WELTKOMMISSION
FÜR DROGENPOLITIK

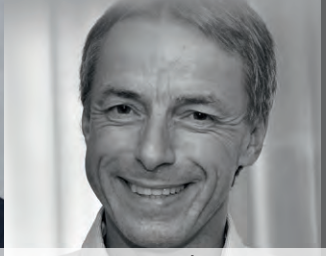
KLASSIFIZIERUNG PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN

DIE WISSENSCHAFT IM ABSEITS

2019 BERICHT

WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

LOUISE ARBOUR
Ehemalige UN-Hochkommissarin für Menschenrechte, Kanada



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 (Gründungsvorsitz)

MARIA CATTAUI
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
Ehemaliger Präsident von die Schweizerische Eidgenossenschaft (Vorsitz)

MOHAMED ELBARADEI
Ehemaliger Generaldirektor der Internationalen atomenergieorganisation, Ägypten

GEOFF GALLOP
Ehemaliger Premierminister des Bundesstaats West Australia

CÉSAR GAVIRIA
Ehemaliger Präsident von Kolumbien

ANAND GROVER
Ehemaliger UN-Sonderberichterstatter über das Recht eines jeden Menschen auf Gesundheit, Indien

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

ALEKSANDER KWASNIEWSKI
Ehemaliger Präsident von Polen

RICARDO LAGOS
Ehemaliger Präsident von Chile

KGALEMA MOTLANTHE
Ancien Président de l'Afrique du Sud

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

JUAN MANUEL SANTOS
Ehemaliger Präsident von Kolumbien

GEORGE SHULTZ
Ehemaliger Außenminister, USA (Ehrenvorsitz)

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

CASSAM UTEEM
Ehemaliger Präsident von Mauritius

MARIO VARGAS LLOSA
Schriftsteller und Intellektueller, Peru

PAUL VOLCKER
Ehemaliger Vorsitzender der amerikanischen Zentralbank und des Economic Recovery Advisory Board, USA

ERNESTO ZEDILLO
Ehemaliger Präsident von Mexiko

INHALT

Vorwort....3

Zusammenfassung....4

Klassifizierung von Drogen: Evidenz oder Ideologie?....7

Das internationale Einstufungssystem....13

Die Geschichte des internationalen Drogenkontrollregimes....13

Widersprüche untergraben das heutige System....16

Aus dem Gleichgewicht: Zugang zu kontrollierten Arzneimitteln....19

Empfehlung....21

Lehren aus (semi)legalen Märkten....25

Nicht klassifizierte psychoaktive Pflanzen....25

Gesetzliche Regulierung von Cannabis....26

Neue psychoaktive Substanzen....27

Empfehlung....29

Herausforderungen und Reformansätze....31

Das bestehende System verbessern....31

Eine objektive Risikoskala....33

Wiedererlangen der Flexibilität auf nationaler Ebene....35

Empfehlung....37

Schlusswort....38

Zeugnisse....40

Referenzen....47

VORWORT

Eine Auflistung von rund 300 psychoaktiven Substanzen dient als Basis für die heute geltenden internationalen und nationalen Drogengesetze. Die Substanzen sind in verschiedene Kategorien eingeteilt, je nachdem, wie stark sie bekämpft werden müssen, und werden auf mehreren Ebenen verboten. So sind Anbau, Produktion, Herstellung, Export, Import, Verkauf, Besitz und Konsum grundsätzlich verboten, außer für medizinische oder wissenschaftliche Zwecke.

Zudem wird einigen Substanzen der medizinische Nutzen abgesprochen – ohne entsprechende Beweise. Mit der Ratifizierung der Drogenkonventionen, welche von 1961 bis 1988 schrittweise das internationale Drogenkontrollsystem eingeführt haben, verpflichteten sich die Staaten dazu, die gleiche Klassifizierung auch in ihre nationalen Gesetze einfließen zu lassen. Dies zeigt eindrücklich, wie stark das System die Strafverfolgungsprioritäten und die Urteilssprüche beeinflusst und wie tief es in das Leben von Millionen von Menschen auf der ganzen Welt eingreift.

Dieses Klassifizieren oder "Einstufen" von Drogen ist der Grundpfeiler des repressiven Ansatzes in der Drogenpolitik von heute und ist verantwortlich für die „Kollateralschäden" des „Drogenkriegs" – die tragischen Folgen, welche die Weltkommission für Drogenpolitik seit ihrer Gründung im Jahr 2011 scharf verurteilt. Die Auswirkungen der Prohibition – in Bezug auf die Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung, die Diskriminierung, die überfüllten Gefängnisse, eine immer mächtiger werdende organisierte Kriminalität und die damit verbundene Gewalt und Korruption sowie der fehlende Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten – zeigen eindrücklich, wie dringend es einen Richtungswechsel und eine wirkungsvollere und die Menschenrechte achtende Drogenpolitik braucht.

Dieser neunte Bericht der Weltkommission nimmt das Entstehen, die Abläufe und die Ungereimtheiten der aktuellen Einstufung von psychoaktiven Substanzen unter die Lupe. Einige der gefährlichsten Substanzen sucht man in der Auflistung vergeblich (Tabak, Alkohol). Sie entgehen dadurch einem Verbot und spülen etablierten und angesehenen Unternehmen immense Gewinne in die Kassen. Substanzen, die in den Anhängen der internationalen Konventionen aufgelistet sind und als "Drogen" gelten, werden als gefährlich wahrgenommen, beliefert von einem Schwarzmarkt, der genauso profitabel ist und zudem das organisierte Verbrechen stärkt.

Die scharfe Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen ist das Resultat einer lange währenden kulturellen und politischen Vormachtstellung. Sie basiert nicht auf wissenschaftlichen Einschätzungen des Schadenspotenzials der Substanzen – für die Menschen, die sie konsumieren, und für die Gesellschaft als Ganzes – oder auf dem potenziellen Nutzen für jene, die sie maßvoll konsumieren. Auch die Reihenfolge, in der sie aufgelistet sind und die bestimmt, wie scharf sie geahndet werden, lässt wissenschaftliche Grundlagen vermissen. Sie werden allesamt als "böse" eingestuft! Diese Klassifizierung ist allzu oft von Ideologien, Vorurteilen und der Diskriminierung von Randgruppen geleitet, ganz zu schweigen von den finanziellen Interessen der Pharmaindustrie. Die Wissenschaft ist selten in den Entscheidungsprozess eingebunden – und wenn sie ihre Empfehlungen abgeben darf, werden sie selten berücksichtigt!

Psychoaktive Substanzen müssen dringend auf einer sachlichen Ebene überprüft werden. Die Unstimmigkeiten in der aktuellen Klassifizierung stellt für dringend benötigte Reformen ein großes Hindernis dar. Es ist allerhöchste Zeit einzusehen, dass es nie eine drogenfreie Gesellschaft geben wird und dass wir jetzt, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, die Grundsteine für eine gesetzliche Regulierung von Drogen legen müssen. Fokussieren wir uns darauf, was eine Drogenpolitik wirklich rechtfertigt: Leben, Gesundheit und soziale Sicherheit für alle.

Ruth Dreifuss
Vorsitzende der Weltkommision für Drogenpolitik

ZUSAMMENFASSUNG

Das internationale Einstufungssystem, das psychoaktive Substanzen anhand von ihren Schäden und Nutzen klassifiziert, ist das Kernstück des internationalen Drogenkontrollregimes. Sein reibungsloses Funktionieren ist wichtig, um den beiden Zielen des Regimes gerecht zu werden: der Sicherstellung von kontrollierten Substanzen für medizinische Zwecke und das gleichzeitige Verhindern von Abzweigungen für nichtmedizinische und andere Zwecke. Vor 1961 konzentrierte sich das weltweite Drogenkontrollsystem darauf, den internationalen Handel einzuschränken. Es berücksichtigte und respektierte die unterschiedlichen Gesetze der einzelnen Staaten. Seit der Unterzeichnung des Einheitsübereinkommens über die Betäubungsmittel von 1961 haben Staaten auf die internationale Gesetzgebung mit Einstufungen und Klassifizierungssystemen reagiert, die weder evidenzbasiert sind, noch den Schäden und Nutzen von Substanzen entsprechen. Vielmehr beruhen sie auf politischen Entscheidungen und Interessen. Diese Drogenkontrollpolitik hat zu sozialen und sozioökonomischen Problemen wie Krankheitsepidemien, überfüllten Gefängnissen und einer willkürlichen Durchsetzung der Drogengesetze geführt. Sie betreffen nicht nur diejenigen, die Drogen konsumieren, sondern die Allgemeinheit.

Das aktuelle System, welches vom Übereinkommen von 1961 und von der Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 bestimmt wird, hat stetig mehr psychoaktive Substanzen unter die internationale Kontrolle gestellt. Heute sind über 300 Substanzen aufgelistet. Es wurden acht Abstufungen vorgenommen aufgrund von Abhängigkeitspotenzial, Missbrauchspotenzial und dem therapeutischen Nutzen von Substanzen – je vier unter den Abkommen von 1961 und von 1971. Diese Drogenkontrollsysteme anerkennen nur die medizinische Behandlung und Schmerzbekämpfung als Nutzen von psychoaktiven Substanzen; ein kultureller, freizeitlicher oder zeremonieller Gebrauch wird nicht berücksichtigt, das heißt, er wird ausgeschlossen.

Wie streng eine Substanz kontrolliert wird, hängt von deren Einstufung ab. Von den acht Abstufungen implizieren zwei ein Verbot, einschließlich für medizinische Zwecke (mit Ausnahme einer sehr kleinen Menge für Forschungszwecke). Mit ganz wenigen Ausnahmen sind alle der unter den beiden Abkommen eingestuften Substanzen effektiv für nichtmedizinische und nichtwissenschaftliche Zwecke verboten.
Diese De-facto-Prohibition basiert auf Willkür. Die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen stützt sich nicht ausschließlich auf pharmakologische Forschungsergebnisse, sondern basiert zum großen Teil auf historischen und kulturellen Präzedenzfällen. Sie schürt zudem eine moralisch aufgeladene und verzerrte Wahrnehmung, die legale und illegale Substanzen in "gute und böse" einteilt.

Einstufungsentscheidungen werden von der Suchtstoffkommission (CND) gefällt, die vom Wirtschafts- und Sozialrat der Vereinten Nationen (ECOSOC) ins Leben gerufen wurde. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterbreitet gemäß den Empfehlungen des Expertenkomitees für Drogenabhängigkeit (ECDD) Vorschläge, über welche CND-Mitglieder dann abstimmen (Einstufungen des Einheitsübereinkommens von 1961 bedürfen einer einfachen Mehrheit, jene des Abkommens von 1971 einer Zweidrittelmehrheit).

Klassifizierungen werden somit von politischen Überlegungen und der vorherrschenden Tendenz, neue Substanzen zu verbieten, beeinflusst. Entpuppt sich eine zugelassene Substanz später als gefährlich, wiegen die negativen Auswirkungen – für die Entscheidungsträger – nämlich sehr viel schwerer, als wenn eine Substanz vom Markt ferngehalten wird, obwohl sie eigentlich harmlos wäre. Infolgedessen werden Empfehlungen zur Einstufung einer Substanz in der Regel gutgeheißen, während Vorschläge, eine Substanz nicht zu kategorisieren oder sie weniger strikt zu kontrollieren, regelmäßig auf großen Widerstand stoßen. Einige der ersten Substanzen, die in die Listen des 1961er-Übereinkommen aufgenommen wurden – darunter so weit verbreitete wie Cannabis, Haschisch (Cannabisharz), Heroin und Kokain –, wurden nie von Experten überprüft oder deren Überprüfung liegt bis zu 30 Jahre zurück.

Schon länger steht die Forderung im Raum, die Unstimmigkeiten in den Übereinkommen zu bereinigen und den Auftrag der WHO, des Internationalen Suchtstoffkontrollrats (INCB) und der CND im Einstufungsverfahren zu klären. Auch wurde schon mehrfach vorgeschlagen, die Einstufungskriterien zu verbessern und ein System aufzubauen, das auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Ein Einstufungsverfahren, das die garantierte Verfügbarkeit kontrollierter Substanzen für legitime Zwecke und das Verhindern eines problematischen Konsums besser ausbalanciert wäre für Reformen, welche die internationale und nationale Drogenkontrollpolitik von einem ausschließlich prohibitiven Regelwerk in ein flexibles, auf Regulierung gestütztes Modell überführen, äußerst wertvoll.

Ein evidenzbasiertes Kategorisierungssystem würde es reformwilligen Ländern erlauben, gemäß ihren Bedürfnissen flexiblere Lösungen auszuarbeiten und gleichzeitig die Kontrolle über illegale Ausfuhren zu verbessern. Zudem könnte es den Drogenmarkt sehr viel effizienter in eine Richtung steuern, die deutlich weniger Schaden anrichtet. Schließlich würde ein evidenzbasiertes Einstufungssystem das Stigma des Drogenkonsums stark vermindern und somit Menschen darin unterstützen, verantwortungsvollere und weniger schädliche Entscheidungen zu treffen.

Zu den Leitsätzen für ein sinnvolles Einstufungsmodell gehören:

- garantierte Verfügbarkeit aller Substanzen in angemessener Menge für medizinische und wissenschaftliche Zwecke
- Abkehr von der Null-Toleranz-Politik, um „anderen legitimen Zwecken" mehr Raum zu geben
- Nachsichtigkeit bei milderen Substanzen
- Berücksichtigung von sozialen und kulturellen Bedingungen
- Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse zu potenziellen Schäden und wahrgenommenem Nutzen
- Akzeptieren einer bestimmten Risikoschwelle, vergleichbar mit anderen akzeptierten gesellschaftlichen Risiken, anstatt ein absolutes Vermeidungsprinzip aufrechterhalten
- sorgfältiges Abwägen der potenziellen Folgen von Kategorisierungsentscheidungen unter Berücksichtigung von zu erwartenden Reaktionen von Konsumierenden und dem Markt
- bessere Nutzung von medizinischen und den Verbraucherschutz betreffenden Rechtsinstrumente anstelle der Drogengesetze

Die Weltkommission für Drogenpolitik fordert für die Ausgestaltung der Drogenkontrollpolitik einen ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz. Es ist Zeit, das Silo-Denken zu beenden, das die Drogenkontrolle als ein isoliertes Thema versteht und gestützt auf unzuverlässige und wissenschaftlich fragwürdige Einstufungen Substanzen klassifiziert und die Prohibition durchsetzt.

