschen, die Drogen nehmen, nur über den Konsum einer bestimmten Substanz und kennzeichnen sie als „die Anderen“ – körperlich minderwertige oder moralisch zweifelhafte Individuen. Der negative Sprachgebrauch erstreckt sich auch auf Menschen im Genesungsprozess. Sie werden als „clean“ bezeichnet, was impliziert, dass sie zuvor unrein oder schmutzig waren. Und der Begriff „Drogenmissbrauch“ kann Assoziationen mit verabscheuungswürdigen Verhaltensweisen wie Kindesmissbrauch hervorrufen.

Diese fehlgeleitete Verwendung von Sprache und Terminologie stigmatisiert Menschen, die Drogen konsumieren. Und Stigmatisierung führt zu Diskriminierung, die offen oder versteckt sein kann. In Nigeria berichten Betroffene, von Familie und Freunden ausgegrenzt zu werden und sich in einem Zustand tiefer sozialer Isolation zu befinden. Ihre sozialen Kontakte beschränkten sich auf Personen, die ebenfalls Drogen konsumieren, was die Kommunikation mit Mitgliedern der Gesamtgesellschaft praktisch möglich mache.⁸² Ähnliche Fälle wurden in Tansania beobachtet. Nach ihren Erfahrungen befragt, berichteten viele Betroffene von Stigmatisierung und daraus resultierender Diskriminierung. „Du wirst zum Außenseiter“, bemerkte einer, „du befindest dich komplett außerhalb der gesellschaftlichen Normen.“ Ein anderer sagte: „Ich verlor meinen Wert als Mensch.“ Eine Frau fasste zusammen: „Als Junkie verlierst du jegliche Würde.“⁸³

Die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die Drogen konsumieren, beschränkt sich nicht auf das öffentliche Leben, sondern kann sich auch auf die medizinische Versorgung auswirken.⁸⁴ In den USA führten Forscher eine Blind-Studie durch, in der Ärzte identische Fallstudien über Personen in gerichtlich angeordneten Drogentherapien erhielten.⁸⁵ Die Person wurde jeweils entweder als „Drogenabhängiger“ („substance abuser“) oder „jemand mit einer Drogenkonsumstörung“ bezeichnet. Jene psychiatrisch geschulten Fachkräfte, die über einen „Abhängigen“ („abuser“) lasen, waren eher der Meinung, dass die betreffende Person persönlich für ihre Situation verantwortlich ist und Strafmaßnahmen ergriffen werden sollten.

Die Stigmatisierung hat daher eine perverse Doppelwirkung: Je mehr die Gesellschaft Menschen, die Drogen konsumieren, stigmatisiert und ablehnt, desto weniger Behandlungsmöglichkeiten werden angeboten; gleichzeitig werden Menschen, die Hilfe benötigen, durch die Stigmatisierung von den verfügbaren Angeboten ferngehalten. Tatsächlich erhält laut UNODC nur jeder sechste Mensch mit problematischem Drogenkonsum eine Behandlung.⁸⁶

ABBILDUNG 3: DER TEUFELSKREIS DER WAHRNEHMUNG VON MENSCHEN, DIE DROGEN KONSUMIEREN



Stigmatisierung, Diskriminierung und Kriminalisierung des Drogenkonsums stehen in direktem Zusammenhang mit der Verletzung der Menschenrechte von Menschen, die Drogen konsumieren, wie ein Bericht des UN-Hochkommissars für Menschenrechte aus dem Jahr 2015 zeigt. Der Bericht nennt mehrere Beispiele für klare Menschenrechtsverletzungen, wie das Absetzen von Methadon- und anderen Behandlungen, um von Angeklagten, die Drogen konsumieren, Geständnisse zu erpressen.⁸⁷ Außergerichtliche Hinrichtungen und die Anwendung der Todesstrafe bei Drogendelikten verletzen außerdem das Recht auf Leben.⁸⁸ Frauen sind besonders stark betroffen: Für keine andere Straftat werden sie so häufig inhaftiert wie für Drogendelikte.⁸⁹ Auch müssen Frauen, die Drogen konsumieren, den Verlust des Sorgerechts für ihre Kinder befürchten. Sie werden allein durch ihren Status als drogenkonsumierende Personen als untaugliche Mütter betrachtet, auch ohne Hinweise auf eine Vernachlässigung. Frauen können zudem Zwangssterilisationen oder -abtreibungen oder strafrechtlichen Sanktionen ausgesetzt sein, wenn sie während der Schwangerschaft Drogen nehmen.⁹⁰

MORALISCHE PANIK – DIE ZUSPITZUNG DES ZUSAMMENSPIELS VON POLITIK, MEDIEN UND ÖFFENTLICHER MEINUNG

Negative Wahrnehmungen und Ängste in der Bevölkerung, verstärkt durch die negative Berichterstattung, machen Drogen und die Menschen, die sie konsumieren, für Politiker und andere gewählte Amtsträger zur „leichten Zielscheibe“, um sich die Gunst ihrer Wähler zu sichern. Das stärkste Beispiel dafür ist das, was Soziologen als „moralische Panik“ bezeichnen. Sie bezeichnet das Verhalten einer Gruppe, wie einer Minderheit oder einer Subkultur, welches übertrieben oder falsch dargestellt wird, als gefährlich (oft werden dabei Extremfälle als typisch dargestellt). Ein gut recherchiertes Beispiel ist das Wechselspiel zwischen der Berichterstattung vieler US-Medien über eine „Crack-Seuche“ in den 1980er-Jahren – ohne dass irgendwelche Statistiken die Behauptungen gestützt hätten⁹¹ – und den Politikern, die diese Panik nährten. Mehrere wesentliche Fehlannahmen wur-

den verbreitet: Crack mache so süchtig wie keine andere Droge, sein Konsum explodiere und schwangere Frauen, die Crack konsumierten, würden eine Generation von Crack-Babys hervorbringen, die emotional, mental und körperlich behindert seien und zu „Super Predators“ („Super-Raubtieren“) heranwachsen würden.⁹² Im Mai 1989 verkündete die New York Times in einen Leitartikel apokalyptisch, „Crack sei viel gefährlicher als andere Drogen. Es bedrohe die Lebensqualität und das Leben selbst auf allen Ebenen der amerikanischen Gesellschaft“.⁹³ Auch die Politik spielte mit. Während der Crack-Panik, als Wahlkampagnen sich auf Drogen und insbesondere Crack konzentrierten, wurden diese von der Öffentlichkeit als wichtige soziale Probleme angesehen. In den Jahren ohne Wahlen wurden Drogen dagegen als nicht so wichtig eingestuft.⁹⁴ Das Kampagnenversprechen, „hart gegen Drogen“ vorzugehen, wurde in strenge obligatorische Mindeststrafen umgesetzt. Dabei genügte ein Hundertstel der Menge an Crack im Vergleich zu Kokainpulver.

Die meisten Medien ignorierten Informationen und Fakten, die ihre Berichte widerlegten, um die Story der „Crack-Seuche“ voranzutreiben.⁹⁵ Es gab indes keine Faktenbasis für eine Panik dieser Größenordnung. Wissenschaftliche Erhebungen zeigten, dass der Gesamtkonsum von Kokain nicht gestiegen, sondern gesunken war, und die überwiegende Mehrheit der Konsumenten das Kokain schnupfte, anstatt es zu rauchen – das heißt, sie konsumierte Kokainpulver und nicht Crack.⁹⁶ Es stellte sich heraus, dass der berühmteste Fernsehbeitrag über „Crack-Baby“, in Krankenhäusern Babys gefilmt hatte, deren Mütter nicht einmal Crack konsumiert hatten. „Crack-Babys“ waren keine zu finden. Anstatt der erwarteten Behinderungen wird nun angenommen, dass Kokainkonsum während der Schwangerschaft ähnliche Auswirkungen hat wie Tabak und weniger schädlich ist als Alkoholkonsum.⁹⁷ Und die Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft Crack nahmen, sind nicht zu einer Generation von „Super-Raubtieren“ herangewachsen.⁹⁸

Wer einen problematischen Crackgebrauch entwickelte, wurde durch diese hysterische Berichterstattung stigmatisiert. Die von den Politikern während ihrer Kampagnen versprochene Änderung der obligatorischen Mindeststrafe führte dazu, dass viele Menschen, die Crack konsumierten, sowie Kleindealer lange Haftstrafen verbüßten, was ihre Probleme oft nur noch verschärfte.⁹⁹

ANDERS SPRECHEN ÜBER DROGEN UND DIE MENSCHEN, DIE SIE KONSUMIEREN

Um die Wahrnehmung zu verändern, müssen wir die Art und Weise ändern, wie wir sprechen. Eine Gruppe amerikanischer Ärzte erklärt es so: „Wenn das Leben von historisch marginalisierten Bevölkerungsgruppen auf dem Spiel steht, muss zugunsten der Genauigkeit und der Chance, weitere Stigmatisierung und Vorurteile zu verhindern, die Effizienz geopfert werden.“¹⁰⁰ Die Forderung nach einer Sprache, die Stigmatisierung reduziert, wurde bereits von zahlreichen Ärzteverbänden,¹⁰¹ Herausgebern wissenschaftlicher Zeitschriften¹⁰² und Regierungsvertretern¹⁰³ erhoben. Im Moment spielen die Medien, wie bereits erwähnt, eine oft negative Rolle – aber das kann sich ändern, wie dies für die Gruppe der lesbischen, schwulen, bisexuellen, transgender und intersexuellen Menschen (LGBTI) in westlichen Gesellschaften der Fall war.