Der einzige verantwortungsvolle Weg ist die Regulierung des illegalen Drogenmarktes. Regierungen sollten Regulierungen und ein neues Einstufungssystem einführen – ausgerichtet auf die Gefährlichkeit von Substanzen und basierend auf soliden wissenschaftlichen Einschätzungen – und diese Regulierungen überwachen und durchsetzen. Nach Ansicht der Weltkommission besteht dringender Handlungsbedarf, um die Mängel im aktuellen Einstufungssystem zu beheben:

- **Die internationale Gemeinschaft muss Ungereimtheiten und Widersprüche im internationalen Einstufungssystem anerkennen und eine kritische Überarbeitung der bestehenden Modelle zur Klassifizierung von Substanzen in Gang setzen.**
- **Die internationale Gemeinschaft muss die Rolle der Weltgesundheitsorganisation und der interdisziplinären Forschung in der Entwicklung von evidenzbasierten, auf objektiven Risiko-Nutzen-Analysen basierenden Einstufungskriterien an erste Stelle setzen.**
- **Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen müssen das internationale Einstufungssystem wieder an seinem ursprünglichen Ziel, der Kontrolle des transnationalen Handels, ausrichten und Raum schaffen für die Entwicklung innovativer nationaler Klassifizierungssysteme.**

"Die Ganja-Ernte", Naogaon, Indien – 16. Februar 1894.
Foto aus dem britischen Bericht der Indischen Hanfdrogen-Kommission von 1894–1895

KLASSIFIZIERUNG VON DROGEN: EVIDENZ ODER IDEOLOGIE?

Das Einstufungssystem ist das Kernstück des internationalen Drogenkontrollregimes. Es wurde aus Sorge um „die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen" eingeführt – so steht es im Vorwort der internationalen Drogenkonventionen von 1961 und 1971. Das einwandfreie Funktionieren des Einstufungssystems ist Voraussetzung für die Erfüllung des zweifachen Ziels des Regimes: das Garantieren der Verfügbarkeit von kontrollierten Substanzen für medizinische Zwecke und das gleichzeitige Verhindern von ‚Missbrauch' und Umleitungen in den illegalen Markt. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO)[1] sollte ein wirksames Drogenkontrollregime deshalb „im Sinne der Drogenkontrollabkommen das Gleichgewicht zwischen diesen beiden Aspekten halten". Paradoxerweise sind in der internationalen Drogenkontrolle jedoch „einseitige Gesetze, Strategien und Methoden weit verbreitet".[2] Dieser Mechanismus wurde eingeführt, um die internationale Zusammenarbeit in der Drogenkontrolle zu leiten. Auf nationaler Ebene hat dessen ideologiegesteuerte Umsetzung jedoch zu einer Reihe von negativen Folgen geführt, von einer unverhältnismäßigen polizeilichen Überwachung bestimmter Gesellschaftsgruppen bis hin zu Epidemien von übertragbaren Krankheiten..

Das internationale Drogenkontrollregime, wie es sich nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte, hat mit der Zeit immer mehr psychoaktive Substanzen unter die internationale Kontrolle gestellt (Kasten 1). Heute sind über 300 Stoffe im Einheitsübereinkommen von 1961 (und den Anpassungen im Protokoll von 1972)[3] und in der Konvention über psychotrope Substanzen von 1971[4] – mit je vier Kategorien – sowie in der Tabelle der Vorläuferstoffe in der dritten internationalen Drogenabkommens, dem Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1988 gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen[5], aufgelistet (Grafik 1). Je nach Einstufung einer Substanz werden Import- und Exportdokumente, Anforderungsbestimmungen, Lizenzen und ärztliche Verordnungen strenger kontrolliert.[6] Die Grundverpflichtung der Abkommen von 1961 und 1971 lautet für alle Kategorien: *„Anbau, Herstellung, Ausfuhr, Einfuhr, Vertrieb, Handel, Konsum und Besitz von Drogen sind auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu begrenzen"*.[7]

KASTEN 1 Das internationale Einstufungssystem[8]

Gemäß dem Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime), „sind Betäubungsmittel und deren Präparate unter internationaler Kontrolle aufgrund ihres Abhängigkeitspotenzials, Missbrauchsrisikos und therapeutischen Nutzens in vier Kategorien eingeteilt. Im Abkommen von 1961 aufgelistete Substanzen sind in eine von zwei Kategorien eingeteilt (I und II), je nach Verhältnis von therapeutischem Nutzen und Missbrauchsrisiko. Die Kontrollbestimmungen für Substanzen in der Kategorie I stellen im Abkommen von 1961 die Norm dar. In die Kategorie II fallen Substanzen, die als weniger missbrauchsgefährlich gelten und die in der Medizin öfter Verwendung finden. Zwei zusätzliche Kategorien, III und IV, beinhalten Präparate von Substanzen der Kategorien I und II, die für die legitime medizinische Verwendung vorgesehen sind, und ausgewählte Substanzen der Kategorie I, die als besonders gefährlich gelten und einen sehr begrenzten therapeutischen Nutzen aufweisen".

[…] „Das Kontrollsystem für psychotrope Substanzen basiert im Wesentlichen auf jenem für Betäubungsmittel. In der Konvention von 1971 wurden jedoch die erforderlichen Kontrollmaßnahmen in vier Kategorien eingeteilt, je nach Verhältnis von therapeutischem Nutzen und dem Risiko, das ein Missbrauch der jeweiligen Substanz für die Volksgesundheit darstellt. Die vier Kategorien bedienen sich einer gleitenden Skala dieser zwei Variablen. Kategorie I suggeriert ein hohes Risiko für die öffentliche Gesundheit und einen geringen therapeutischen Nutzen und wird am strengsten kontrolliert; Kategorie IV suggeriert das Gegenteil, d. h. ein geringeres Risiko für die Volksgesundheit und einen größeren therapeutischen Nutzen".

In den Vorworten der Drogenabkommen wird betont, dass der medizinische Gebrauch für die meisten Substanzen „unverzichtbar" sei und deren Verfügbarkeit nicht unnötig eingeschränkt werden sollte. Einzig die Substanzen in den Kategorien IV des Übereinkommens von 1961 und I der Konvention von 1971 werden den Staaten zur „Prohibition" empfohlen. Prohibition heißt in diesem Zusammenhang, sie für medizinische Zwecke zu verbieten und nur in sehr kleinen Mengen für Forschungszwecke zuzulassen. Für Substanzen in der Kategorie IV des 1961er-Abkommens, darunter Cannabis und Heroin, ist ein striktes Verbot empfohlen, aber nicht zwingend; eine Regierung ist erst dazu aufgefordert, „wenn die vorherrschenden Bedingungen dies verlangen, um die Gesundheit und das Wohlergehen der Bevölkerung zu schützen".[9] Für Substanzen in der Kategorie I der Konvention von 1971, darunter LSD, MDMA und die psychedelischen Verbindungen von halluzinogenen Pilzen und Kakteen (Psilocybin, Meskalin), gilt ein zwingendes Verbot von „jeglichem Gebrauch, außer für wissenschaftliche und äußerst limitierte medizinische Zwecke".[10]

Das gegenwärtige hegemoniale Konzept der Drogenprohibition nahm erst nach dem Zweiten Weltkrieg seine weltweit führende Rolle ein. Frühere Dokumente, wie die Hauptempfehlungen der Indischen Hanfdrogen-Kommission von 1894–1895, lesen sich wie ausgeklügelte Vorschläge für eine Drogenpolitikreform – nicht unähnlich den erst kürzlich eingeführten Modellen in Uruguay und Kanada (Kasten 2).[11]

KASTEN 2 Die Hauptempfehlungen des Berichts der Indischen Hanfdrogen-Kommission (1895)

1. Ein totales Verbot des Anbaus der Hanfpflanze als Rauschmittel und deren Verarbeitung, Verkauf oder Konsum, ist weder notwendig noch zweckmäßig in Anbetracht der festgestellten Wirkung, dem Auftreten von Gewohnheitskonsum, der damit einhergehenden sozialen und religiösen Verbundenheit und der Möglichkeit, dass Konsumierende gezwungen werden könnten, auf andere, möglicherweise noch schädlichere Reiz- oder Rauschmittel auszuweichen (Kapitel XIV, Paragrafen 553 bis 585).
2. Die angestrebte Politik basiert auf Kontrolle und Restriktion. Sie will einen übermäßigen Gebrauch verhindern und den moderaten Konsum in angemessenen Grenzen halten (Kapitel XIV, Paragraf 586).
3. Maßnahmen für die Erreichung dieser Ziele sind:
   - Eine adäquate Besteuerung, die am besten durch die Kombination von einer direkten Abgabe und der Versteigerung von Verkaufslizenzen erreicht wird (Kapitel XIV, Paragraf 587).
   - Ein Anbauverbot ohne Lizenz und ein zentralisierter Anbau (Kapitel XVI, Paragrafen 636 und 677).
   - Die Begrenzung der Anzahl von Verkaufsstellen für Hanfdrogen (Kapitel XVI, Paragraf 637).
   - Die Begrenzung der Menge des erlaubten Besitzes (Kapitel XVI, Paragrafen 689 und 690). Die erlaubte Menge für Ganja oder Charas, oder andere Präparate oder Mischungen davon, würde bei 5 Tola (rund 60 Gramm) liegen, für Bhang oder jede andere Mischung davon bei einem Viertel ser (einem Viertelliter).

Die *New York Times* sagte in einem Artikel von 1892 voraus, dass die Idee einer totalen Prohibition von „Stimulanzien und Rauschmitteln" zur Verhinderung des Konsums etwa „so erfolgversprechend sei, wie wenn man Verkehrsunfälle verhindern wollte, indem man die Autofahrer dazu drängt, zu Hause zu bleiben".[12] Letzteres war allerdings im Wesentlichen die Richtung, in die sich das internationale Drogenkontrollsystem entwickelte. Unter den Abkommen der Vereinten Nationen sind heute, mit ganz wenigen Ausnahmen, alle Substanzen für nichtmedizinische und nichtwissenschaftliche Zwecke verboten.[13]

Über Jahrhunderte hinweg war der Gebrauch von Opium und Cannabis (in Asien, Afrika und im Nahen Osten) und Koka (in den Anden) für den kulturellen und zeremoniellen Gebrauch und in der traditionellen Medizin weit verbreitet. Der einzige von den Abkommen anerkannte Nutzen von psychoaktiven Substanzen ist aber die Behandlung von Krankheiten und die Schmerzbekämpfung. „Rein genussbringende Eigenschaften einer Substanz zählen nicht oder werden negativ bewertet", so Mark Kleinman, „weil ein weit verbreiteter freiwilliger Konsum ohne medizinischen Vorteil als Beweis für ein ‚Missbrauchspotenzial' gesehen wird."[14] Gemäß einer von Kleinman zitierten Amtsperson, die anonym bleiben will, bedeute diese Einschätzung für Einstufungsentscheidungen: „Wenn's Spaß macht, gehört's in die Kategorie eins."[15]

Die Null-Toleranz-Politik für den nichtmedizinischen Gebrauch von Substanzen, wie sie im internationalen Kontrollsystem verankert ist, hat eine verzerrte und moralisch aufgeladene Wahrnehmung geschaffen, die legal und illegal mit „gut und böse" gleichsetzt. „Die Unterteilung in legale und illegale Substanzen", so ließ das britische Innenministerium 2006 verlauten, „basiert allerdings nicht ausschließlich auf Pharmakologie, Wirtschaftlichkeit oder einer Risiko-Nutzen-Analyse. Es stützt es sich zum großen Teil auch auf historische und kulturelle Präzedenzfälle."[16] Gemäß einem Entwurfsdokument zur Überprüfung des Klassifizierungssystems im Vereinigten Königreich „sehen viele junge Menschen keine sinnvolle Vorgehensweise darin, Drogen wie zum Beispiel Cannabis und Ecstasy zu kontrollieren, wenn ihr Missbrauch der Gesellschaft insgesamt weniger schadet als so einfach verfügbare Drogen wie Alkohol und Tabak".[17] Die Drogenstrategie Großbritanniens räumte damals ein, dass Alkohol „im kulturellen Leben dieses Landes eine wichtige Rolle einnimmt".[18]

ABBILDUNG 1 Die einstufungen der UN-übereinkommen

1961 Einheitsübereinkommen über Suchtstoffe

KATEGORIE I	KATEGORIE II	KATEGORIE III	KATEGORIE IV
Substanzen mit hohem Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial und Ausgangsstoffe, die einfach in Drogen mit ähnlichem Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial umgewandelt werden können (z.B. Cannabis, Opium, Heroin, Methadon, Kokain, Kokablatt, Oxycodon)	Substanzen mit tieferem Abhängigkeits- und Missbrauchspotenzial als jene in Kategorie I (z.B. Codein, Dextropropoxyphen)	Präparate mit tiefem Betäubungsmittelgehalt: weisen ein minimes Missbrauchspotenzial auf und sind von den meisten Kontrollmaßnahmen ausgenommen, die für deren Inhaltsstoffe gelten (z.B. <2,5 % Codein, <0,1 % Kokain)	Bestimmte Substanzen die auch in Kategorie I gelistet sind, die „besonders gefährliche Eigenschaften" haben und einen geringen oder keinen therapeutischen Nutzen aufweisen (z.B. Cannabis, Heroin)