Ein Indiz für eine solche Verschiebung ist bereits erkennbar: Das „Associated Press Stylebook“ von 2017, ein wichtiges Instrument für englischsprachige Journalisten, hat die Sprache rund um „Sucht“ und Drogenkonsum verbessert. Die Publikation rät, Wörter wie „Süchtige“, „Missbraucher“ („abuser“) oder „Alkoholiker“ zu vermeiden und fordert dazu auf, sie durch „Menschen mit einer Abhängigkeit“ oder „Menschen, die Drogen konsumieren“ zu ersetzen.¹⁰⁴ Die Veränderung der Sprache in den Medien ist erst am Entstehen, lässt aber auf eine ausgewogenere Berichterstattung hoffen.

Beispiele für eine Sprache, die nicht stigmatisiert und diskriminiert, sind in der folgenden Tabelle zu finden:

ABBILDUNG 4: DIE BESSERE SPRACHE

✓ OKAY	✗ NICHT OKAY
Personen, die Drogen nehmen/konsu- mieren	Drogenkonsumierende
Personen mit unproblematischem Drogenkonsum	Freizeit-, Gelegenheits- oder Experimentierkonsumierende
Person mit einer Abhängigkeit, Person mit problematischem Drogenkonsum, Person mit einer Substanzstörung; Person, die Drogen konsumiert (bei unproblematischem Gebrauch)	Abhängiger, Süchtiger; Mensch, der Drogen/Substanzen missbraucht; Junkie, Kiffer, Fixer, Crackjunkie etc.; Drögeler
Substanzstörung; Problematischer Drogenkonsum	Drogensucht
Hat eine X-Konsumstörung	Ist X-abhängig
Abstinenter; Person, die keine Drogen mehr konsumiert	Clean
Reagieren, einbinden, ansprechen, managen	Drogen bekämpfen, bekriegen, besiegen (und andere Kriegsrhetorik)
Geschützter Konsumraum	Fixerstube
Personen, die ihre Drogenabhängigkeit überwunden haben	Ehemalige Süchtige; geläuterte Drogen- konsumierende
Personen, die Drogen injizieren	Injizierende Drogenkonsumierende
Opioid-Substitutions-Therapie	Drogenersatztherapie

DROGENKONTROLL- MASSNAHMEN

Eine staatliche Kampagne auf den Philippinen stellt den Drogenkonsum im Land als ein kolossales Problem dar. Sie bezieht sich dabei auf 3,7 Millionen Menschen mit problematischem Konsum (obschon Statistiken des Dangerous Drugs Boards, einer philippinischen Regierungsbehörde, aus dem Jahr 2015 besagen, dass die Zahl der Menschen, die Drogen konsumieren mit 1,7 Millionen im Vorjahr weitaus geringer war und dass ein Drittel von ihnen nur einmalig konsumiert hatte. Die Zahl der Menschen mit problematischem Drogenkonsum dürfte also viel tiefer liegen). Präsident Duterte sagte über Menschen, die „Shabu“ (eine methamphetaminähnliche Substanz) konsumieren, dass für sie ein Wegkommen von der Droge unmöglich sei, und nannte sie „wandelnde Tote“. Grauenvolle Aktionen waren die Folge: Mehr als 7025 Morde an Drogenkonsumenten und „Drogendealern“ wurden von Polizei und Bürgerwehr zwischen Juli 2016 und Januar 2017 verübt.¹⁰⁵ Umfragen zur Haltung in der Bevölkerung deuten auf eine generelle Zufriedenheit mit diesem gewaltsamen Vorgehen gegen die Drogen hin.¹⁰⁶

Die öffentliche Wahrnehmung und Haltung unterstützt eine Politik, die Menschen, die Drogen konsumieren, als Untermenschen, Nichtbürger und Sündenböcke für größere gesellschaftliche Probleme sieht, die „bestraft“ werden müssen.¹⁰⁷ Eine illegale Handlung zu begehen, verstärkt wiederum das Stigma und macht es noch einfacher, Menschen, die Drogen nehmen, zu entmenslichen.

Dies zeigt sich in Gesetzen und politischen Maßnahmen, die das „Drogenproblem“ angehen und zusammen den „Krieg gegen Drogen“ ausmachen. Diese repressiven Strategien und deren komplettes Versagen – auch nach ihren eigenen Maßstäben – wurden bereits diskutiert, unter anderem in früheren Berichten der Weltkommission für Drogenpolitik.¹⁰⁸ Sie werden hier nur kurz erwähnt, um aufzuzeigen, wie sie mit der negativen Wahrnehmung und Ängsten zusammenhängen und mitunter aus ihnen hervorgehen.

PRÄVENTION

Die Angst vor Drogen hat sich in der Annahme niedergeschlagen, dass alle Drogen schlecht sind und „dein Leben ruinieren werden“. Daher ist das primäre Ziel der Prävention seit vielen Jahren die völlige Abstinenz. Dies zeigte sich vor allem in den „Sag einfach Nein“-Kampagnen der 1980er-Jahre in den USA, die in Asien, Afrika und Europa kopiert wurden.¹⁰⁹ Es gibt nicht nur kaum Beweise für die Wirksamkeit einer solchen Botschaft, sie ist wahrscheinlich sogar kontraproduktiv. Studien deuten darauf hin, dass Kinder, die dieser

Botschaft ausgesetzt sind, eher Drogen konsumieren.¹¹⁰ Diese simplistische Botschaft der Primärprävention mag in einigen Fällen abschreckend wirken, birgt aber andere Risiken: nämlich die Gelegenheit zu verpassen, über die tatsächlichen Schäden von Drogen zu informieren und denjenigen, die trotzdem experimentieren werden, zu ermöglichen, dies auf die sicherste Art und Weise zu tun. Solche Botschaften untergraben zudem die Vertrauensgrundlage zwischen Behörden und Jugendlichen.¹¹¹ Die sekundäre Prävention, die sich mit der Früherkennung und Verminderung des Alkohol-, Tabak- und sonstigen Drogenkonsums befasst, wird ebenfalls durch die Botschaft „Sag einfach Nein“ behindert: Jugendliche, die mit dem Drogenkonsum in ihrer unmittelbaren Umgebung umfangreiche Erfahrungen aus erster Hand gemacht haben, ohne ernsthafte Schäden, werden vermutlich alle weiteren offiziellen Informationen ignorieren. Wenn den offiziellen Meldungen zum Thema nicht geglaubt werden kann, erschwert sich die Suche nach zutreffenden Informationen erheblich.

Es gibt Belege dafür, dass es nicht in erster Linie die offiziellen Mitteilungen sind, die den lebenslangen Drogenkonsum positiv beeinflussen, sondern Programme, die sich auf frühzeitige Maßnahmen innerhalb des nahen sozialen Umfelds (einschließlich Schulen und Familien) konzentrieren und sich mit anderen Themen als dem Drogenkonsum befassen, nämlich der sozialen und verhaltensbezogenen Entwicklung.¹¹² Öffentliche Aufklärungskampagnen zu Jugend und Drogenkonsum könnten aber funktionieren, wenn dabei ehrliche Informationen bereitgestellt werden, eine Mäßigung bei jugendlichen Ex-

Anonym, Ghana

Meine Nachbarn und Freunde nennen mich Togoman. Ich bin 53 Jahre alt und war Maniok*-Bauer. Ich begann mit 19 Jahren, Marihuana zu konsumieren und tue es immer noch. Ich sehe mich nicht als problematischen Konsumenten. Das Kraut ist gut, und es hilft mir, mich zu entspannen und meine Arbeit zu verrichten. Ich bin ein gelassener Mann, trinke keinen Alkohol und habe nie Streitereien in meiner Gemeinde. Früher habe ich das Kraut nach einem anstrengenden Arbeitstag genommen, um meinen schmerzenden Körper zu entspannen. Wenn ich mein Kraut genommen habe, esse ich und schlafe dann.

Ich pflanzte das Kraut [Cannabis] für den persönlichen Gebrauch immer zwischen meinen Maniokpflanzen und versorgte auch einige meiner Mitbauern damit. Ein Freund, mit dem ich oft geraucht habe, informierte vor sechs Jahren die Polizei über meinen Drogenkonsum. Ich wurde verhaftet und wegen Besitzes angeklagt. Ich wurde schuldig gesprochen und zu zehn Jahren Gefängnis verurteilt. Sechs davon habe ich bereits abgesessen, zwei Jahre in Untersuchungshaft im Akuse-Gefängnis und vier Jahre im Nsawam-Mittelsicherheitsgefängnis.

Der Verkauf von Marihuana innerhalb des Gefängnisses ist noch höher als in der freien Gesellschaft. Während ich im Gefängnis bin, kann ich also immer etwas von den Mithäftlingen kaufen – sofern ich Geld habe. Aber man muss aufpassen, dass man nicht erwischt wird, sonst bekommt man zusätzliche Strafen, während man seine Zeit absitzt.

Seit meiner Verhaftung und Inhaftierung ist das Leben für mich und meine Familie sehr schwierig geworden. Ich leide sehr im Gefängnis, es ist wirklich hart für mich. Gefängnis ist kein Klacks. Ins Gefängnis zu müssen ist wie eine dunkle Wolke für mich und meine Familie. Es hat die Träume meiner Kinder komplett zerstört. Sie haben die Schule abgebrochen. Mein erster Sohn, Korshie, war in der Oberstufe und seine jüngere Schwester in der Mittelstufe. Beide mussten die Schule abbrechen, weil niemand für ihre Ausbildung bezahlen konnte. Unser Vermieter warf meine Familie aus unserem Haus, weil meine arbeitslose Frau die Jahresmiete nicht bezahlen konnte. Mein Junge, Korshie, landete auf der Straße, als Straßenhändler. Meine Tochter wurde schwanger und das beendete ihre Ambitionen. Das hat meine Familie zerstört.

Ich bete, dass in Bezug auf Marihuana etwas gegen das Gesetz unternommen wird. Ich habe nie ein Problem gehabt, während ich Marihuana nahm, und ich habe noch nie gehört, dass jemand an dem Kraut gestorben ist. Täglich hören wir von Menschen, die sterben, weil sie Akpeteshie** trinken, und doch ist es legal, es zu verkaufen. Warum können sie uns dann das Kraut nicht lassen? Ich denke, die Behörden sollten das Gesetz noch einmal genau unter die Lupe nehmen und in Erwägung ziehen, es zu legalisieren. Meines Erachtens sollten sie Personen, die die Substanz produzieren wollen, erlauben, dies streng kontrolliert zu tun. Ich bin kein Krimineller, ich bin ein friedliebender Bürger Ghanas. Ich habe nie gestohlen, getötet oder etwas Böses getan.

** Maniok, auch bekannt als Yuca oder Kassave, ist ein wichtiges Grundnahrungsmittel in Westafrika und anderen Teilen der Tropen.*

*** Akpeteshie ist ein Branntwein, der in Ghana hergestellt wird.*

AS, Malaysia

Mein Name ist AS und ich bin 38 Jahre alt. Ich komme aus Pahang. Ich nehme seit fast 20 Jahren Drogen. Ich spritze, rauche und inhaliere allerlei Substanzen, aber Heroin und Ice sind meine Lieblingsdrogen. Ich wurde acht Mal zu Drogenentzügen und neunzehn Mal zu Gefängnisstrafen verurteilt. Mein Leben ist schwierig, und ich habe Angst davor, von der Polizei verhaftet und zum Tode verurteilt zu werden.

Wegen meines täglichen Drogenkonsums deale ich selbst ein bisschen. Das reicht für meinen täglichen Gebrauch, ein bisschen Essen, die Miete für mein Zimmer und ein paar Dinge, um das Leben manchmal etwas zu genießen. Ich verdiene nicht viel Geld damit, und wenn ich wählen könnte, wäre ich kein Drogendealer. Wenn sie dich in Malaysia mit 15 Gramm oder mehr Heroin oder Morphinum oder 200 Gramm oder mehr Cannabis verhaften, riskierst du die Todesstrafe. Das sollte nicht sein – niemand sollte für den Besitz von Drogen sterben müssen. Ich bin kein Mörder oder Landesverräter.

Meine Familie akzeptierte mich als Drogenkonsument und ich durfte mit der Erlaubnis meiner Mutter auch zu Hause konsumieren. Aber das war vor langer Zeit und ich habe mich entschieden, nicht mehr zu ihnen zurückzukehren, da ich nicht so erfolgreich bin, wie sie es sich wünschten. Ich wurde mit 20 Jahren verheiratet, eine arrangierte Ehe. Sie hielt zehn Jahre und ich habe Zwillingstöchter. Ich musste meine Frau und meine Kinder gehen lassen, weil meine Schwiegereltern mich während meiner Haft unter Druck setzten. Jetzt sehe ich wegen meines Drogenproblems meine Töchter nur selten.

Dasselbe gilt für die Gesellschaft: Die Leute sehen mich immer so an, als ob ich nutzlos wäre, eine Art Müll. Sie trauen Leuten, die Drogen nehmen, nicht. Sie sehen mich nicht als Menschen. Im Moment versuche ich einfach, in meinem täglichen Leben zu überleben. Ich mache alle Arten von Jobs, die von IKHLAS [einer lokalen Basisorganisation] angeboten werden, wie das Entladen von Lastwagen oder Reinigungsarbeiten. Das reicht aber nicht aus, um meine Rechnungen zu bezahlen, und ich muss deshalb auf das Dealen zurückgreifen, um über die Runden zu kommen.

Die Gesellschaft wird immer eine schlechte Meinung von uns Drogenkonsumierenden haben. Wir sind eine Last für sie. Aber hat sich die Gesellschaft schon je überlegt, was wäre, wenn die eigenen Familienmitglieder betroffen wären? Die Gesellschaft muss über die Drogenproblematik aufgeklärt werden. Die Leute müssen verstehen, dass sie keine Drogendealer aufhängen müssen, oder jene, die auf der Straße mit kleinen Mengen Heroin oder Cannabis für den persönlichen Gebrauch erwischt werden. Ich verkaufe nicht Drogen, weil ich es will, sondern weil ich keine andere Wahl habe.

perimenten angeregt wird und die Sicherheit durch Wissen im Vordergrund steht. Eine Inspiration hierfür sind Safer-Sex-Klassen, die sich in der Schadensminderung als wesentlich wirkungsvoller erwiesen haben als reine Abstinenzforderungen.¹¹³

KRIMINALISIERUNG VON KONSUM UND BESITZ FÜR DEN EIGENGEBRAUCH

In den meisten Teilen der Welt ist der Drogenkonsum oder der Besitz kleiner Mengen von Drogen für den persönlichen Gebrauch strafbar.¹¹³ Im Allgemeinen wird eine Handlung als Straftat deklariert, wenn sie einer oder mehreren Personen und/oder der Gemeinschaft, Gesellschaft oder dem Staat schadet (Verstoß gegen die öffentliche Ordnung – «public wrong») und zwar nach dem Rechtsgrundsatz, der verlangt, dass Gesetze gerecht sind und die Grundrechte schützen. Drogenkonsum wird jedoch als Verstoß gegen die öffentliche Ordnung eingestuft, obwohl er nur der Person potenziell körperlich schadet, die konsumiert. Drogenkonsum wird kriminalisiert, weil er als moralisches Problem betrachtet wird – das das gesamte „soziale Gefüge“ gefährdet¹¹⁵ – und nicht als eine Frage der individuellen oder öffentlichen Gesundheit.¹¹⁶

LANGE HAFTSTRAFEN UND DIE TODESSTRAFE

In vielen Ländern wird für bestimmte gewaltfreie Drogendelikte das Todesurteil angewendet. Diese drakonische Strafe verstärkt die Vorstellung, dass Drogenkonsum „böse“ und moralisch verwerflich sei und gleich hart bestraft werden sollte, wie die schwersten und gewaltsamsten Verbrechen.

In Malaysia gilt für Drogenhandel automatisch und obligatorisch die Todesstrafe. Dies gilt auch für Mord und das Feuern einer Waffe mit der Absicht zu töten oder zu verletzen – beides Verbrechen, bei denen der Tod oder die Verletzung einer anderen Person das Ziel ist. In Malaysia scheint die Stimmung im Volk jedoch umzuschlagen und sich gegen die Vollstreckung der obligatorischen Todesstrafe für gewaltfreie Drogendelikte und generell gegen die Todesstrafe zu wenden. Eine Studie aus dem Jahr 2012 ergab, dass die Presse die Abschaffung der Todesstrafe für Drogenkuriere befürwortet.¹¹⁷ Die Mehrheit der Befragten befürwortete die obligatorische Todesstrafe für Mord, aber nur 25 % für Heroinhandel.