1971 Konvention über psychotrope Substanzen

KATEGORIE I	KATEGORIE II	KATEGORIE III	KATEGORIE IV
Substanzen mit einem hohen Missbrauchspotenzial, die eine besonders große Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen und einen geringen oder keinen therapeutischen Nutzen aufweisen (z.B. LSD, MDMA, Cathinon)	Substanzen mit Missbrauchspotenzial, die eine große Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen und die einen geringen oder moderaten therapeutischen Nutzen aufweisen (z.B. Dronabinol, Amphetamine)	Substanzen mit Missbrauchspotenzial, die eine große Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen und einen moderaten oder hohen therapeutischen Nutzen aufweisen (z.B. Barbiturate, Buprenorphin)	Substanzen mit Missbrauchspotenzial, die eine geringe Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen und einen hohen therapeutischen Nutzen aufweisen (z.B. Beruhigungsmittel, einschließlich Diazepam)

1988 Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen

LISTE I	LISTE II
Ausgangsstoffe von psychotropen Substanzen, wie Ephedrin, Piperonal, Safrol, phenylacetische Säure, Lysergsäure und einige Hauptreagenzien wie Essigsäureanhydrid, das für die Umwandlung von Morphin in Heroin verwendet wird und Kaliumpermanganat, das für die Extraktion von Kokain gebraucht wird	Eine ganze Reihe von Reagenzien und Lösungen, die für die illegale Produktion von Betäubungsmitteln und psychotropen Substanzen verwendet werden können, die aber auch in der legalen Industrie weit verbreitet sind, einschließlich Aceton, Diethylether, Toluol und Schwefelsäure

Ein „nachvollziehbarerer Ansatz bei Substanzmissbrauch" schien jedoch unmöglich, weil ein „Klassifizierungssystem, das sowohl auf legale als auch auf illegale Substanzen angewendet wird, von den meisten – zum Beispiel jenen, die Alkohol verantwortungsvoll konsumieren – nicht akzeptiert würde, und weil es mit einer tief verwurzelten Tradition und Akzeptanz von einer ganzen Reihe von bewusstseinsverändernden Substanzen (von Koffein bis Alkohol und Tabak) kollidiert. Legale Substanzen würden daher auf andere Weise reguliert".[19] Dieses Argument könnte allerdings genauso für die „tief verwurzelte Tradition und Akzeptanz" von Cannabis, Koka oder Opium in anderen Ländern geltend gemacht werden. Kolonialkulturelle Vorurteile und westliche Pharmakonzepte haben das internationale Drogenkontrollsystem geprägt. Sie sind noch immer tief in Fehlwahrnehmungen bezüglich „illegalen" Drogen und deren respektiven Gefährlichkeit verankert.

In einem Artikel, der ihn seinen Job kostete, kritisierte David Nutt als damaliger Leiter des Drogenberatungsgremiums der des Vereinigten Königsreich Regierung 2009 diese Verzerrungen. Er argumentierte, dass „die Drogendiskussion ohne den Bezug auf andere Gefahrenquellen in der Gesellschaft geführt würde, was den Drogen einen ganz anderen – viel alarmierenderen – Status verleihen würde".[20] Er verglich die Risiken beim Ecstasy-Konsum mit den beachtlichen Risiken des Reitens, um auf die grundlegend verschiedenen sozialen Einstellungen und politischen Maßnahmen aufmerksam zu machen. Ein Verbot des Hobbyreitens wurde nie diskutiert, trotz der hohen Zahl von – oft tödlichen – Unfällen bei Jugendlichen.

Dieses Foto zeigt einige der Naturdrogen, die unter den UN-Übereinkommen zur internationalen Kontrolle von Suchtstoffen aufgelistet sind, darunter Laudanum, Kokain, Morphium, Opium, Tollkirsche. © UN Foto/MB

Nutt verglich außerdem die Zahl der Toten in Verbindung mit Ecstasy mit der viel höheren Zahl von Todesfällen durch Paracetamol-Überdosen und zeigte auf, wie unterschiedlich die Medien berichten: „Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zeitung einen Todesfall durch Paracetamol erwähnte lag bei 1 zu 250, für Diazepam bei 1 zu 50. Bei Amphetaminen war es schon einer von drei Todesfällen, über den berichtet wurde. In Zusammenhang mit Ecstasy erschien jeder Todesfall in den Medien." Sein Fazit: „Die Berücksichtigung der Beweislage für die Überprüfung von Drogen auf ihre Schädlichkeit wird ein Schritt in Richtung einer glaubwürdigen Drogenstrategie sein."[21]

In ihrem Bericht „Regulierung von Drogen: Für eine verantwortungsvolle Kontrolle" von 2018 betonte die Weltkommission für Drogenpolitik die Notwendigkeit „eines Einstufungsverfahrens, das die garantierte Verfügbarkeit kontrollierter Substanzen für legitime Zwecke und das Verhindern eines problematischen Konsums besser ausbalanciert".[22] Im Bericht von 2019 schlägt die Weltkommission jetzt ein mehrstufiges, rationaleres Modell für eine verantwortungsvolle Klassifizierung und Einstufung vor.

KASTEN 3 Politische Einmischung in die Forschung, "das Kokain-Projekt der WHO von 1995"

Die WHO und das Institut für interregionale Kriminalitäts- und Justizforschung der Vereinten Nationen (UNICRI) verkündeten 1995 die Resultate der größten weltweiten Kokain-Studie mit mehr als 40 beteiligten Forscherinnen und Forschern aus der ganzen Welt. Die Studie kam zum Schluss, dass der Konsum von Kokablättern keine negativen gesundheitlichen Folgen zu haben scheint und für die indigene Bevölkerung sakrale und soziale Funktionen erfüllt. Die Studie forderte die weitere Erforschung der positiven therapeutischen Verwendung von Kokablättern. Sie fand zudem heraus, dass die schädlichen Auswirkungen des Kokainkonsums weniger verbreitet sind als die von legalen Drogen wie Alkohol und Tabak und dass sie sich auf Konsumierende von sehr hohen Dosen konzentrieren.

Als die Resultate den Delegierten der Mitgliedstaaten präsentiert wurden, stellten sich die US-Behörden gegen eine Veröffentlichung, weil, wie einer der Behördenvertreter vor der Weltgesundheitsversammlung argumentierte, das Projekt „in eine falsche Richtung gehe (…) [und] die Bemühungen der internationalen Gemeinschaft, den illegalen Anbau und die Produktion von Koka auszurotten, untergraben würde". Der US-Delegierte machte den Standpunkt seines Landes mit folgender Äußerung noch klarer: „Wenn die Bestrebungen der WHO die bewährten Drogenkontrollmaßnahmen nicht mehr unterstützen, sollten die finanziellen Mittel entsprechend gekürzt werden." Diese politische Einmischung in die Forschung bedeutete das Aus für das Projekt. Es wurde nie zu Ende geführt und die endgültigen Forschungsresultate nie veröffentlicht.[23]

Eröffnung der zweiten Sitzung der internationalen Suchtstoffkommission (CND) der Vereinten Nationen, Lake Success, New York, 1947. © UN Foto

DAS INTERNATIONALE EINSTUFUNGSSYSTEM

DIE GESCHICHTE DES INTERNATIONALEN DROGENKONTROLLREGIMES

Jeglicher „Freizeitgebrauch" von gewissen psychoaktiven Substanzen zu verbieten war vom wachsenden Einfluss des Puritanismus und der Abstinenzbewegung des späten 19. und frühen 20. Jahrhundert inspiriert, die in den Vereinigten Staaten von 1920 bis 1933 bereits zur Alkoholprohibition geführt hatten. Die treibende Kraft hinter der Drogenprohibition waren auch rassistische Gefühle gegenüber Immigranten aus China und Mexiko, die Opium und Cannabis konsumierten. Der Begriff „Sucht" konzentrierte sich ursprünglich auf Konsumierende von Opioiden. Kokain wurde bei seiner Einführung Mitte der 1880er-Jahre nicht als süchtig machend empfunden, weil es nicht die gleichen Auswirkungen hatte wie Opioide. Es galt auch als nicht süchtig machend, weil es als westliche Medizin wahrgenommen wurde und ihm „nicht das Stigma einer ‚alten' Droge aus der Vormoderne anhaftete".[24]

Die Ausrottungsbemühungen dieser „sündhaften Verhaltensweisen" auf internationaler Ebene zu verankern, hatten vorerst nur mäßigen Erfolg. Im ersten internationalen Übereinkommen, dem Den Haager Opiumabkommen von 1912, einigte man sich auf einige grundlegende Bestimmungen, um den internationalen Handel mit Opium zu regulieren und industriell hergestellte Drogen (Morphium und Kokain) auf „medizinische und legitime" Zwecke zu beschränken. Zu den „legitimen" Zwecken zählte auch der weitverbreitete Konsum in den traditionellen Anbauländern. In der Genfer Opiumkonferenz von 1925 wurden immer noch „legitime Zwecke" für rohes Opium und Kokablätter eingeräumt (Kapitel II), industriell hergestellte Drogen jedoch auf „rein medizinische oder wissenschaftliche Zwecke" eingeschränkt (Kapitel III).

> „Nixons Kampagne von 1968, und das Weiße Haus unter Nixon danach, hatten zwei Feinde: die Anti-Kriegs-Linke und die Schwarzen. Sehen Sie, was ich meine? Wir wussten, dass wir nicht legal gegen Kriegsgegner oder Schwarze vorgehen konnten, aber indem wir die Bevölkerung dazu brachten, Hippies mit Marihuana und die Schwarzen mit Heroin zu assoziieren und dann beides hart zu ahnden, konnten wir diese Gemeinschaften schwächen. Wir konnten ihre Anführer verhaften, ihre Häuser durchsuchen, ihre Treffen auflösen und sie täglich in den Nachrichten verleumden. Ob wir wussten, dass das alles gar nicht stimmte? Natürlich wussten wir das."
>
> **John Ehrlichman (im Jahr 1994), US-Präsident Richard Nixons Chefberater für innere Angelegenheiten (1969–1973)**

Die europäischen Kolonialmächte unterhielten in ihren Überseegebieten gewinnträchtige Monopole auf den Handel mit Opium, Koka und Cannabis. Die ersten internationalen Drogenabkommen waren stark von kolonialen Interessen wie auch von kulturellen Vorurteilen beeinflusst: Alkohol und Tabak waren in den Heimatländern der Hauptverhandlungsführer gesellschaftlich akzeptierte Substanzen und wurden deshalb nie ernsthaft als Substanzen gesehen, die unter die internationale Kontrolle gestellt werden müssten. Die Kolonialmonopole belieferten die lokalen Opiummärkte in Asien und die Cannabismärkte in Nordafrika – sie anerkannten somit traditionelle Konsummuster – wie auch den europäischen Medizinmarkt mit zahlreichen Präparaten mit Opiaten, Cannabis und Kokain.

Das Prinzip der Einstufung von Drogen in verschiedene Kategorien wurde erstmals im Abkommen zur Beschränkung der Herstellung und zur Regelung der Verteilung der Betäubungsmittel von 1931 eingeführt. Die deutsche Delegation hatte darauf bestanden, Codein nicht gleich zu behandeln wie Opium, Morphium oder Heroin, da es weniger gefährlich sei. Ohne diese Abstufung hätten sie das Abkommen nicht unterzeichnet. Die deutsche Pharmaindustrie war damals der führende Hersteller von Codein. Also wurde ein zweistufiges System ausgearbeitet mit verschiedenen Levels der Kontrolle und Beschränkung. «Die meisten waren sich zudem einig, dass im Normalfall die Substanz mit der kleinsten Suchtgefahr zur Anwendung kommen sollte. Also war Codein wenn möglich Morphium vorzuziehen. Wenn aber alle Substanzen gleich streng kontrolliert würden – das heisst, alle gleich schwierig zu beschaffen wären und die gleiche Menge an Formalitäten verlangten –, hätten Ärzt*innen und Apotheker*innen wenig Anreiz, neuere und möglicherweise weniger schädliche Substanzen als Codein zu wählen.»[25] Unter dem Druck Deutschlands und mit diesem plausiblen Argument konfrontiert einigten sich die Delegierten auf einen Kompromiss. Sie schufen eine zweistufige Regulierungsstruktur: Substanzen der Gruppe II wurden von der Meldepflicht des Detailhandels ausgenommen und konnten rezeptfrei verkauft werden.

Das Abkommen von 1931 führte ein weiteres wichtiges Prinzip ein: „Es stellte nicht nur Substanzen unter Kontrolle, die an sich gefährlich waren, sondern auch jene, die sich in gefährliche Drogen ‚konvertieren' ließen."[26] "Potenziell süchtig machende" Substanzen wurden in die Gruppe I eingeteilt. Substanzen, die in solche umgewandelt werden können, in die Gruppe I, Untergruppe (b), wenn sie nur beschränkt einen medizinischen Nutzen aufwiesen, und in die Gruppe II, wenn sie in der Medizin häufig verwendet wurden.