Die obligatorische Todesstrafe – sie verwehrt es Richtern, mildernde Umstände geltend zu machen – wird für Drogenbesitz in vielen Ländern mit sehr tiefen Schwellenwerten ausgelöst. In Singapur wird sie für den Besitz von 500 Gramm Cannabis, 15 Gramm Heroin oder 30 Gramm Kokain verhängt.¹¹⁸



WAHRNEHMUNGSWANDEL

In einigen Bereichen ist der Wandel bereits im Gange. Wir möchten hier zwei Aspekte aufzeigen, die dies möglich machen: Leadership und Information.

Es gibt politische Entscheidungsträger, die nach Prüfung der Faktenlage begonnen haben, die Drogenkontrollpolitik zu verändern. Vaclav Havel, Präsident der damaligen Tschechoslowakei, setzte sich 1990 für die Entkriminalisierung von Drogenkonsum und -besitz ein. In Portugal beschloss eine Koalition von Spitzenpolitikern vor mehr als 15 Jahren, ein wissenschaftliches Gremium einzurichten, das evidenzbasierte Empfehlungen für den Umgang mit den Drogenproblemen im Land abgeben sollte, und versprach, sich an dessen Empfehlungen zu halten, wie sie auch immer aussehen würden.¹¹⁹ Dies ermöglichte eine Entkriminalisierung von Drogen, die auf breiter Front zu positiven Ergebnissen geführt hat und zum wertvollen Modell für andere Führungskräfte geworden ist. So haben die Präsidenten Jorge Batlle und José Mujica in Uruguay sowie Premierminister Justin Trudeau in Kanada kürzlich ihre Länder in die legale Regulierung von Cannabis geführt. Sie sind weltweit führend, wenn es darum geht, einen alternativen drogenpolitischen Ansatz zu verfolgen.

Führungsstärke und Reformen können die öffentliche Meinung verändern und den Teufelskreis von Diskriminierung und Repression durchbrechen. Seit der Entkriminalisierung werden in Portugal Menschen, die Drogen konsumieren, deutlich weniger stigmatisiert.¹²⁰ In den Niederlanden war 1976 eine der Hauptmotivationen für die Änderungen im Drogengesetz – welche de facto eine Entkriminalisierung von Cannabis ermöglichten – das Verhindern von Stigmatisierung und Marginalisierung von Menschen, die Drogen konsumieren.¹²¹ Heute haben die Niederlanden den niedrigsten Problemkonsum der Europäischen Union, und die Häufigkeit des Drogenkonsums in der Allgemeinbevölkerung liegt unter dem Durchschnitt der Europäischen Union und weit unter demjenigen der Vereinigten Staaten.¹²²

Zudem gibt es Belege, dass die Öffentlichkeit eine pragmatischere und evidenzbasierte Drogenpolitik unterstützen kann, wenn sie glaubwürdige und evidenzbasierte Informationen darüber erhält, so wie dies in der Schweiz der Fall war. 1997 sprachen sich über 70 % der Schweizer Stimmbürger für die neue nationale Drogenpolitik aus, die auf den „vier Säulen“ Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression basiert.¹²³ Zwei Jahre später stimmten 54,3 % dafür, dass die heroingestützte Behandlung weitergeführt wird.¹²⁴ Zehn Jahre später, im Jahr 2008, wurde die „Vier-Säulen-Politik“ der Schweiz an der Urne erneut mit 68 % der Stimmen gutgeheißen.¹²⁵

Nach ihren Beweggründen befragt, nannten die meisten der Abstimmenden pragmatische Motive, wie die nachgewiesene Wirksamkeit der Behandlung und die positiven gesundheitlichen Auswirkungen. Im Jahr zuvor wurden als Motivation noch häufiger grundlegende Überzeugungen genannt.¹²⁶ Die Schweizer Erfahrung ist exemplarisch, wie mit harten Daten die gesundheitlichen Auswirkungen der Schadensminderung aufgezeigt werden können¹²⁷ und nachgewiesen werden kann, dass sich die Kriminalität verringert und Personen, die Drogen konsumieren, wieder in die Arbeitswelt integriert werden können. Es ist also möglich, verunsicherte und besorgte Menschen davon zu überzeugen, dass eine alternative Drogenpolitik drogenbedingte Schäden wirksam vermindern kann.¹²⁸

EMPFEHLUNGEN

- I **Die politischen Entscheidungsträger müssen versuchen, die aktuelle Wahrnehmung von Drogen und den Menschen, die sie konsumieren, durch verlässliche und konsistente Informationen zu verändern.**

Eine gute Führung ist bestrebt, die öffentliche Meinung zum Besseren zu beeinflussen. Politische Führungskräfte können die öffentliche Meinung entscheidend mitgestalten und haben eine moralische Verantwortung, evidenzbasierte und korrekte Informationen bereitzustellen. Politiker und andere Entscheidungsträger müssen Mut beweisen, wenn sie die bestehende Wahrnehmung anfechten, die auf falschen Annahmen über Drogen beruht und die Menschen, die sie konsumieren, diskriminieren kann, und sie müssen sich gegen die öffentliche Meinung behaupten. Wenn politische Führer Ängste vor Drogen und dem Drogenkonsum schüren, um die Prohibitionspolitik aufrechtzuerhalten oder zu verschärfen, verursachen sie damit indirekt schwere Leiden für einige ihrer am meisten benachteiligten Bürger. Wenn sie stattdessen gängige Anschauungen über Drogen und die Menschen, die sie konsumieren, in Frage stellen, können sie tatsächlich etwas bewirken. In den letzten zwei Jahrzehnten haben beherzte Aktionen einiger politischer Führungspersonen in Europa und Lateinamerika bereits eine Änderung in der Einstellung gegenüber der Drogenpolitik bewirkt. Dies ermöglichte es ihnen, die Schadensminderung, Entkriminalisierung und Regulierung einzuführen, was zu einer Verbesserung der öffentlichen Gesundheit geführt hat.

- II **Meinungsführer müssen ihre Verantwortung in Bezug auf die öffentliche Meinungsbildung und Wahrnehmung im Drogenbereich wahrnehmen und den Gebrauch einer nicht stigmatisierenden und nicht diskriminierenden Sprache fördern.**

Medien, religiöse Anführer, Intellektuelle, Prominente und andere Einflussnehmer können starke Verbündete sein, wenn es darum geht, Fehlinformationen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu korrigieren und die Stigmatisierung von Menschen, die Drogen konsumieren, zu verringern. Eine erniedrigende und unangemessene Wortwahl – wie „Junkies“, „Kiffer“ oder „Fixerräume“ – sollte unbedingt thematisiert und korrigiert werden. Meinungsführer sollten sich zudem davor hüten, auf falschen Informationen beruhende Ansichten weiterzuverbreiten, da dies katastrophale Folgen für Menschen haben kann, die Drogen konsumieren, für deren Umfeld sowie für die am meisten benachteiligten Segmente der Bevölkerung.

- III **Bringen Sie sich in die Debatte ein, unterstützen Sie Aktivismus und Lobbyarbeit und nehmen Sie Regierungen, Parlamente, Strafverfolger, Bürgermeister, Medien, Gesundheitsfachleute und Sozialarbeiter in die Pflicht.**

Ganz normale Bürger haben die Macht, diese Debatte zu revolutionieren. Der Aktivismus muss aufrechterhalten werden, damit die Zivilgesellschaft dazu befähigt wird, Regierungen, Medien und andere Akteure zur Rechenschaft zu ziehen. Die nationale und regionale Vernetzung von Menschen, die Drogen konsumieren, muss gefördert werden, damit sie sich überall wirksam für ihre Rechte einsetzen können. Andere zivilgesellschaftliche Akteure in den Bereichen Menschenrechte, Infektionskrankheiten, Justiz und nicht übertragbare Krankheiten müssen sich zusammenschließen, um die negative Wahrnehmung in der Gesellschaft zu überwinden, die Stigmatisierung zu verringern, die aktuelle Drogenpolitik zu verurteilen und evidenzbasierte Gesetzesreformen zu fordern. Einige zivilgesellschaftliche Gruppen haben bereits eine globale Vision entwickelt, um die negativen Auswirkungen der Prohibitionspolitik anzugehen, und die Debatte in den Bereichen Gesundheit, Strafjustiz, Sicherheit und Vollzug, soziale Gerechtigkeit und Menschenrechte eröffnet. Bürgerinitiativen haben die weltweite Befürwortung drogenpolitischer Reformen bereits erfolgreich beeinflusst und die Ressourcen auf globaler, nationaler und lokaler Ebene koordiniert und gestärkt. Diese Lobbyarbeit muss weitergeführt werden.

IV Stoppen Sie Übergriffe, die auf einer negativen Wahrnehmung von Menschen, die Drogen nehmen, beruhen.

Einschüchterungen, ungerechtfertigte Durchsuchungen, ungerechtfertigtes Beschlagnahmen von Eigentum, die Erstellung von Täterprofilen auf rassistischen Grundlagen und andere Übergriffe durch Strafverfolger auf Personen, die Drogen konsumieren, sind zu unterbinden. Stattdessen sollten sie die soziale Verantwortung der Strafverfolgung wahrnehmen, indem sie Betroffene im Bedarfsfall an Gesundheits- und Sozialdienste verweisen. Personen ohne problematischen Drogenkonsum, die aber die öffentliche Ordnung durch den Konsum von Drogen in der Öffentlichkeit gestört haben, sollten lediglich verwarnet werden. Das Justizsystem muss Drogenabhängigkeit oder den problematischen Drogenkonsum bei der Verurteilung von Kleinkriminalität als mildern und nicht als erschwerenden Umstand betrachten. Die Inhaftierung von Menschen, die medizinische und soziale Unterstützung benötigen, verschlimmert soziale Missstände nur noch. Die Strafverfolgung spielt eine zentrale Rolle darin, wie die Bevölkerung Menschen, die Drogen konsumieren, wahrnimmt. In Zusammenarbeit mit anderen Akteuren der Drogenpolitik kann sie jenen Aspekt der Kriminalisierung, der auf der Wahrnehmung beruht, angehen und die Rechtsstaatlichkeit sicherstellen.

V Um die Gesundheit und Sicherheit an erste Stelle zu setzen, müssen sich die medizinische Fachwelt und das Gesundheitspersonal lautstark für evidenzbasierte Prävention, Behandlung und Schadensbegrenzung einsetzen und dringend die auf Wahrnehmung beruhende Stigmatisierung im Gesundheitswesen angehen.

Ärztenschaft, Pflegepersonal und andere Fachkräfte im Gesundheitswesen, die mit Personen in Kontakt stehen, die Drogen konsumieren, können die Wahrnehmung von Drogen verändern. Sie sind oft die erste Anlaufstelle für diese Menschen und können Einfluss nehmen, indem sie Fehlinformationen korrigieren und Fakten an die Öffentlichkeit weitergeben. Da sie sich in einer Vertrauensposition befinden, spielen sie eine wichtige Rolle bei der Verbesserung der Dienstleistungen für Menschen mit problematischem Drogenkonsum. Vor allem erfahrene Mediziner müssen sich lautstark für Behandlungen einsetzen, die sich als wirksam erwiesen haben – zum Beispiel für die Opioid-Substitutions-Therapie, der in weiten Teilen der Gesellschaft noch immer ein Stigma anhaftet.

VI Die 2019 bevorstehende Ministertagung der UN-Suchtstoffkommission muss dazu genutzt werden, den Sprachgebrauch in internationalen Dokumenten und Verhandlungen zu überprüfen.

Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen müssen ihren Sprachgebrauch und ihre Vorurteile überdenken, während sie internationale politische Vereinbarungen zur Drogenkontrolle aushandeln. Der UN-Generalsekretär muss sicherstellen, dass das System der Vereinten Nationen im Drogenbereich eine konsistente und auf die Menschen ausgerichtete Sprache verwendet, die im Einklang mit der Agenda für nachhaltige Entwicklung steht. Die UN-Organe müssen weiterhin evidenzbasierte Publikationen und Foren bereitstellen, um Diplomaten, politische Entscheidungsträger und Bürger rund um den Globus über die Fakten zu informieren und die bestehende Wahrnehmung zu verändern. Bis heute pflegen die politischen Deklarationen und Aktionspläne der Vereinten Nationen zur Drogenpolitik eine abwertende und verletzende Sprache, indem sie die Menschen auf „Drogenkonsumierende“ reduzieren und dazu aufrufen, „Drogen zu bekämpfen“ und „zu besiegen“. Dienstleistungen, die eine evidenzbasierte tertiäre Prävention und Risikominderung ermöglichen, wie z. B. die „Schadensminderung“, wurden bislang nicht integriert. Andere internationale Einrichtungen haben in der Zwischenzeit ihre Sprache und die Bezeichnung von Drogen und den Menschen, die sie konsumieren, deutlich verbessert. Diese Texte wurden meist nicht von den Mitgliedstaaten ausgehandelt, sondern von UN-Unterorganisationen wie Sonderorganisationen, Fonds und Programmen erstellt.

REFERENZEN

- 1 Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.
- 2 Brown, D. E. (1991) *Human Universals*. New York: McGraw-Hill Education.
- 3 Nutt, D.J., King, L.A., Phillips, L.D., (2010) Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376 (9752), pp. 1558–1565.
- 4 Nutt, D., King, L.A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007) Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, 369 (9566), pp. 1047–1053.
- 5 Adopted from Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.
- 6 UN scheduling comparison from Global Commission on Drug Policy 2011 “War on Drugs” Report, as illustrated by Figure 1 in the present report.
- 7 Fischer, B., Oviedo-Joekes, E., Blanken, P., Haasen, C., Rehm, J., Schechter, M.T., Strang, J., van den Brink, W. (2007) Heroin-assisted Treatment (HAT) a Decade Later: A Brief Update on Science and Politics. *Journal Urban Health*, 84 (4), pp. 552–562.
- 8 National Addiction Centre (2003) *Dangerousness of Drugs: A Guide to the Risks and Harms Associated with Substance Misuse*. Available at: http://www.nta.nhs.uk/uploads/dangerousnessofdrugs-dh_4086293.pdf (accessed on 23 November 2017)
- 9 For more on kava, see Fehoko, E. (2014) *Pukepuka fonua: An exploratory study on the faikava as an identity marker for New Zealand-born Tongan males in Auckland, New Zealand* (Unpublished Master’s Thesis). Auckland: Auckland University of Technology; Aporosa, S. (2011) Is kava alcohol? The myths and the facts. *Pacific Health Dialog*, 17 (1), pp. 157–164; Aporosa, S. (2012) *Yaqona (kava) and education in Fiji: Investigating “cultural complexities” from a post-development perspective* (Unpublished PhD Thesis). Palmerston North, NZ: Massey University; Fehoko, E. (2015) Social space and cultural identity: The faikava as a supplementary site for maintaining Tongan identity in New Zealand. *New Zealand Sociology*, 30 (1), pp. 131–139; Finau, S., Stanhope, J., Prior, I. (1982) Kava, alcohol and tobacco consumption among Tongans with urbanisation. *Social Sciences and Medicine*, 16, pp. 35–41; Lebot, V., Merlin, M., Lindstrom, L. (1997) *Kava: The Pacific elixir: The definitive guide to its ethnobotany, history and chemistry*. Rochester, VT: Healing Arts Press; Lemert, M. (1967) Secular use of kava in Tonga. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28 (2), pp. 328–341; Sarris, J., et al (2013) Kava in the treatment of generalised anxiety disorder: A double-blind, randomised, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33 (5), pp. 643–648; Singh, Y.N. (ed.) (2004) *Kava: From ethnology to pharmacology*. London: CRC Press; Singh, Y.N., Blumenthal, M. (1997) Kava: An overview. *Herbalgram*, 39 (1), pp. 34–56.
- 10 Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson
- 11 For cannabis, a three-stage model for learning to use a drug for pleasure has been proposed: A new user first has to learn the technique, i.e. to smoke cannabis in a way that will produce effects; secondly he/she has to learn to recognize the effects, such as head-spinning and increased appetite, and connect them to the drug used; lastly he/she has to learn to redefine the effects and enjoy those sensations. In most cases, this learning process is accompanied by experienced users, i.e. it has a strong social element in the context of a subculture. See Becker, H.S. (1953) Becoming a Marijuana User. *American Journal of Sociology*, 59 (3), pp. 235–242.
- 12 Nag, O. (2017) 14 Countries Where Drinking Alcohol Is Illegal. *WorldAtlas*. <http://www.worldatlas.com/articles/14-countries-where-drinking-alcohol-is-illegal.html> (accessed on 23 November 2017).
- 13 Blickman, T. (2017) *Morocco and Cannabis: Reduction, containment or acceptance*. Amsterdam: Transnational Institute. Available at: https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_49_eng_web.pdf (accessed on 22 November 2017)
- 14 Windle, J. (2012) Insights for Contemporary Drug Policy: A Historical Account of Opium Control in India and Pakistan. *Asian Journal of Criminology*, 7 (1), pp. 55–74.
- 15 Speaker, S. L. (2004) Demons for the Twentieth Century – The Rhetoric of Drug Reform, 1920–1940. Pp. 203–224 in Tracy, S.W., Acker, C.J. (ed.) (2004) *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800–2000*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- 16 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017) *World Drug Report 2017*, UNODC.
- 17 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017) *European Drug Report 2017: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 18 Hart, C. (2013) *High Price: A Neuroscientist’s Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. Reprint edition, ed. Harper; also Nutt, D. (2012) *Drugs Without the Hot Air*. Cambridge: UIT Cambridge Ltd.
- 19 National Institute on Drug Abuse (2016) *The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics*. <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics> (accessed on 28 August 2017).
- 20 O’Brien, C.P., Volkow, N., Li, T.-K. (2006) What’s in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163 (5), pp.764–765.
- 21 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014) *High-risk drug use key epidemiological indicator*. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> (accessed on 28 August 2017).
- 22 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014) *High-risk drug use key epidemiological indicator*. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> (accessed on 28 August 2017).
- 23 Of those who try heroin about 23 percent develop dependence. For cannabis, it is 9 percent, for cocaine it is about 17 percent. Out of those who try legal drugs, about 15 percent develop dependence on alcohol and for tobacco it is about 32 percent. See Anthony, J., Warner, L., Kessler, R. (1994) Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2 (3), pp. 244–268.