Vor 1961 konzentrierte sich das internationale Drogenkontrollsystem darauf, den internationalen Handel einzuschränken, und war so gestaltet, dass die nationalen Unterschiede in den Gesetzgebungen berücksichtigt und geachtet wurden. Das übergeordnete Ziel war, „den unkontrollierten Export von gewissen Substanzen in Länder, die diese verbieten, zu verhindern. Dieses Anerkennen von Unterschieden war von grundlegender Bedeutung für die Entstehung des internationalen Kontrollsystems vor 1946, bis es in der Nachkriegszeit einer Überarbeitung unterzogen wurde, die in das Einheitsübereinkommen von 1961 mündete. Dies hatte unter anderem zum Ziel, ein bis anhin im Grunde ‚gegenseitiges' System in ein moralisch aufgeladenes ‚absolutes' Prinzip der Prohibition zu überführen".[27]

Die beiden Grundpfeiler des internationalen Kontrollsystems – das mit dem Abkommen von 1925 eingeführte Import- und Exportbewilligungssystem sowie das System aus dem Abkommen von 1931, das die globale legale Produktion mit dem geschätzten weltweiten Bedarf abstimmt – sind immer noch in Kraft und werden vom Internationalen Suchtstoffkontrollrat (INCB) überwacht. Gemäß Adolphe Lande, der in der Ausarbeitung des UN-Drogenkontrollsystems nach dem Zweiten Weltkrieg eine Schlüsselrolle spielte, haben diese administrativen Systeme ihre Ziele erreicht, sodass in den 1950er-Jahren „nur noch höchst unbedeutende Mengen" aus legalen Produktionsquellen über den internationalen Handel in illegale Kanäle flossen.[28] Der illegale Handel ist gemäß Lande jedoch „eine Folge dieser Kontrolle"[29] und „unerlaubte Fabriken, die relativ einfach an Opium oder Kokablätter kommen, hätten die Rolle der legalen Hersteller als Zulieferer für den Schwarzmarkt übernommen".[30]

Im 19. Jahrhundert wurden heute illegale psychoaktive Substanzen als Heilmittel für eine Reihe von Krankheiten verkauft, zum Beispiel Kokain zur Behandlung von Depressionen. Archivbild

Für den Anbau und die traditionelle Nutzung der drei Pflanzen, dessen Derivate ursprünglich im Hauptfokus des internationalen Kontrollregimes lagen, galt bis 1961 die Grundregel des aktuellen Systems noch nicht: die strikte Beschränkung auf medizinische und wissenschaftliche Zwecke. In Asien, Afrika und dem Nahen Osten war der Konsum von Opium und Cannabis und in den Anden der Konsum von Koka schon lange weit verbreitet und für kulturelle und zeremonielle Zwecke oder für den Gebrauch in der traditionellen Medizin von der Gesellschaft akzeptiert. Für die UN-Kommission für Suchtstoffe (CND) stellte dies 1955 einen „schweren Missstand dar, welchen sie mit der Ausarbeitung des Einheitsübereinkommens zu korrigieren gedachte. Die Suchtstoffkommission sah demnach auch keine Ausnahmen von dieser Grundregel vor, als sie beschloss, sie in das permanente Regelwerk ihres Entwurfs aufzunehmen".[31]

Während des Wiederaufbaus und der Wirren der weltweiten Entkolonialisierung nach dem Zweiten Weltkrieg stärkte die Schaffung eines neuen „Einheitsübereinkommens" unter der Schirmherrschaft der Vereinten Nationen das internationale Regime. Das Einheitsübereinkommen von 1961 beabsichtigte, alle Vorkriegsabkommen in einem „einheitlichen" Rechtsinstrument zu vereinen. Es sollte aber auch die Kontrolllücken schließen, die sich als Folge der erfolgreichen Bekämpfung des Abzweigens von legalen Quellen in Form von illegalen Produktions- und Handelsaktivitäten aufgetan hatten.

Die britischen, niederländischen und französischen Kolonialmächte hatten sich bis anhin dem Auferlegen von strengeren Verbotsvorschriften widersetzen können. Nun hatten sie die Kontrolle über ihre legalen und profitablen Opium-, Koka- und Cannabisproduktionen in den ehemaligen Kolonien abgeben müssen. Die unabhängig gewordenen Länder, darunter Indien, Burma, Indonesien und Marokko, konnten dem Druck der USA, ein weltweites Drogenprohibitionsregime einzuführen, weniger erfolgreich standhalten; das Machtgefüge hatte sich verschoben. Ihre Vorschläge, den Wortlaut der Grundverpflichtung des Abkommens, „der Beschränkung auf ausschließlich medizinische und wissenschaftliche Zwecke" mit „und andere legitime Zwecke" zu ergänzen (analog der Abkommen von 1912 und 1925), um die Weiterführung von jahrhundertealten Traditionen zu ermöglichen, wurden abgelehnt.[32] Nach schwierigen Verhandlungen verpflichtete das Einheitsübereinkommen die Länder, ihre nationalen Kontrollen auf den Anbau von Schlafmohn, Koka und Cannabis auszuweiten, strafrechtliche Konsequenzen für den illegalem Anbau einzuführen und jeglichen traditionellen Konsum zu verbieten.[33]

Das Einheitsübereinkommen von 1961 „verfolgt die Grundidee der hoch entwickelten Drogenkonsumstaaten, den Anbau von Pflanzen für die Drogenproduktion einzudämmen und schließlich zu eliminieren – Ziele, die immer nur auf Kosten der Entwicklungsländer, in denen die Pflanzen angebaut werden, erreicht werden konnten".[34] Jeglicher traditionelle Gebrauch von Cannabis oder Koka musste innerhalb von 25 Jahren unterbunden werden, der „sogenannt medizinische" Konsum von Opium innerhalb von 15 Jahren. Cannabis („die blühenden oder früchtetragenden Spitzen der Cannabispflanze") und Haschisch (das Cannabisharz) wurden, nicht unumstritten, in die Kategorie I und IV eingeteilt. Letztere ist für Substanzen mit „besonders gefährlichen Eigenschaften" und minimem oder keinem anerkannten therapeutischen Nutzen reserviert. Diese harte Klassifizierung wurde ohne eine seriöse Beurteilung durch die WHO vorgenommen, die sich auf Empfehlungen des Expertenkomitees für Drogenabhängigkeit (ECDD) stützt, einem vom Einheitsübereinkommen beauftragten Gremium, bei Einstufungen zu beraten.[35] Laut Adolphe Lande wurde Cannabis „in eine Kategorie der pflanzlichen ‚Betäubungsmittel' eingeteilt, deren Kontrolle im internationalen Regime zweifellos eine Schwachstelle darstellt".[36]

Auch Kokablätter zusammen mit Kokain in die Kategorie I einzuteilen, wurde ohne seriöse wissenschaftliche Überprüfung von der WHO entschieden. Die Kriterien für einen Klassifizierungsentscheid unterliegen im Einheitsübereinkommen dem „Ähnlichkeitsprinzip" (wenn eine Substanz einer anderen, bereits kategorisierten Substanz gleicht, rechtfertigt dies eine ähnlich strenge Kontrolle) und dem „Konvertierbarkeitsprinzip" (wenn sich ein „Vorläuferstoff" einfach in eine bereits klassifizierte Droge umwandeln lässt, rechtfertigt dies eine ähnlich strenge Kontrolle). Diese Kriterien haben die historischen Vorurteile im System fortbestehen lassen und dazu geführt, dass Pflanzenrohstoffe und extrahierte Alkaloide gleich streng kontrolliert werden.

HALTLOSIGKEITEN UNTERGRABEN DAS HEUTIGE SYSTEM

Strukturelle Unbeständigkeiten im Einstufungsverfahren wurden mit der Weiterentwicklung der Vertragsstruktur mit den Konventionen von 1971 und 1988 noch verstärkt. Eine aus wissenschaftlicher Sicht fragwürdige Unterscheidung zwischen sogenannten „Betäubungsmitteln" (1961) und „psychotropen Substanzen" (1971) erlaubte es, die Kontrolle für eine Reihe von Pharmazeutika zu lockern, darunter Amphetamine, Barbiturate und Beruhigungsmittel. Wie das Drogenkontrollprogramm der Vereinten Nationen (UNDCP) – heute das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNODC) – in einem Kommentar zu seinem Mustergesetz zum Drogenmissbrauch aus dem Jahr 2000 festhielt, „entbehrt die internationale Einteilung in Betäubungsmittel und psychotrope Substanzen, je nachdem, ob eine Substanz im Abkommen von 1961 oder 1971 aufgelistet ist, jeglicher konzeptionellen Grundlage. Die gesetzliche Definition vieler psychotroper Substanzen trifft genauso auf Betäubungsmittel zu, und in vielen Fällen auch umgekehrt".[37]

Regierungen in Skandinavien begannen in den 1950er-Jahren Alarm zu schlagen und auf einen Anstieg des Amphetaminmissbrauchs hinzuweisen. „Die Verbreitung im Inland einzudämmen gelang nicht, weil Nachbarländer, allen voran Westdeutschland, keine nennenswerten Exportkontrollen durchführten. Dies glich der Situation mit Opiaten ein halbes Jahrhundert früher, als unterschiedliche nationale Gesetzgebungen einen Verkehr zuließen, den die eine Regierung als legal eingestufte, das Nachbarsland jedoch als illegal."[38] Die ursprüngliche Idee war, die Substanzen durch die Aufnahme in das Einheitsübereinkommen von 1961 unter internationale Kontrolle zu stellen.

Gemäß Mitarbeiter*innen der WHO könnten die negativen Auswirkungen von Amphetaminen „durchaus mit jenen von Kokain ‚verglichen werden', da beide das zentrale Nervensystem stimulieren [und] die negativen Auswirkungen von abhängigkeitserzeugenden Barbituraten und von Beruhigungsmitteln, die ebenfalls Abhängigkeit erzeugen, könnten in diesem Zusammenhang auch mit den negativen Auswirkungen von Morphium verglichen werden, da all diese Substanzen eine Depression des zentralen Nervensystems verursachen. Der Grund, warum die Weltgesundheitsorganisation diese Ähnlichkeit nicht gelten lassen kann, ist nicht unbedingt technischer, sondern rechtlicher Natur".[39]

William McAllister unterstellt „multinationalen Pharmafirmen, weltweit Regierungen beeinflusst zu haben, gegenüber psychotropen Substanzen eine liberalere Haltung einzunehmen, als das bisher bei Opiaten und Koka-Produkten der Fall war".[40] Dies habe zur Folge gehabt, dass für diese Substanzen ein separates Protokoll ausgehandelt wurde, was zur Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 führte. Viele Länder „haben die von den internationalen Übereinkommen vorgegebenen Einstufungen ganz oder mit nur wenigen Anpassungen kopiert. Daher spielte die Konfiguration der Einstufungen für die Pharmakonzerne und deren Absatzmöglichkeiten in potenziell lukrativen Überseemärkten eine wichtige Rolle".[41]

Während der Verhandlungen äußerten indische Abgeordnete die Hoffnung, dass „Industrieländer, die psychotrope Substanzen produzieren, für diese nun wirkungsvolle Kontrollmechanismen einführen würden, so wie Opium-produzierende Länder im Interesse der gesamten Menschheit über die letzten Jahrzehnte eine strenge Kontrolle über Opium akzeptiert haben".[42] Die Kontrollen für nicht pharmazeutische Substanzen in der Kategorie I (LSD, MDMA, Psilocybin, Meskalin) sind tatsächlich so streng wie jene im Übereinkommen von 1961, wenn nicht sogar strenger. Das Kontrollregime für die anderen drei Kategorien von 1971 ist jedoch bedeutend milder, auch wenn mehrere Beschlüsse des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen (Economic and Social Council, ECOSOC) später die Mitgliedstaaten dazu anhielt, strengere Maßnahmen einzuführen als vom Abkommen vorgegeben.[43] Das Expertenkomitee für Drogenabhängigkeit der WHO (ECDD) hat auf die dadurch entstandenen Probleme im Einstufungsverfahren aufmerksam gemacht (Kasten 4).[44]

KASTEN 4 Zweideutige Kriterien (WHO Expertenkomitee für Drogenabhängigkeit ECDD)[45]

„Im Wesentlichen gilt die Ähnlichkeit in Bezug auf Missbrauch und auf negative Auswirkungen mit bereits unter Kontrolle stehenden Substanzen als das Kriterium für Betäubungsmittel. In Übereinstimmung mit dem Einheitsübereinkommen über die Betäubungsmittel von 1961 (im Folgenden ‚Einheitsübereinkommen von 1961' genannt), überprüft das ECDD, bevor es eine Substanz unter die internationale Kontrolle zu stellen empfiehlt, ob die einzustufende Substanz eine Morphium-ähnliche, Kokain-ähnliche oder Cannabis-ähnliche Wirkung hat oder ob sie sich in eine bereits klassifizierte Substanz mit diesen Auswirkungen umwandeln lässt. Wenn ja, überprüft das Expertenkomitee, ob die Substanz ein ähnliches Missbrauchsrisiko und ähnlich negative Folgen aufweist wie eine Substanz in Kategorie I oder II oder er bestätigt, dass sie sich in eine dieser Substanzen konvertieren lässt.

Es werden in den Richtlinien jedoch keine genaueren Angaben gemacht, wie nah eine Substanz der Originalsubstanz kommen muss, um als Morphium-ähnlich, Kokain-ähnlich oder Cannabis-ähnlich zu gelten. Das Fehlen von spezifischen Kriterien in dieser Hinsicht stellt das ECDD vor große Schwierigkeiten, wenn eine zu überprüfende Substanz zum Beispiel sowohl Ähnlichkeiten mit Betäubungsmitteln wie auch psychotropen Substanzen aufweist. Die Einstufungskriterien in der Konvention über psychotrope Substanzen von 1971 (im Folgenden ‚Konvention von 1971' genannt) beruhen nämlich ebenfalls auf dem Ähnlichkeitsprinzip. Die Entscheidung, schmerzlindernde und aufputschende Reizmittel unter die Kontrolle der Übereinkommen von 1961 oder 1971 zu stellen, stellt ein großes Problem dar. Die meisten starken Schmerzmittel werden im Einheitsübereinkommen von 1961 aufgelistet, einige wenige unterstehen jedoch als psychotrope Substanzen der Konvention von 1971. Von den Stimulanzien des zentralen Nervensystems ist Kokain im Einheitsübereinkommen von 1961 aufgelistet, Amphetamine hingegen in der Konvention von 1971. Die Kriterien für die Entscheidung, in welches der beiden Abkommen eine Substanz gehört, sind daher unklar für diese Art von Substanzen."[45]

Eine weitere Unstimmigkeit stellt das Einschließen von pflanzlichen Rohmaterialien oder anderen Verläuferstoffen im Einheitsübereinkommen von 1961 dar, während die Konvention von 1971 diese „unwandlungbaren" Substanzen explizit ausschließt. Diese Lücke wurde mit dem Abkommen von 1988 geschlossen. Es schließt Verläuferstoffenvon „psychotropen Substanzen", nicht aber von „Betäubungsmitteln" (bereits im Einheitsübereinkommen von 1961 geregelt) ein, sowie für die illegale Produktion von beiden häufig verwendete chemische Reagenzien und Lösungsmittel. Dies hat eine Teilung innerhalb der Organisation bewirkt: Die WHO veröffentlicht Empfehlungen zu Verläuferstoffen von Betäubungsmitteln und der Internationale Suchtstoffkontrollrat (ICNB) zu Verläuferstoffen von psychotropen Substanzen.