- 24 Waxman, O.B. (2017) Bill Clinton Said He "Didn't Inhale" 25 Years Ago — But the History of U.S. Presidents and Drugs Is Much Older. *Time*. Available at: <http://time.com/4711887/bill-clinton-didnt-inhale-marijuana-anniversary/> (accessed on 22 November 2017).
- 25 Seelye, K.Q. (2006) Barack Obama, asked about drug history, admits he inhaled. *The New York Times*. Available at: <http://www.nytimes.com/2006/10/24/world/americas/24iht-dems.3272493.html> (accessed on 23 November 2017).
- 26 This is such a widespread claim in the US and Britain that the NIH feels the need to rebut it on their website. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/use-medications-methadone-buprenorphine> (accessed on 28 November 2017).
- 27 Amato, L., Davoli, M., A.Perucci, C., Ferri, M., Faggiano, F., P. Mattick, R. (2005) "An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research." *J. Subst. Abuse Treat*, 28 (321) pp. 321-329; McHugh, R.K. et al. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 33 (3), pp. 511-525; Hagedorn, H.J., Noorbaloochi, S., Simon, A.B., Bangerter, A., Stitzer, M.L., Stetler, C.B., Kivlahan, D. (2013) Rewarding early abstinence in Veterans Health Administration addiction clinics. *J. Subst. Abuse Treat*, 45 (1), pp. 109-117; Petry, N.M., Carroll, K.M. (2013) Contingency management is efficacious in opioid-dependent outpatients not maintained on agonist pharmacotherapy. *Psychol. Addict. Behav.*, 27 (4), pp. 1036-1043; Dutra, L. ., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W. (2008) A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am. J. Psychiatry*, 165 (2), pp. 179-187; Lussier, J.P. (2006) A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction* 101 (2), pp.192-203; Seigers, D.K., Carey, K.B. (2010). Screening and brief interventions for alcohol use in college health centers: a review. *J. Am. Coll. Health*, 59 (3), pp. 151-158; Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 71 (5), pp. 843-861; Slomski, A. (2014) Mindfulness-Based Intervention and Substance Abuse Relapse. *J. Am. Med. Ass'n*, 311 (24), p. 2472; Witkiewitz, K., Bowen, S. (2010) Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 78 (3), pp. 362-374; Bowen, S. et al. (2009) Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst. Abus.*, 30 (4), pp. 295-305; Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., Marlatt, A. (2009) Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst. Abus.*, 30 (4), pp. 266-294.
- 28 Fischer, et al. (2007) *Drug user involvement in treatment decisions*. Joseph Rowntree Foundation. <https://www.jrf.org.uk/report/drug-user-involvement-treatment-decisions> (accessed on 22 November 2017).
- 29 World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2004) *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention* Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf (accessed on 28 November 2017).
- 30 Venosa, A. (2016) Mandatory Treatment For Drug Addiction Is Ineffective, Violates United Nations Human Rights Treaty. *Medical Daily*. Available at: <http://www.medicaldaily.com/drug-addiction-united-nations-human-rights-390207> (accessed on 22 November 2017).
- 31 Human Rights Watch (2012) Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and Lao PDR. Available at: <https://www.hrw.org/report/2012/07/24/torture-name-treatment/human-rights-abuses-vietnam-china-cambodia-and-lao-pdr> (accessed on 23 November 2017).
- 32 Id Dima, victim of a vigilante group, in Saucier, D.W., Kingsbury, R.K., Silva, P. (2011) *Russia: When Vigilantes Step In. Treated with Cruelty: Abuses in the Name of Drug Rehabilitation*. New York: Open Society Foundations. Available at: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatedwithcruelty.pdf> (accessed on 17 August 2017). For similar reports from Myanmar, see Jensema, E., Kham, N. P. E. (2016) Found in the dark. TNI drug policy briefing 47. Available at <https://www.tni.org/en/publication/found-in-the-dark> (accessed on 10 August 2017)
- 33 Amon, J.J., Pearshouse, R, Cohen, J.E., Schleifer, R. (2014) Compulsory drug detention in East and Southeast Asia: evolving government, UN and donor responses. *International Journal of Drug Policy*, 25 (1), pp. 13-20.
- 34 For example, the WHO/UNODC/UNAIDS *Evidence for Action series and policy briefs* (18). Available at: http://www.who.int/hiv/pub/idu/evidence_for_action/en/index.html; Institute of Medicine, Committee on the Prevention of HIV Infection Among Injecting Drug Users in High-Risk Countries (2006) *Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press (14); Gowing, L. et al. (2008) Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2); Degenhardt, L. et al. (2010) HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are required *The Lancet*, 376 (9737), pp. 285–301; Altice, F.L. et al (2010) Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *The Lancet*, 376 (9738), pp. 367–387; MacArthur, G. et al (2012) Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 345 (137).
- 35 Lenton, S., Single, E. (1998) The definition of harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 17 (2), pp. 213–220.
- 36 Tinasti, K., Audoin, B., Jomier, B., Delfraissy, J.F., Lévy, Y., Barré-Sinoussi, F. (2016) Cities Central to HIV Response for People Who Use Drugs. *Lancet HIV*, 3 (5), pp. 197-199.
- 37 Tracy, S. W., Acker, C.J. (2004) Introduction. In Tracy, et al., *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. University of Massachusetts Press.
- 38 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.
- 39 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs, *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827-832.
- 40 Blendon, R.J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827-832.
- 41 Ibid.
- 42 Belcher, A., McGregor, D. (2016) *Public Attitudes Towards People with Drug Dependence and People in Recovery*. Scottish Government Progressive Partnership. Available at: <http://www.gov.scot/Publications/2016/06/3496/1>.
- 43 UK Drug Policy Commission (2010). *Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press. A Content Analysis of Newspaper Coverage*. <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf>
- 44 Klein, A. (2001) Have a Piss, Drink Ogogoro, Smoke Igbo, but don't take Gbana - Hard and Soft Drugs in Nigeria: A Critical Comparison of Official Policies and the View on the Street. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33 (2), pp. 111-119.