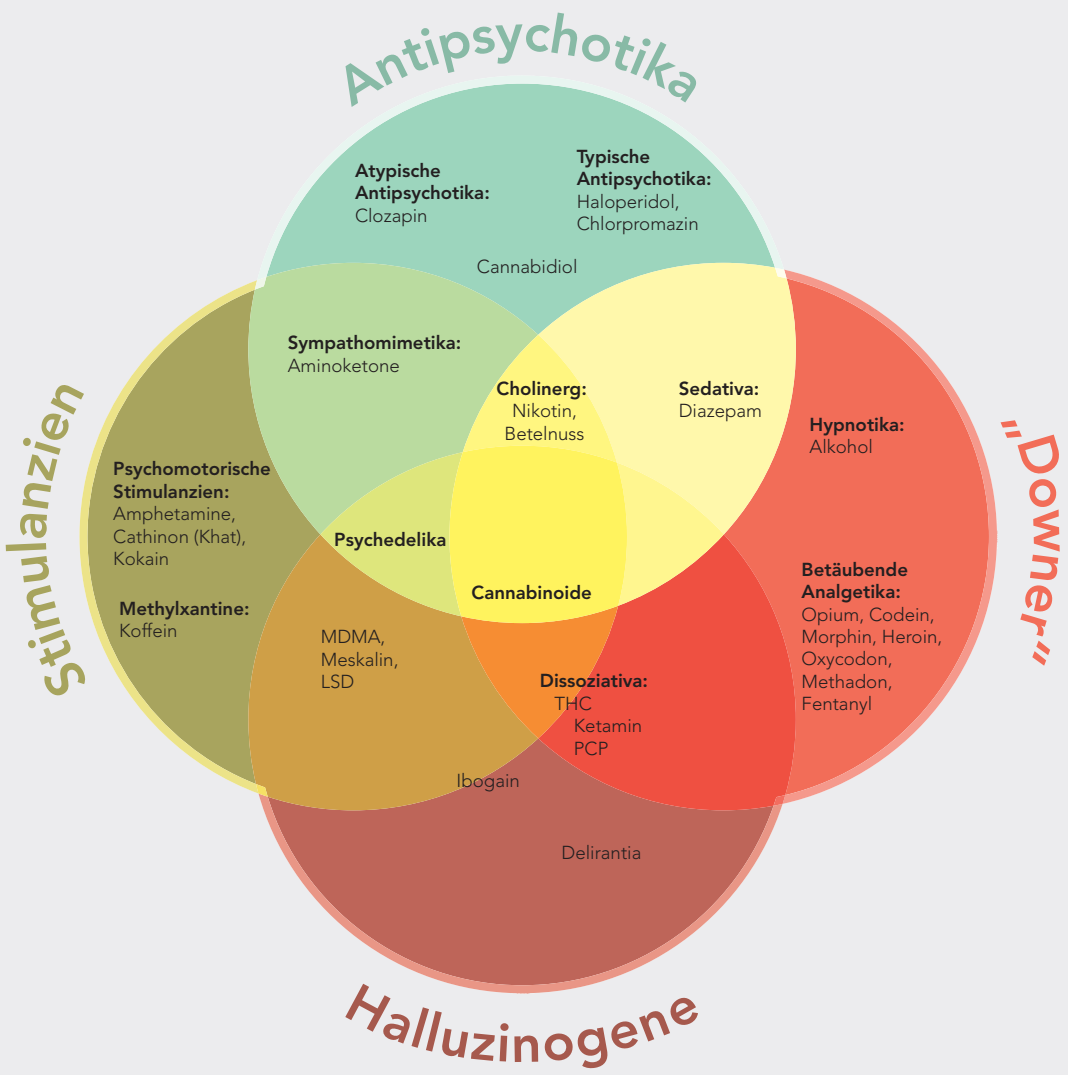
Die Konvention von 1971 wendet zudem auf alle Einstufungsentscheidungen ein „Nicht-Akzeptanz-Prinzip" an. Eine Partei kann eine Erklärung einreichen, warum sie „in Anbetracht besonderer Umstände nicht alle Bestimmungen des Übereinkommens in Bezug auf eine bestimmte Substanz umzusetzen kann" (Artikel 2.7). Dies erlaubt im Vergleich zum Einheitsübereinkommen von 1961 etwas mehr Flexibilität, was nationale Abweichungen von den UN-Einstufungen betrifft.

Im Abkommen von 1931 hatte die Gesundheitskommission des Völkerbunds die Befugnis, zusätzliche, aus Alkaloiden von Opium oder Koka hergestellte Substanzen in die Gruppe I oder II aufzunehmen. Unter den Vereinten Nationen nach dem Zweiten Weltkrieg ging diese Befugnis an die WHO über, die auf Empfehlung eines Expertenkomitees entscheidet, und sie wurde auf Substanzen mit Morphium-ähnlicher oder Kokain-ähnlicher Wirkung sowie auf Substanzen, die in eine dieser Substanzen „unwandlungsbar" waren, ausgeweitet.[46] Ursprünglich wurden die Einstufungsentscheidungen also von einem spezialisierten Gesundheitsgremium im Auftrag der internationalen Gesellschaft gefällt. Das Einheitsübereinkommen von 1961 hat diese Befugnis auf die UN-Suchtstoffkommission (CND) übertragen und die Annahme von WHO-Empfehlungen von der einfachen Mehrheit der CND-Mitgliedstaaten abhängig gemacht. Zu einem gewissen Grad wurden so Entscheidungen über Einstufungsempfehlungen, die auf wissenschaftlichen Expertenmeinungen der WHO basieren, den politischen Überlegungen der Mitgliedsstaaten unterworfen.

Gemäß der offiziellen Erklärung, welche die Mitgliedstaaten anleitet, wie das Einheitsübereinkommen von 1961 zu interpretieren ist, sollte die CND „grundsätzlich die pharmakologischen und chemischen Erkenntnisse der Weltgesundheitsorganisation übernehmen. Wenn sie die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nicht akzeptiert, soll sie sich von anderen Aspekten, zum Beispiel administrativer oder sozialer Art, leiten lassen."[47] Die CND kann eine Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation nur entweder annehmen oder ablehnen, sie kann keine andere Kategorie wählen und „auf keinen Fall darf die CND die Kontrolle auf eine Substanz ausweiten, ohne dass die Weltgesundheitsorganisation dies empfohlen hat".[48]

Ähnliche Vorgaben gelten für die Konvention von 1971. So sollten WHO-Einschätzungen „in medizinischer und wissenschaftlicher Hinsicht maßgebend sein".[49] Im Vorwort steht, dass sie „von der Kommission akzeptiert werden müssen, da diese nicht befugt ist, ihre Entscheidungen auf andere medizinische oder wissenschaftliche Einschätzungen abzustützen".[50] Änderungen in den Einstufungen von 1971 können jedoch mit einer Zweidrittelmehrheit entschieden werden und die CND kann „unter Berücksichtigung ökonomischer, sozialer, gesetzlicher, administrativer und anderer Faktoren, die sie als relevant erachtet," beschließen, eine Substanz in eine andere Kategorie aufzunehmen als von der WHO vorgeschlagen.[51]

ABBILDUNG 2 Unterschiedliche psychoaktive Substanzen



[Quelle] Wikipedia Commons, adaptiert von der Weltkommission für Drogenpolitik

AUS DEM GLEICHGEWICHT: ZUGANG ZU KONTROLLIERTEN ARZNEIMITTELN

Das internationale Drogenkontrollregime basiert auf dem Prinzip des Gleichgewichts zwischen den beiden Ansprüchen, den Zugang zu kontrollierten Arzneimitteln sicherzustellen und Abzweigungen zu verhindern. Das Kontrollsystem hat das Abzweigen von legal produzierten pharmazeutischen Mitteln wie Opiaten und Kokain in illegale Versorgungskanäle erfolgreich verringert. Vor dem Zweiten Weltkrieg hatte dies noch im großen Stil stattgefunden. Die WHO hält daran fest, dass die „Allgemeingültigkeit der Übereinkommen und deren Umsetzung im internationalen Handel weiterhin hochwirksam das Abzweigen von Substanzen in illegale Märkte verhindert".[52] Die meisten illegalen Abzweigungen von Pharmazeutika geschehen laut INCB heute auf nationaler Ebene: „Da praktisch keine Betäubungsmittel und psychotrope Substanzen aus dem internationalen Handel mehr in den Schwarzmarkt fließen, hat sich das Abzweigen dieser Substanzen aus legalen inländischen Vertriebskanälen zu einer Hauptquelle für die Versorgung der illegalen Marktplätze entwickelt."[53]

Die in der Geschichte der USA beispiellose Opioid-Epidemie ist eine düstere Ermahnung an die Wichtigkeit des Gleichgewichts zwischen der Sicherstellung des Zugangs zu Schmerzmitteln und der Eindämmung des Risikos eines problematischen Konsums und von Überdosen, wenn wirksame Kontrollen fehlen. Die Epidemie wird von verschiedenen Faktoren vorangetrieben: illegal importiertes Heroin, hauptsächlich aus Mexiko und Kolumbien; von Ärzten verordnete Schmerzmittel; das Abzweigen von Pharmazeutika in verbotene Vertriebskanäle; Verkäufe übers Internet, entweder über die Websites des „Graumarktes" mit niedrigen Verschreibungshürden oder über illegale Crypto-Märkte sowie das noch junge Phänomen der hochpotenten Fentanyl-ähnlichen Substanzen, die auf den Markt kommen, darunter mit Fentanyl gestrecktes mexikanisches Heroin.

KASTEN 5 Internationale Einstufung von Ketamin

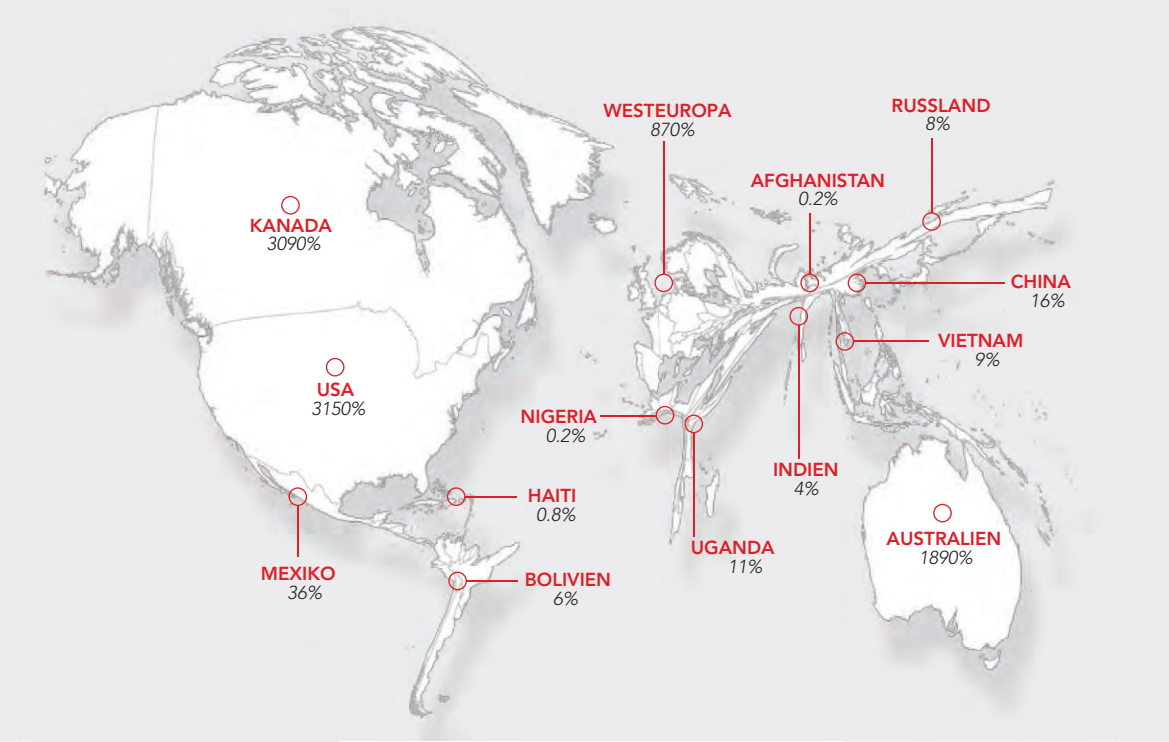
Ketamin ist ein Narkosemittel, das sowohl in der Tiermedizin als auch bei chirurgischen Eingriffen am Menschen eingesetzt wird. Es ist über weite Teile des globalen Südens oft das einzige zur Verfügung stehende Betäubungsmittel. Ketamin ist einfach in der Anwendung, vor allem in unterentwickelten und ländlichen Gebieten sowie in Notfallszenarien, wenn klinisch kontrollierte Bedingungen fehlen, es unterdrückt die Atmung nicht und es ist unter medizinischer Aufsicht sicher in Bezug auf Überdosen. Aus diesen Gründen wird Ketamin in der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO aufgeführt. Gleichzeitig wird es wegen seiner dissoziativen Wirkung auch in der Freizeit als Halluzinogen konsumiert. Diese Konsumform hat in den letzten Jahren zugenommen, was China, unterstützt von anderen asiatischen Ländern und dem INCB, dazu veranlasst hat, die Substanz unter die internationale Kontrolle zu stellen. Das ECDD der WHO äußert jedoch Bedenken, „dass sich eine Klassifizierung von Ketamin nachteilig auf die Verfügbarkeit und den Zugang auswirken könnte. Dies würde den Zugang für notwendige chirurgische Eingriffe und die Notfallmedizin einschränken, was für Länder ohne bezahlbare Betäubungsmittelalternativen einer Krise der öffentlichen Gesundheit gleichkäme".[68]

Die aggressive Vermarktung von Schmerzmitteln streute bewusst Fehlinformationen, wie zum Beispiel die Behauptung, das Abhängigkeitsrisiko sei gering. Solche Methoden ließen die Verkaufszahlen ansteigen, vor allem beim 1996 von Purdue Pharma eingeführten OxyContin,[54] das „große Mengen von Oxycodonhydrochlorid zum Inhalieren oder intravenös spritzen einfach verfügbar machte".[55] Dies war einer der Hauptauslöser der Epidemie, die wegen des chronischen Mangels an wirksamen Schadensminderungsmaßnahmen noch immer andauert.[56] Während die Krise ein alarmierendes Ausmaß angenommen hat, sind die Umstände, die sie ermöglichen, ein auf Amerika reduziertes Phänomen geblieben. Sie schließen verantwortungsloses Verhalten von Pharmafirmen, unregulierte Privatkliniken und illegale Verschreibungs- und Versorgungskanäle, die ungestraft genutzt werden, ein. Die Weltkommission

hat in ihrem Positionspapier von 2017 die Opioid-Krise in Nordamerika detailliert untersucht. In Wahrheit leiden die meisten Menschen unter einer diametral entgegengesetzten Krise der Volksgesundheit und Menschenrechte: der Epidemie von unbehandelten Schmerzen und dem oft fehlenden Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten. Der Zugang ist für gewisse international kontrollierte „Betäubungsmittel" besonders schwierig. Bei seiner Einführung wurde das Einstufungssystem als ein Mechanismus zur Verbesserung des Zugangs gerechtfertigt. „Mit dem nachsichtigeren Kontrollregime der Gruppe II wollten die Urheber des Abkommens von 1931 der Tatsache Rechnung tragen, dass weit verbreitete, hilfreiche Medikamente mit geringem Missbrauchsrisiko einfach verfügbar sein sollten, und dass die eingeführten Kontrollen sowohl die Missbrauchsprävention wie auch die Verfügbarkeit für legitime Zwecke berücksichtigen sollten".[58] Ähnliche Überlegungen liegen dem nachsichtigeren Kontrollregime der Konvention von 1971 zugrunde: "Die Verfasser der Konvention über psychotrope Substanzen (unterzeichnet in Wien 1971) erachteten zu strenge Kontrollen auf sehr breit eingesetzte Medikamente als nicht sinnvoll, da sie deren Verwendung für therapeutische Zwecke einschränken würden. Sie betonten vielmehr die Wichtigkeit des Wissens um die gefährlichen Auswirkungen der jeweiligen Substanzen und die Aufklärung darüber im Kampf gegen den Drogenmissbrauch."[59]

Nach Angaben der WHO „hat die Verpflichtung, den Missbrauch von kontrollierten Substanzen zu verhindern, viel mehr Aufmerksamkeit erhalten als die Verpflichtung, sie in ausreichender Menge für medizinische und wissenschaftliche Zwecke verfügbar zu machen, und dies hat in vielen Ländern zu Gesetzen und Bestimmungen geführt, die den Zugang zu kontrollierten Medikamenten andauernd und massiv behindern".[60]

ABBILDUNG 3 Weltweiter Zugang zur Schmerzbekämpfung
(Geschätzter Anteil der gedeckten Nachfrage)



[Quelle] Knaul, F., Bhadelia, A., Rodriguez, N., Arreaola-Ornelas, H., Zimmerman, C. "The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief – findings, recommendations and future directions", The Lancet, März 2018.

Auf dieses intravenös spritzen Scheitern des Systems reagierte die WHO 2007 mit der Gründung des Programms für den Zugang zu kontrollierten Medikamenten (ACMP). Es soll Regierungen darin unterstützen, die größten Hürden zum Zugang zu identifizieren und zu beseitigen.[61] Die WHO publizierte 2011 Richtlinien zur Sicherstellung des Gleichgewichts in den einzelstaatlichen politischen Maßnahmen für kontrollierte Substanzen[62]; 2015 legte der INCB seinem Bericht eine Beilage zum Thema der Verfügbarkeit von kontrollierten Arzneimitteln bei[63] und das Ergebnispapier der Sondertagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNGASS) zum Thema Drogen im April 2016 widmete dem Thema ein eigenes Kapitel.[64] Allen Bemühungen zum Trotz ist, gemäß Lagebericht des INCB, der Zugang zu Opioid-Analgetika und mehreren unentbehrlichen psychotropen Substanzen in den meisten afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Ländern sowie auf den Karibischen Inseln und in Osteuropa noch immer unzureichend oder hat sich sogar verschlechtert: „Die Menschen leiden noch immer; sei es, weil sie ohne Narkose operiert werden, Medikamente, die sie benötigen, nicht erhalten oder unter unnötigen Schmerzen sterben müssen."[65] Die Folgen dieses "tiefgreifenden Ungleichgewichts", welches die Strafverfolgung über den Zugang von kontrollierten Medikamenten stellt, wurden 2015 im Bericht der Weltkommission "Die verheerenden Auswirkungen der Drogenkontrolle auf die Volksgesundheit: Die globale Krise des vermeidbaren Leidens" ausgeführt.[66]

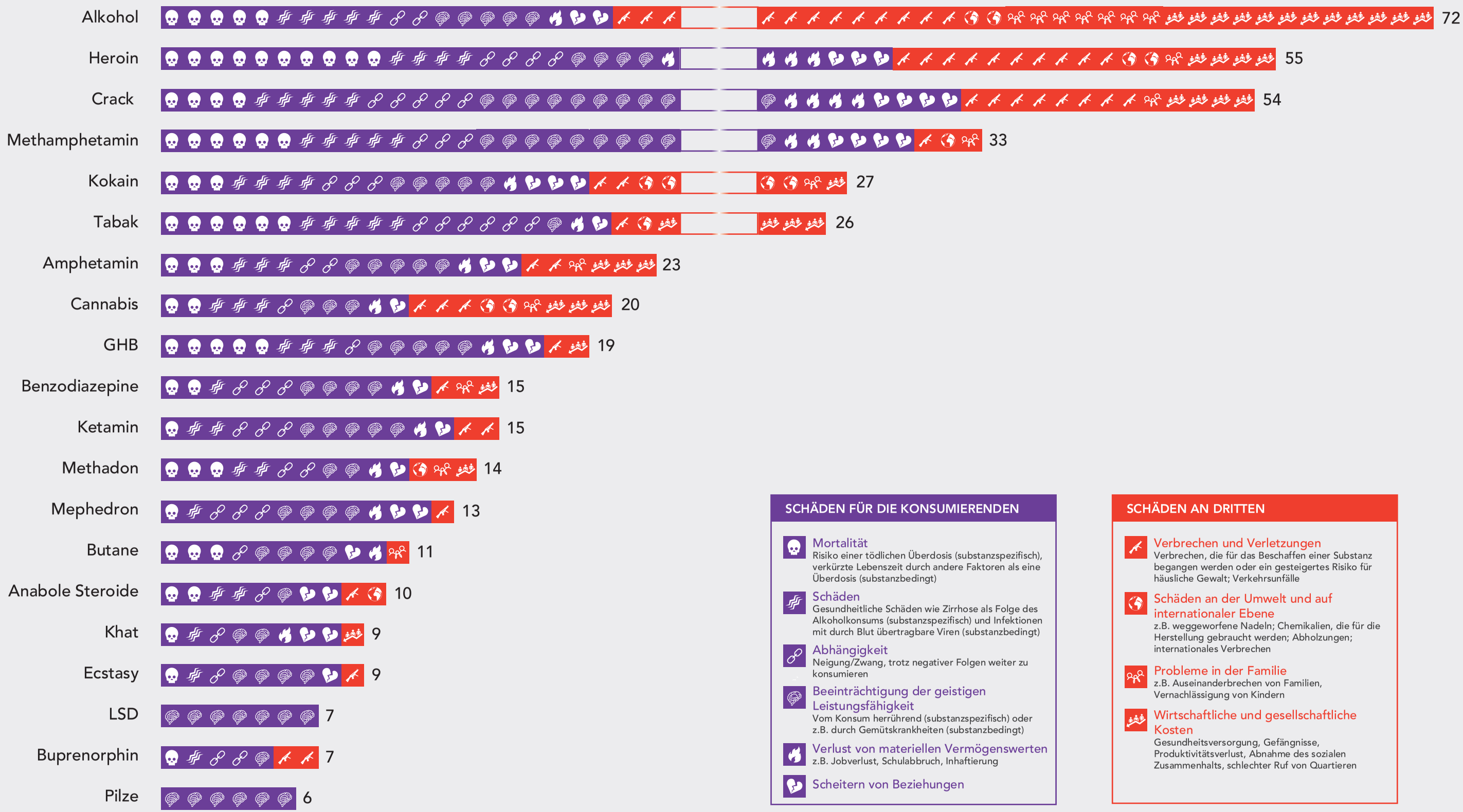
Dieses tiefsitzende Ungleichgewicht scheint schwierig zu überwinden zu sein, wie die jüngsten Kontroversen um die Einstufung von Tramadol und Ketamin (Kasten 5) zeigen. In beiden Fällen hat sich die WHO nach wiederholten Einschätzungen gegen eine internationale Kontrolle ausgesprochen, mit dem Argument, dass eine Einstufung den Zugang für medizinische Zwecke behindern würde. Gleichzeitig hat der INCB Staaten, die eine internationale Kontrolle fordern, unterstützt und empfohlen, die Substanzen zumindest auf nationaler Gesetzesebene unter Kontrolle zu stellen. Dies zeigt die unterschiedlichen Haltungen des Expertenkomitees der WHO (ECDD) und dem INCB-Sekretariat sowie die Versuche des INCB sich in Belange einzumischen, die eindeutig der WHO unterliegen.[67]

EMPFEHLUNG

Die internationale Gemeinschaft muss Unbeständigkeiten und Widersprüche im internationalen Einstufungssystem anerkennen und eine kritische Überarbeitung der bestehenden Modelle zur Klassifizierung von Substanzen in Gang setzen.

Die negativen Auswirkungen der aktuellen internationalen Einstufungen für die Drogenkontrolle können nicht länger ignoriert werden. Sie reichen von der Verknappung von unentbehrlichen Medikamenten in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen bis zur Verbreitung von Infektionskrankheiten und weiteren gesundheitlichen Schäden, höherer Sterblichkeit und der globalen Krise überfüllter Gefängnisse. Die internationale Gesellschaft muss sich diesen Herausforderungen stellen und die negativen Auswirkungen des heutigen Einstufungssystems richtig einschätzen und korrigieren.

ABBILDUNG 4 Gewichtung der Schädlichkeit von Drogen



Diese Abbildung basiert auf einer wissenschaftlichen Modellierung von David Nutt et al.(*Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, The Lancet, https://doi.org/10.1016/S6-61462(10)6736-0140)*, und ihrer Einschätzung zu den verschiedenen Schädigungsgraden von Drogen, die im Vereinigten Königreich zu Genusszwecken konsumiert werden, anhand von Multi Criteria Decision Analysis (MCDA)

Männer tragen Khat-Ballen am Khat-Markt von Athiru Gaitis (Atherogaitu) in Kenia, wo sie für etwa 600 Schilling (5,21 Euro) pro Kilo verkauft werden können. Bevor die Droge im Vereinigten Königreich verboten wurde, machte der Export von Khat nach Großbritannien den Athiru Gaiti zum größten Khat-Markt Kenias. © Pascal Maitre/Panos 2017Men

LEHREN AUS (SEMI)LEGALEN MÄRKTEN

NICHT KLASSIFIZIERTE PSYCHOAKTIVE PFLANZEN

Das Übereinkommen von 1961 wurde auf Substanzen ausgelegt, die hauptsächlich aus drei Pflanzen gewonnen werden – Schlafmohn, Koka und Cannabis – und stellte diese Pflanzen selbst ebenfalls unter Kontrolle. Mehrere andere psychoaktive Pflanzen sind bis jetzt jedoch nicht der internationalen Kontrolle unterworfen. Das INCB hat 2010 in seinem Bericht mit Themenschwerpunkt „psychoaktive Substanzen enthaltendes Pflanzenmaterial" darauf hingewiesen, dass „obschon einige der Reizmittel oder halluzinogenen Inhaltsstoffe gewisser Pflanzen zurzeit unter der Konvention von 1971 unter Kontrolle stehen, werden unter diesem Abkommen oder demjenigen von 1988 keine Pflanzen kontrolliert".[69] Der INCB empfiehlt, dass „Regierungen solche Pflanzen wo nötig auf nationaler Ebene kontrollieren".[70]

Das Einschließen der aktiven Verbindungen von Khat (Cathinon, Cathin) und Ayahuasca (DMT) in der Konvention von 1971 und das von Ephedra (Ephedrin, Pseudoephedrin), als Vorläuferstoff für Methamphetamin, im Abkommen von 1988 hat rund um diese Pflanzen in einigen Ländern rechtliche Unsicherheiten geschaffen.[71] In zahlreichen anderen Ländern ist der Anbau und Konsum dieser und anderen pflanzlichen Reizmittel vollkommen legal. Im Fall von Kratom (Mitragynia speciosa) unterliegt sein Hauptalkaloid Mitragynin ebenfalls nicht der internationalen Kontrolle. Die Verbreitung einiger dieser pflanzlichen Stoffe über ihren ursprünglichen traditionellen, kulturellen Gebrauch hinaus in neue Märkte hat gesetzliche Herausforderungen, aber auch interessante Möglichkeiten geschaffen.[72]

Das Khat-Kauen wird in Ost- und Südafrika (vor allem in Äthiopien, Somalia und Kenia), in Madagaskar, auf der arabischen Halbinsel und in der Diaspora in Europa und Nordamerika wegen seiner sanft stimulierenden Wirkung weit verbreitet praktiziert.[73] Die psychoaktiven Verbindungen der Khat-Pflanze unterstehen seit 1988 der internationalen Kontrolle: Cathinon ist in die Kategorie I und Cathin (Norpseudoephedrin) in die Kategorie III der Konvention von 1971 eingeteilt und Norephedrin wird unter dem Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen von 1988 als Vorläuferstoff für die illegale Amphetaminproduktion kontrolliert. Khat selbst war ebenfalls für eine Einstufung vorgesehen, die WHO kam 2006 nach einer kritischen Überprüfung jedoch zum Schluss, dass „das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial klein [und] das Ausmaß des Missbrauchs und die Gefährdung für die Volksgesundheit nicht bedeutend genug ist, um die internationale Kontrolle zu rechtfertigen".[74] Obwohl sich die WHO gegen eine Klassifizierung ausgesprochen hatte, forderte der INCB die Behörden weiterhin dazu auf, „angemessene Maßnahmen zur Kontrolle des Anbaus, des Handels und des Konsums in Betracht zu ziehen".[75]

Norwegen, Schweden und die Vereinigten Staaten verboten Khat kurz nachdem Cathinon in die höchste Kategorie (I) der Konvention von 1971 eingeteilt wurde. Seither haben auch Kanada und die Mehrheit der europäischen Länder Verbote verhängt – jüngste Beispiele sind die Niederlande 2013 und das Vereinigte Königreich 2014, die das Verbot nicht basierend auf Empfehlungen von kompetenten nationalen Kommissionen einführten, sondern weil sie „mit den umliegenden Ländern, die Khat kriminalisiert hatten, nicht länger aus dem Takt sein wollten [...] und verhindern wollten, dass ihre Länder zu kommerziellen Khat-Hubs für den Rest von Europa werden".[76] Gegen die Empfehlung der WHO wurde Khat in einer zunehmenden Zahl von Ländern zur kontrollierten Substanz erklärt, mit noch unklaren Folgen. Es besteht das Risiko, dass sich die Geschichte wiederholt, einschließlich der Gleichgültigkeit fremden Kulturen gegenüber und der Anti-Ausländer-Stimmung, die den Beginn der Prohibition gekennzeichnet hatten.