- 45 Curtis, V.A. (2007) A natural history of hygiene *The Canadian Journal of Infectious Diseases & Medical Microbiology*, 18 (1), pp. 11–14.
- 46 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Available at: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf
- 47 Abaza, O. (2017) *Multicentre Operational Research on Drug Use and Harm Reduction among People living with HIV/AIDS in the Middle East and North Africa Region*. Beirut: Menahra. Available at: http://files.server.idpc.net/library/Operational_Research_MENAHRA.pdf
- 48 Lunze, K., Lunze, F.I., Raj, A., Samet, J.H. (2015) *Stigma and Human Rights Abuses against People Who Inject Drugs in Russia—A Qualitative Investigation to Inform Policy and Public Health Strategies*. *PLoS ONE*, 8 (10).
- 49 Grob, P.J. (1994) The needle park in Zurich: the story and the lessons to be learned. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 1 (2), pp. 48–60.
- 50 Wall, M., et al. (2011) Sex, drugs and economic behaviour in Russia: a study of socio-economic characteristics of high risk populations. *International Journal of Drug Policy*, 22 (2), pp. 133–139.
- 51 Nutt, D. (2012) *Drugs - without the hot air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Ltd.
- 52 See for example discussion in Kleiman, M.A.R., Caulkins, J.P., Hawken, A. (2011) *Drugs and Drug Policy: What Everyone Needs to Know*. Oxford: Oxford University Press.
- 53 Khoury, L., Tang, Y.L., Bradley, B., Cubells, J.F., Ressler, K.J. (2010) Substance use, childhood traumatic experience, and Post-traumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depress. Anxiety*, 27 (12), pp. 1077–1088.
- 54 United Nations (1961) *The Single Convention on Narcotic Drugs*. UNODC. Available at: https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf (accessed on 12 June 2016).
- 55 Lines, R. (2010) 'Deliver us from Evil?' – The Single Convention on Narcotic Drugs, 50 Years On. *International Journal on Human Rights and Drug Policy*, 1 (3), p. 7.
- 56 Pasayat, J.A (2003) Union of India vs Kuldeep Singh on 8 December, 2003. 2 SCC 590
- 57 Domosławski, A. (2011) *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Warsaw: Open Society Foundations.
- 58 Alexander, B.K., Coombs, R.B., Hadaway, P.F., (1978) The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58 (2), pp. 175–179; Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., Coombs, R.B., (1981) Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 15 (4), pp. 571–576.
- 59 Robins, L.N., Helzer, J.E. (1975) Drug use among Vietnam veterans; Three years later. *Medical World News*, 16, pp. 44–49; Robins et al., (1980) Vietnam veterans three years after Vietnam, pp. 213–230. In Brill, Winick (ed.). *The Yearbook of Substance Use and Abuse*, 11. Human Science Press.
- 60 US Treasury Department (1919) *Traffic in Narcotic Drugs. Report of Special Committee of Investigation appointed March 25, 1918, by the Secretary of the Treasury*. Washington D.C..
- 61 Williams, H. S. (1938) *Drug addicts are human beings: the story of our billion-dollar drug racket: how we created it and how we can wipe it out*. Washington D.C.: Shaw Publishing Co.
- 62 See e.g. Reuter, P., Kleiman, M.A.R. (1986) Risks and Prices: An Economic Analysis of Drug Enforcement. *Crime and Justice*, 7, pp. 289–340; Miron, J.A., Zwiebel, J. (1995) The Economic Case Against Drug Prohibition. *The Journal of Economic Perspectives*, 9, pp. 175–192.
- 63 African Americans represent 40% of federal and state prison populations while Hispanics make up 38% of federal prison populations. Drug Policy Alliance (2016) *The Drug War, Mass Incarceration and Race*. Available at: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA%20Fact%20Sheet_Drug%20War%20Mass%20Incarceration%20and%20Race_%28Feb.%202016%29_0.pdf (accessed on 31 August 2017).
- 64 Eastwood, N., Shiner, M., Bear, D. (2013) *The Numbers In Black And White: Ethnic Disparities In The Policing And Prosecution Of Drug Offences In England And Wales*. London: Release. Available at: <http://www.release.org.uk/publications/numbers-black-and-white-ethnic-disparities-policing-and-prosecution-drug-offences> (accessed on 13 April 2017).
- 65 Campbell, T. (2011) *Pros & Cons: A Guide to Creating Successful Community-Based HIV and HCV Programs for Prisoners* (Second Edition). Toronto: Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network. Available at: <http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26374.pdf> (accessed on 13.04.17).
- 66 Australian Institute of Criminology (2012) *Australian crime: Facts and figures 2011*. Available at: http://www.aic.gov.au/media_library/publications/facts/2011/facts_and_figures_2011.pdf (accessed on 13 April 2017).
- 67 Natal (Colony), Indian Immigrants Commission. (1887). *Report of the Indian Immigrants Commission, 1885-1887*. (Wragg Commission). Pietermaritzburg, South Africa. Available at: http://scnc.ukzn.ac.za/doc/INDENTURE/Reports/Report_indian_immigrants_commission_1885_7_Wragg_Commission.pdf
- 68 Killias, M., Aebi, M. F. (2000) The Impact of Heroin Prescription on Heroin Markets in Switzerland Crime Prevention Studies. *Crime Prevention Studies*, 11, pp. 83–99.
- 69 McElrath, K., Chitwood, D.D., Comerford, M. (1997) Crime Victimization among Injection Drug Users. *Journal of Drug Issues*, 27, pp. 771–783.
- 70 Blendon, R. J., Young, J.T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association JAMA*, 279 (11), pp. 827–832.
- 71 Speaker, S. L. (2004) *Demons for the Twentieth Century – The Rhetoric of Drug Reform, 1920-1940*, pp. 203–224 in Tracy, S. W., Acker, C.J. (eds.) *Altering American Consciousness: The History of Alcohol and Drug Use in the United States, 1800-2000*. Amherst: University of Massachusetts Press
- 72 Kosovski, J.R., Smith, D.C. (2011) Everybody Hurts: Addiction, Drama, and the Family in the Reality Television Show Intervention. *Substance Use & Misuse*, 46 (7), pp. 852–858.
- 73 UK Drug Policy Commission (2010). *Representations of Drug Use and Drug Users in the British Press. A Content Analysis of Newspaper Coverage*. <http://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence%20review%20-%20Representations%20of%20drug%20use%20and%20drug%20users%20in%20the%20British%20press.pdf>
- 74 Ibid.
- 75 Thompson, M. (2012) Drug that's turning users into cannibals: Mind-altering "bath salts" blamed for three zombie style attacks. *Mirror Online*.
- 76 Elfrink, T. (2014) Bath Salts Didn't Cause the Miami Cannibal Attack, Scientists Say. *Miami New Times*.

77 Jay, M. (2012) *High society*. London: Thames & Hudson.

78 UNAIDS (2015) *UNAIDS Terminology Guidelines*. Geneva. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf

79 See also van Boekel, L.C. et al (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.*, 131, pp. 23-53; Brener, L. (2010) The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance Use & Misuse*, 45 (7-8), pp. 1007-1018.

80 See also van Boekel, L.C. et al (2013) Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend.*, 131, pp. 23-53; Brener, L. (2010) The role of physician and nurse attitudes in the health care of injecting drug users. *Substance Use & Misuse*, 45 (7-8), pp. 1007-1018.

81 Room, R., Rehm, J., Trotter, R. T., Paglia, A., Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma valuation parity and societal attitudes towards disability. pp. 247-253. In Üstün, T. B., Chatterji, S., Rehm, J., Saxena, S., Bickenbach, J. E. (ed.). *Disability and culture: Universalism and diversity*, 247-291. Seattle, WA: Hofgrebe & Huber; also Phillips, L.A., Shaw, A., "Substance use more stigmatized than smoking and obesity." *Journal of Substance Use*, 18 (4), 247-253. (2001).

82 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Available at: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf

83 Zamudio-Haas, S. et al (2016) Generating trust: Programmatic strategies to reach women who inject drugs with harm reduction services in Dar es Salaam, Tanzania. *International Journal of Drug Policy*, 30, pp. 43-51.

84 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016) Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an 'Addiction-ary.' *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34 (1), pp. 116-123.

85 Kelly, J., Westerhoff, C. (2010) Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 12 (3), pp. 202-207; See also Henderson, S. et al. (2010) Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. *Journal Health Care Poor Underserved*, 19 (4), pp. 1336-1349; McCreaddie, M. et al. (2010) Routines and rituals: a grounded theory of the pain management of drug users in acute care settings. *Journal of Clinic. Nursing*, 19, pp. 2730-2740.

86 UNODC (2014) *World Drug Report 2014*. Geneva: United Nations.

87 OHCHR (2015) *Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights*, A/HRC/30/65, paragraph 37.

88 Ibid., paragraph 41.

89 Ibid., paragraph 52.

90 Ibid., paragraph 53.

91 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.

92 See for example Haberman, C. (2014) When Youth Violence Spurred 'Superpredator' Fear. *The New York Times*. Available at: <https://www.nytimes.com/2014/04/07/us/politics/killing-on-bus-recalls-superpredator-threat-of-90s.html> (accessed on 22 August 2017).

perpredator-threat-of-90s.html (accessed on 22 August 2017).

93 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press; *The New York Times* (1989) Crack; A Disaster of Historic Dimension, Still Growing, *The New York Times*. Available at: <http://www.nytimes.com/1989/05/28/opinion/crack-a-disaster-of-historic-dimension-still-growing.html?pagewanted=all>.

94 Reinerman, C., Levine, H.G. (1997) The Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare, pp. 18-51, in Reinerman, C., Levine, H.G. (eds.) *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. University of California Press.

95 Ibid.

96 Ibid.

97 Slotkin, T.A. (1998) "Fetal Nicotine or Cocaine Exposure: Which One is Worse? *Journal of Pharmacol. Experimental Therapeutics*, 285 (3), pp. 931-945.

98 See for example Baum, D. (1997) *Smoke and Mirrors: The War on Drugs and the Politics of Failure*. Boston: Back Bay Books.

99 Palamar, J.J., Davies, S., Ompad, D.C., Cleland, C.M., Weitzman, M. (2015) Powder Cocaine and Crack Use in the United States: An Examination of Risk for Arrest and Socioeconomic Disparities in Use. *Drug Alcohol Depend.*, 149, pp. 108-116.

100 Kelly, F. J., Saitz, R., Wakeman, S. (2016) Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an 'Addiction-ary.' *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34 (1), pp. 116-123.

101 American Medical Association (2015) *Patients with Addiction Need Treatment - Not Stigma* Available at: <https://www.asam.org/resources/publications/magazine/read/article/2015/12/15/patients-with-a-substance-use-disorder-need-treatment--not-stigma>; American Society of Addiction Medicine (2013) *Terminology related to the spectrum of unhealthy substance use*. Available at: <http://www.asam.org/advocacy/find-a-policy-state-ment/view-policy-statement/public-policy-statements/2014/08/01/terminology-related-to-the-spectrum-of-unhealthy-substance-use>.

102 International Society of Addiction Journal (2015) *Statements and Guidelines Addiction Terminology*. Available at: <http://www.isa-je.net/addiction-terminology.html> (accessed on 28 August 2017).