Im Horn von Afrika ist derweil die Produktion, der Handel und der Konsum von Khat noch immer erlaubt und der Markt ist gewachsen. Gemäß dem zentralen Amt für Statistik der äthiopischen Regierung bauten 2017/2018 in Äthiopien allein fast drei Millionen Kleinbauern auf geschätzten 260 000 Hektaren Khat an[77] (zum Vergleich: die Gesamtfläche des Kokastrauch-Anbaus betrug 2016 weltweit 213 000 Hektaren[78]). Während Äthiopien der Hauptverbraucher bleibt, werden rund 20 Prozent (etwa 50 000 Tonnen) exportiert, vor allem nach Somalia und Dschibuti, aber auch in die ostafrikanische Diaspora und in neue Märkte, darunter China, das rund neun Prozent von Äthiopiens Gesamtexportwert ausmacht.[79] Da die stimulierende Wirkung von Khat innerhalb von drei Tagen nach der Ernte abnimmt, muss es schnell in diese weit entfernten Märkte geflogen werden, was den internationalen Handel mit Ländern, in denen Khat kürzlich verboten wurde, mit Polizei- und Zollbehörden in Konflikt bringt. „Diese Bauern werden unweigerlich tangiert von der weltweit wachsenden Zahl von Verboten des Khat-Konsums. [...] In der Folge sieht sich die äthiopische Regierung in Bezug auf ihre Khat-Industrie gesetzlichen und politischen Herausforderungen gegenüber. Wenig attraktive Möglichkeiten bieten sich an ihnen an. Sie kann entweder die Verbote ignorieren und damit den Export von Substanzen gutheißen, die in vielen Ländern als gesetzlich verboten gelten, und sich damit de facto am illegalen Handel und Schmuggel beteiligen, oder sie kann die Produktion und den

Konsum einer Kulturpflanze kontrollieren und eindämmen, die den Lebensunterhalt von Millionen von Menschen in Äthiopien sichert und Hunderte von Millionen Dollar in die Wirtschaft fließen lässt, und damit möglicherweise politische Unruhen auslösen."[80]

Der überraschend schnell wachsende Markt von Kratom ist ein weiteres Beispiel einer gesetzlichen Grauzone im internationalen Handel. Die Kratompflanze (Mitragynia speciose, Korth), ein tropischer, in Südostasien heimischer Baum, produziert breite Blätter, die schon lange für medizinische Zwecke und den Freizeitkonsum genutzt werden.[81] Kratom untersteht nicht der internationalen Kontrolle, ist aber in Australien, Malaysia, Myanmar, Thailand und den Vereinigten Staaten verboten. Einige europäische Länder erwägen Maßnahmen, die seine breite Verfügbarkeit über das Internet eindämmen sollen. Der US-Markt ist in den letzten zehn Jahren exponentiell gewachsen, mit, laut Schätzungen aus dem Jahr 2016, „mehreren Millionen Konsumierenden , die das Produkt von über 10 000 Verkaufsstellen beziehen, und einem geschätzten jährlichen Markt von 207 Millionen US-Dollar".[82]

Die US-Drogenvollzugsbehörde (DEA) kündigte 2016 an, Kratom in die Kategorie I aufzunehmen, mit der Begründung, dass „äußerst besorgniserregenden Berichten zufolge Konsumierende Kratom als Ersatz für andere Opioide, wie zum Beispiel Heroin, verwenden würden. In den USA wird Kratom für die Selbstmedikation bei Schmerzen und bei Opioid-Entzugserscheinungen missbraucht. Konsumierende vergleichen seine Wirkung mit derjenigen von verschreibungspflichtigen Opioiden."[83] Die Ankündigung löste massive Reaktionen in der Öffentlichkeit aus, was die DEA dazu brachte, ihr Vorhaben zu überdenken und sich Zeit für weitere Abklärungen zu nehmen.[84]

Eine Umfrage unter Kratom-Konsumierenden hat bestätigt, dass viele „Kratom konsumieren, um Symptome wie Schmerzen, Antriebslosigkeit und depressive oder angespannte Stimmungen zu bekämpfen. Zudem konsumierte ein Großteil von ihnen, um von ärztlich verordneten oder rezeptfreien Medikamenten ganz oder teilweise wegzukommen und ihre Leiden mit dem besser verträglichen Kratom zu lindern".[85] Außerdem besteht die Gefahr, dass „eine Einstufung von Kratom zu Problemen der Volksgesundheit führen könnte, die bisher nicht oder nur auf sehr tiefem Niveau existiert haben. Der Markt würde nämlich von einem weitgehend legalen Absatzmarkt in die illegale Produktion mit illegalen Vertriebswegen verschoben, ohne Reglementierung was Beschriftung, Reinheitsgrad oder Inhaltsstandard betrifft und ohne wirksame Möglichkeit, verunreinigte Produkte dem Markt fernzuhalten".[86]

Auf Initiative der American Kratom Association haben Staaten wie Georgia, Nevada und Utah zum Schutz der Konsumierenden ein Kratom-Konsumentenschutzgesetz eingeführt, den Kratom Consumer Protection Act. Sie erachten „die Erforschung des Nutzens und der Sicherheitsrisiken von Kratom und seiner Rolle im Kampf gegen Opioid-Abhängigkeit als wichtig für das Gemeinwohl der Bürgerinnen und Bürger".[87] Das Kratom-Gesetz schreibt ein Mindestalter von 18 Jahren bei Verkäufen vor. Es verlangt eine klare Beschriftung von Kratom-Produkten mit Angaben zum Mitragynin- und 7-Hydroxymitragyningehalt, klaren Einnahmevorschriften und Warnhinweisen zur Sicherheit der Substanz und zu seiner Wirkungskraft. Diese lokalen Gesetzesinitiativen stellen eine vielversprechende Alternative zu den Vorstößen der DEA dar.

Im Süden von Thailand wird Kratom von über einer Million Menschen konsumiert. Sie kauen die Blätter oder verwenden sie für verschiedene Getränke als Alternativen zum Alkohol. Seit der Kratom Act von 1943 den Konsum verbot, hat die Polizei in regelmäßigen Kampagnen Kratom-Bäume in den Hinterhöfen der Menschen gefällt und Tausende von Kratom-Konsumierende verhaftet, was die Anti-Regierungsstimmung in den lokalen, überwiegend muslimischen Gemeinschaften verschärft hat. Nach einer umfassenden wissenschaftlichen Studie und einem Experiment, das Kratom unter die „Kontrolle der Gemeinschaft" stellte, anstatt es zu kriminalisieren, genehmigte das thailändische Parlament im Dezember 2018 mehrere Änderungen im Drogengesetz, die eine traditionelle medizinische Verwendung von Kratom erlaubten.[88]

GESETZLICHE REGULIERUNG VON CANNABIS

Der medizinische Gebrauch von Cannabis ist seit über zwei Jahrzehnten in mehreren US-Staaten – Kalifornien machte 1996 den Anfang – wie auch in einigen europäischen Ländern und Israel erlaubt. Diese Ausweitung des medizinischen Cannabismarktes hat in den letzten Jahren zugenommen; fast monatlich folgen weitere Länder dem Trend. Eine rasante Verbreitung erfasste in den vergangenen Jahren Europa (die Tschechische Republik, Deutschland, Griechenland, Luxemburg, Polen, Slowenien) und Lateinamerika (Argentinien, Chile, Kolumbien, Mexiko, Peru, Uruguay), obwohl die gesetzlichen Rahmenbedingungen in den meisten dieser Länder alles andere als vollkommen sind. Der Trend beginnt sich auch auf den Karibischen Inseln (St. Vincent und die Grenadinen, Jamaika), in Afrika (Südafrika) und im asiatisch-pazifischen Raum (Indien, Neuseeland, Thailand) abzuzeichnen.[89]

Seit 2012 haben zehn US-Staaten und Washington D.C. Initiativen angenommen oder Gesetze verabschiedet, die den Cannabiskonsum über den medizinischen Gebrauch hinaus regulieren. Uruguay (2013) und Kanada (2018) haben nationale Cannabisregulierungsgesetze eingeführt. Diese neuen Regimes, die den gesamten Cannabismarkt, einschließlich des nichtmedizinischen Gebrauchs oder „Freizeitgebrauchs", gesetzlich regulieren, tragen damit zu aufkeimenden

Debatten in anderen Teilen der Welt bei. Cannabisregulierung steht auf der Agenda der neuen Regierungen von Mexiko und Luxemburg und in Neuseeland hat sich die Regierungskoalition verpflichtet, 2020 eine Volksabstimmung über die Legalisierung von nichtmedizinischem Cannabis durchzuführen. Die niederländische Regierung will lokale Experimente mit einer regulierten Cannabisproduktion erlauben, um die „Coffee Shops" zu beliefern, in welchen der Kauf und Konsum toleriert wird. In den Vereinigten Staaten sind weitere Abstimmungen in Planung und immer mehr nationale Parlamente erwägen Cannabis-Regulierungsgesetze.

Die von der Karibischen Gemeinschaft (CARICOM) gegründete Regionale Kommission für Marihuana kam kürzlich zum Schluss, dass ein prohibitionistisches Regime für Cannabis „nicht zweckmäßig" sei und empfahl „tiefgreifende Änderungen in den regionalen Gesetzen, um die Auflösung dieses Regimes zu ermöglichen [...], das sich als unwirksam, ungerecht und als mehr Schaden anrichtend als verhindernd erwiesen hat."[90] Die Kommission wurde damit beauftragt, „eine gründliche Untersuchung der sozialen, wirtschaftlichen, gesundheitlichen und gesetzlichen Aspekte des Marihuanakonsums auf den Karibikinseln durchzuführen und zu ermitteln, ob eine Änderung der bestehenden Drogenklassifizierung angezeigt ist, um die Substanz für sämtliche Zwecke (religiöse, freizeitliche, medizinische und wissenschaftliche) einfacher zugänglich zu machen."[91]

Die CARICOM Kommission anerkennt in ihrem Bericht die Tatsache, dass die ursprüngliche Klassifizierung von Cannabis ohne Abstützung auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Daten erfolgt ist. „In Anbetracht der heutigen Haupterkenntnis, dass Cannabis/Marihuana diverse positive Auswirkungen hat, kann Cannabis/Marihuana nicht länger stimmig vom Gesetz als ‚gefährliche Droge' mit ‚keinem medizinischen oder anderen Nutzen' klassifiziert werden."[92] Die Kommission hat einstimmig beschlossen, dass die „aktuelle gesetzliche Einstufung überholt und abwegig ist" und „nicht länger als Rechtfertigung für die Gesetzgebung gelten kann und abgelehnt werden sollte, da sie die Legitimität des Rechts an sich untergräbt".[93] Dass „andere schädliche Substanzen vom Gesetz nicht gleich behandelt werden, verschärft den Widerspruch der strengen Gesetze und die unstimmige Klassifizierung von Cannabis/Marihuana zusätzlich, was zu Vorwürfen einer dem Rechtssystem inhärenten Unfairness und Ungerechtigkeit führt".[94]

Noch ist es zu früh, um konkrete Schlussfolgerungen über den Auswirkungen der gesetzlich regulierten Cannabismärkte zu ziehen. Das Potenzial dieser neuen regulierenden Regimes in Bezug auf die Volksgesundheit und die Strafverfolgung kann jedoch erahnt werden, wenn man sich die Erfolge und Herausforderungen der Anti-Tabak-Maßnahmen vor Augen führt. Es kann eindeutig nachgewiesen werden, dass „umfassende Tabakbekämpfungsprogramme den Konsum bei Erwachsenen und Jugendlichen erfolgreich verringern",[95] ganz im Gegensatz dazu fehlt der Nachweis, dass ein kriminalisierender Ansatz bei Cannabis wirksam ist. Dies hat Regulierungsbehörden in Kanada, Uruguay und mehreren US-Staaten inspiriert. „Zu den wichtigsten Empfehlungen für eine Reduzierung des Tabakkonsums gehören Preiserhöhungen, rauchfreie Zonen, umfassende Bekämpfungsprogramme, die Mobilisierung der Gesellschaft, flächendeckende Aufklärung und konsequente Durchsetzung der Lizenzierung des Einzelhandels". Dies rät der *Community Guide* , wie auch „erhöhte Steuern, eine Einschränkung der Verkaufszeiten, die Regulierung der Dichte der Verkaufsstellen und eine wirksamere Überwachung der lizenzierten Einzelhändler".[96]

NEUE PSYCHOAKTIVE SUBSTANZEN

Es tauchen unzählige neue psychoaktive Substanzen (NPS) auf dem weltweiten Drogenmarkt auf. „Aggressiv vermarktet als ‚Legal Highs' und über Internet-basierte Händler global vertrieben strapazieren sie die bestehenden Kontrollmechanismen"[97] und veranlassen Staaten und internationale Institutionen die bestehenden Klassifikationsysteme zu überdenken.