103 Botticelli, M., Director of the Office of National Drug Control Policy (2017). *Memorandum to Heads of Executive Departments and Agencies on Changing the Language of Addiction*, dated 9 January 2017. Available at: <https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/whitehouse.gov/files/images/Memo%20-%20Changing%20Federal%20Terminology%20Regrading%20Substance%20Use%20and%20Substance%20Use%20Disorders.pdf>.

104 Associated Press (2017). *The Associated Press Stylebook 2017: and Briefing on Media Law*.

105 Amnesty International, (2017) "If you are poor, you are killed." Extrajudicial Executions in the Philippines' "War on Drugs." Available at https://www.amnestyusa.org/files/philippines_ejk_report_v19_final_0.pdf

106 See for example Baldwin, C., Marshall, A. (2017) More blood but no victory as Philippine drug war marks its first year. <https://www.reuters.com/article/us-philippines-duterte-drugs-idUSKBN19G05D> (accessed on 10 July 2017).

107 INPUD (2011) *Statement and Position Paper on Language, Identity, Inclusivity and Discrimination*. Available at: <https://inpud.word-press.com/position-papers/inpud-position-statement-on-language-identity-inclusivity-and-discrimination/>

- 108 See, for example, *War on Drugs* (2011); *Taking Control: Pathways to drug policies that work* (2014) and *Advancing Drug Policy Reform: a new approach to decriminalization* (2016). Available at: <http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>
- 109 While the US campaigns under Nancy Reagan are possibly the best-known example, other states have copied the approach. Singapore for example launches a month-long "Just say no"-type campaign every June. See: Central Narcotics Bureau. *Core Programmes*. Singapore Government. <https://www.cnb.gov.sg/cnbpde/programmes/default.aspx> (accessed on 10 August 2017).
- 110 Many academic studies back up this statement, including: Stockwell, T., Fishbein, D., Toumbourou, J. W., Tarter, R., Eldreth, D. (2005) *Preventing psychoactive substance use and related harms among children and adolescents: a review of theory and global best practices to address psychosocial and neurobiological factors*. Geneva: WHO; Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G. et al. (2010). *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press; Hawks, D., Scott, K., McBride, M. (2002) *Prevention of psychoactive substance use: a Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Geneva: WHO; Fishbein, M. et al. (2002) Avoiding the boomerang: Testing the relative effectiveness of antidrug public service announcements before a national campaign. *American Journal of Public Health*, 92 (2), pp. 238-235.
- 111 Rosenbaum, M. (2014). *Drug Policy Alliance. Safety First: A reality based approach to teens and drugs*. Available at: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf
- 112 Babor, T., et al. (2010) *Drug policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press.
- 113 Rosenbaum, M. (2014). *Drug Policy Alliance. Safety First: A reality based approach to teens and drugs*. Available at: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_SafetyFirst_2014_0.pdf
- 114 See for example Global Commission on Drug Policy (2016) *Advancing Drug Policy Reform: A New Approach to Decriminalization*.
- 115 NSRP and International Alert (2017) *Out of the shadows - Adopting a peacebuilding approach to the social effects of drug use in Nigeria*. Available at: http://www.international-alert.org/sites/default/files/Nigeria_DrugUse_EN_2017.pdf
- 116 Blendon, R., J., Young, J., John, T. (1998) The Public and the War on Illicit Drugs. *Journal of the American Medical Association*, 279 (11), pp. 827 -832.
- 117 Hood, R. (2013) *The Death Penalty in Malaysia – public opinion on the mandatory death penalty for drug trafficking, murder and firearms offences*. The Death Penalty Project. In November and December 2012, 1535 Malaysians were asked about their opinions on these laws. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212428/13_05_31_DPP_Malaysia_report_FINAL_single_pages.pdf
- 118 Singapore. *Misuse of Drugs Act*, No. 5 of 1973, Rev. 2008. Available at: <http://statutes.agc.gov.sg/aol/search/display/view.w3p?page=0;query=DocId%3Ac13adadb-7d1b-45f8-a3bb-92175f83f4f5%20Depth%3A0%20Status%3Ainforce;rec=0>
- 119 Domoslawski, A. *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*. Warsaw: Open Society Foundations.
- 120 Surveys of around 1000 teenagers/young adults to be found in SICAD study (2008) *Perceptions and social representation on drugs and drug addiction, inquiry to the youth present in Rock in Rio – Lisboa*. Available at: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/173/sinopse_rock_in_rio16_pt.pdf
- 121 Grund, J.P., Breeksema, J. (2013) *Coffee Shops and Compro-*
- mise: Separated Illicit Drug Markets in the Netherlands*. New York: Open Society Foundations.
- 122 Ibid.
- 123 VOX 62. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 28.09.1997*. Available at: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-62-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-28091997>
- 124 VOX 68. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 13.06.1999*. Available at: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-13061999>
- 125 Savary, J-F., Hallam, C., Bewley-Taylor, D. (2009) *The Swiss Four Pillars Policy. An Evolution From Local Experimentation to Federal Law*. Beckley Foundation.
- 126 VOX 68. *Nachanalyse der eidgenössischen Abstimmung vom 13.06.1999*. Available at: <http://www.gfsbern.ch/de-ch/Detail/vox-68-nachanalyse-der-eidgenoessischen-abstimmung-vom-13061999>
- 127 Rihs-Middel, M., Hämmig, R. (2005) Heroin-assisted treatment in Switzerland: An interactive learning process combining research, politics and everyday practice. pp. 11-22. In Rihs-Middel, M., Hämmig, R., Jacobshagen, N. (ed.). *Heroin-assisted treatment: Work in progress*. Bern: Swiss Federal Office of Public Health.
- 128 Csete, J., Grob, P.J. (2012) Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. *International Journal of Drug Policy*, 23, pp. 82–86

WEITERE QUELLEN:

www.beckleyfoundation.org
www.countthecosts.org
www.cupihd.org
www.druglawreform.info
www.drugpolicy.org
www.genevapatform.ch
www.globalcommissionondrugs.org
www.hivlawcommission.org
www.hri.global
www.hrw.org
www.igarape.org.br
www.intercambios.org.ar
www.icsdp.org
www.idhdp.com
www.idpc.net
www.inpud.net
www.incb.org
www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx
www.release.org.uk
www.talkingdrugs.org
www.tdpf.org.uk
www.unaids.org/en/topic/key-populations
www.unodc.org
www.wola.org/program/drug_policy
www.wacommissionondrugs.org
www.who.int/topics/substance_abuse/en/

DANKSAGUNGEN

TECHNISCHE KOORDINATION

Barbara Goedde
Khalid Tinasti

EXPERTENGRUPPE

Happy Assan
Barbara Broers
Judy Chang
Suzanne Gage
Johann Hari
Nang Pann Ei Kham
Donald MacPherson
Isidore Obot
Isabel Pereira
Lisa Sanchez
Anyar Sarang
Akihiko Sato
Isabelle Schulte-Tenckhoff
Tripti Tandon

UNTERSTÜTZUNG

Open Society Foundations
Virgin Unite
Oak Foundation
The Swiss Federal Department of Foreign Affairs

SEKRETARIAT DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko

DEUTSCHE ÜBERSETZUNG

Erika Jüsi, Arud Zentrum für Suchtmedizin

KONTAKT:

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

BERICHTE DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

- Krieg gegen die Drogen (2011)
- Der Krieg gegen die Drogen und HIV/Aids:
Wie die Kriminalisierung des Drogenkonsums die globale Pandemie anheizt (2012)
- Die verheerenden Auswirkungen des Kriegs gegen die Drogen auf die Volksgesundheit:
Die versteckte Hepatitis-C-Epidemie (2013)
- Die Kontrolle übernehmen:
Wege zu einer funktionierenden Drogenpolitik (2014)
- Die verheerenden Auswirkungen der Drogenkontrolle auf die Volksgesundheit:
Die globale Krise des vermeidbaren Leidens (2015)
- Drogenpolitikreform:
Ein neues Verständnis von Entkriminalisierung (2016)

POSITIONSPAPIERE DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

<http://www.globalcommissionondrugs.org/position-papers/>

- The Opioid Crisis in North America (October 2017)



WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

Die Weltkommission für Drogenpolitik will auf internationaler Ebene eine fundierte, wissenschaftlich abgestützte Diskussion anregen über menschliche und wirksame Wege zur Verminderung der Schäden durch Drogen und Drogenpolitik an Mensch und Gesellschaft.

ZIELE

- Überprüfung der Grundannahmen, der Wirksamkeit und der Folgen des „Kriegs gegen die Drogen“
- Beurteilung der Risiken und des Nutzens verschiedener einzelstaatlicher Lösungen für das Drogenproblem
- Entwicklung von umsetzbaren, evidenzbasierten Empfehlungen für eine konstruktive Reform der Gesetzgebung und der Politik