Die unterschiedliche Behandlung im Einstufungsverfahren von Pharmazeutika und neu auftauchenden psychoaktiven Substanzen sind frappant. Überprüfungsprozesse für Pharmazeutika werden von „einer finanzstarken und effizienten Lobby begleitet, und zwar auf beiden Seiten der Regulierungsdebatte. Die Hersteller sind oft riesige Konzerne, die ihre Investitionen, die sich auf Hunderte von Millionen Dollar belaufen können, wieder einfahren wollen. Die Seite der Konsumierenden wird oft von gut organisierten NGOs vertreten, die von verschiedenen Regierungsorganisationen mit relevanten Daten versorgt werden. Schwerwiegende Fehler führen deshalb in den meisten Fällen zu wirksamen Beschwerden vonseiten der geschädigten Partei".[98]

Bei psychoaktiven Substanzen hingegen „besteht im System eine inhärente, vielleicht unvermeidliche Tendenz, neue Substanzen, über die wenig bekannt ist, zu verbieten. Wird eine Substanz für den Markt freigeben, die sich später in irgendeiner Form als schädlich entpuppt, sind die negativen Auswirkungen für die Entscheidungsträger*innen gravierend. Die negativen Auswirkungen für Entscheidungsträger*innen, die eine im Grunde harmlose Substanz vom Markt fernhalten, sind minimal".[99]

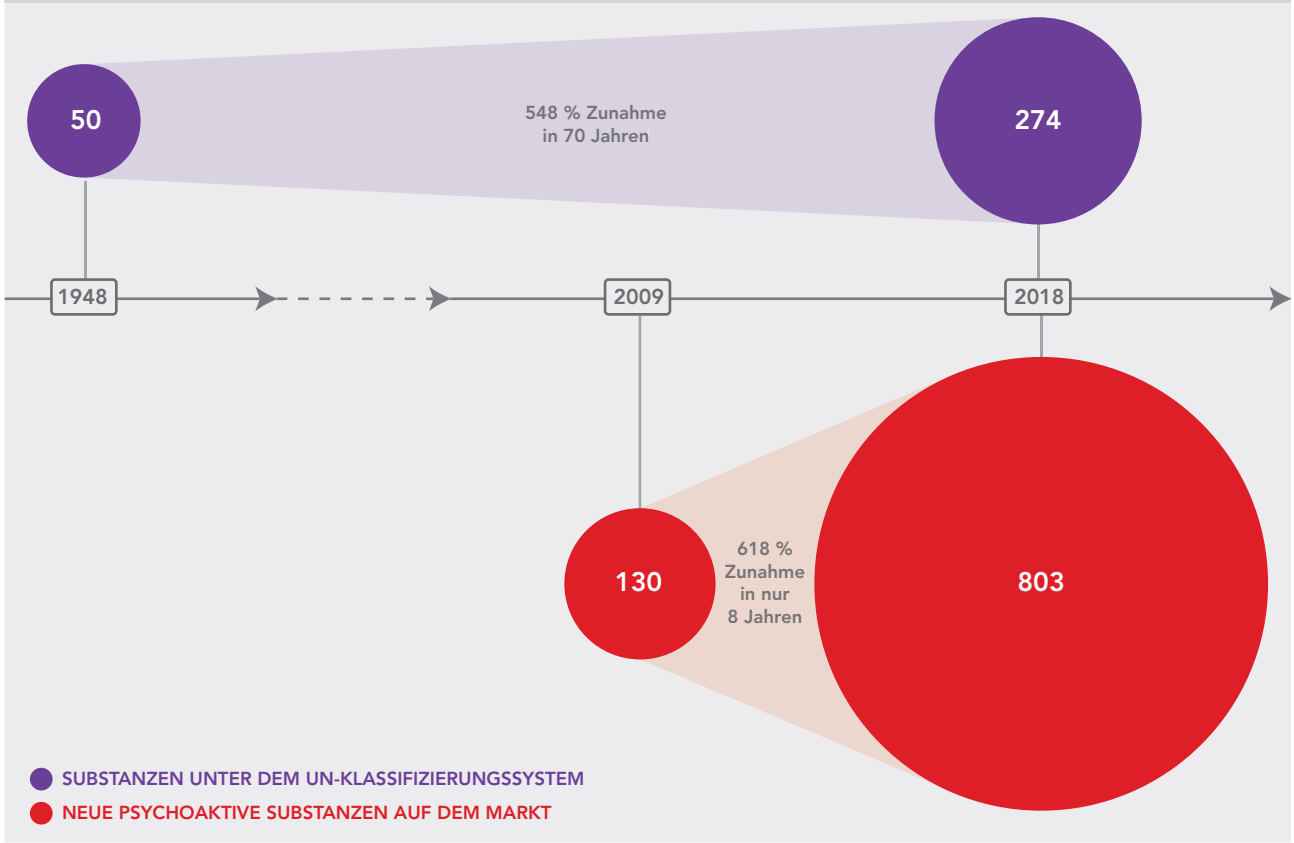
Die Regulierungspanik, die durch die unkontrollierbare Lawine von neuen Substanzen ausgelöst wurde, hat in einigen Ländern zu „Fange alle auf"-Kontrollsystemen geführt. Beispiele dafür sind der US Analog Act von 1988, welcher

eine Substanz automatisch verbietet, sobald sie in Struktur und Wirkung „deutliche Ähnlichkeiten" mit einer bereits verbotenen Substanz aufweist, oder der UK Psychoactive Substances Act von 2016, der jegliche psychoaktiven Substanzen verbietet, die „die mentale Funktion einschränken oder den Gemütszustand einer Person verändern … indem sie das zentrale Nervensystem entweder stimulieren oder dämpfen".[100] Die Einfachheit solcher Systeme mag attraktiv scheinen für politische Entscheidungsträger*innen, die dem permanenten Auftauchen neuer NSP einen Schritt voraus sein möchten. Solche weit gefassten Definitionen von Ähnlichkeit oder Psychoaktivität führen jedoch zu etlichen konzeptionellen und organisatorischen Schwierigkeiten. Die UK-Gesetzesvorlage deckt ein ungemein breites Spektrum von Substanzen ab, listet aber auch eine Reihe von Ausnahmen auf, darunter Alkohol, Koffein, Nikotin und einige Lebensmittel, Medikamente und Substanzen, die bereits durch das Drogenmissbrauchsgesetz, den Misuse of Drugs Act, geregelt sind. Die Gesetzesvorlage „berücksichtigt weder die Schädlichkeit noch das Abhängigkeitspotenzial einer psychoaktiven Substanz bei der Entscheidung, ob sie unter ihren Geltungsbereich fällt oder nicht".[101]

Das Konzept der Schädlichkeit wird bewusst ausgeklammert, um ein langwieriges Abwägen von potenziellen Schäden zu verhindern, bevor eine Substanz nach den Kriterien der Gesetzesvorlage verboten werden kann. „Das Gremium schließt jedoch die Möglichkeit nicht aus, dass eine Substanz auftauchen wird, die nur minimal schadet und einen genügend hohen klinischen, kommerziellen, kognitionssteigernden oder (wagen wir es zu sagen) genussbringenden Wert hat, um eine legale Versorgung zu rechtfertigen."[102] Es hatte ein entsprechendes „Sicherheitsventil" empfohlen, wonach solche Substanzen auf eine Liste mit Ausnahmen gesetzt werden könnten.[103] Das wurde jedoch nicht in die Gesetzesvorlage aufgenommen. Ohne eine solche Klausel ist „die gesetzliche Kontrolle unwiderruflich von der Einschätzung des Schadensrisikos losgelöst".[104]

Einige Gerichtsbarkeiten haben Schnellverfahren eingeführt, um neue Substanzen unter den bestehenden Drogenkontrollgesetzen zu klassifizieren. Andere berufen sich interessanterweise „auf den Konsumentenschutz oder Arzneimittelgesetze, um den offenen Verkauf dieser Produkte zu stoppen", und, obschon eine detaillierte Evaluierung noch aussteht, „zeigen erste Resultate, dass dieses Vorgehen wirksam ist, ohne die Konsumierenden zu kriminalisieren. [...] Es scheint effizienter zu sein, Arzneimittel- oder Konsumentengesetze gegen Hersteller und Händler durchzusetzen, als jeden einzelnen Konsumierenden nach dem Drogenstrafgesetz zu ahnden."[105] Gemäß der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) könnte „eine ganze Reihe von gesetzlichen Kontrollmaßnahmen in der Drogenkontrolle eine legitime und wirksame Rolle spielen. Viele dieser in Frage kommenden Maßnahmen sind bereits im Einsatz und einige werden von den EU-Mitgliedstaaten bereits zur Kontrolle neuer psychoaktiver Substanzen eingesetzt".[106]

ABBILDUNG 5 **Der aussichtslose wettlauf der einstufungen gegen neue psychoaktive substanzen**



[Quelle] WHO, INCB and the World Drug Report 2018

Lebensmittelsicherheits- oder Konsumentenschutzbestimmungen auf die Drogenkontrolle anzuwenden, kann jedoch gefährlich sein. Am Beispiel der Erfahrungen mit „Diätprodukten", die psychoaktive Substanzen enthalten, zeigten die Forscher Peter Reuter und Bryce Pardo auf, dass „der Umstand, dass diese Produkte in einem legalen Markt vertrieben werden, ein irreführendes Vertrauen in die Regulierungsaufgabe der Regierung weckt", da von vielen angenommen wird, dass solche Produkte „vor der Freigabe in der Öffentlichkeit auf ihre Sicherheit und Wirksamkeit hin überprüft werden." Das ist jedoch nicht der Fall.[107] Es gibt in einigen europäischen Ländern erfolgreiche Beispiele für die Anwendung von Arzneimittelgesetzen, um NPS (vor allem Mephedron) vom Markt zu nehmen, indem man sie als Medikamente einstuft, eine Marktzulassung aber verweigert.[108] Der Europäische Gerichtshof hat sich 2014 jedoch gegen die Anwendung von Arzneimittelgesetzen auf NPS ausgesprochen, nachdem zwei Personen in Deutschland, die wegen „illegalen Handels mit unsicheren Medizinprodukten" verurteilt worden waren, eine Klage einreichten mit der Begründung, dass es sich hier offensichtlich um Augenwischerei handelte, da „die betroffenen Substanzen nie für medizinische Zwecke vorgesehen waren".[109]

Neuseelands Psychoactive Substances Act von 2013 umfasste eine Ausnahmeliste, die eine vorübergehende Regulierung von „relativ harmlosen" psychoaktiven Substanzen vorsah. Unter der Bestimmung hätten Hersteller und Händler, die neue psychoaktive Substanzen legal verkaufen wollten, im Voraus eine Bewilligung einholen müssen. Dafür hätten sie nachweisen müssen, dass ihr Produkt ein „geringes Schadensrisiko" aufweist, und zwar basierend auf sechs Kriterien: toxische Wirkung, Risiko für die öffentliche Gesundheit, Sterberisiko, Abhängigkeitspotenzial, Wahrscheinlichkeit eines Missbrauchs und Anziehungskraft auf gefährdete Bevölkerungsgruppen. In Neuseeland hatte die Gerichte zuvor ein Fall mit BZP-Partypillen (Mischungen mit Benzylpiperazin) beschäftigt: „Auf ihrem Höhepunkt Mitte der 2000er-Jahre verkaufte die BZP-Partypillen-Industrie monatlich schätzungsweise bis zu 200'000 Partypillen".[110] In dieser unregulierten lukrativen Phase investierten „Partypillen-Hersteller in viele der gleichen Konsumförderungsmaßnahmen wie bei Alkohol und Tabak, darunter Werbung und Marketing. Die Phase endete 2008 als BZP unter dem Drogenmissbrauchsgesetz (Misuse of Drugs Act) in die Klasse C eingeteilt wurde".[111] Die Industrie reagierte auf das BZP-Verbot, indem sie ihre Produktion auf Partypillen ohne den Inhaltsstoff BZP und auf synthetische Cannabinoide verlagerte. Viele dieser Substanzen fielen, während die Regulierungsbestimmungen für das Programm ausgearbeitet wurden, unter die Übergangsregelung von 2013. Diese wurde jedoch im Mai 2014 durch eine vom Parlament beschlossene Anpassung des Psychoactive Substances Act abrupt beendet; es waren wiederholt Meldungen zu Missständen rund um die Verkaufsgeschäfte und zu Nebenwirkungen von synthetischen Cannabinoiden eingegangen.

Eine der Unsicherheiten in Bezug auf die Übergangsregelung von 2013 war, ob der regulative Rahmen, der den Zugang zu den Legal Highs regelte, „dem Druck würde standhalten können, der unweigerlich von einer erstarkten Legal-High-Industrie ausgehen würde, die ihre eigenen Interessen vorantreibt".[112] Wie Umfragen bei den Hauptakteuren in der Industrie zeigten, "sahen sie ihre idealistische Mission darin, Freizeitkonsumierende von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in Richtung ‚sichererer Alternativen' zu führen". Es zeigte sich jedoch auch ein wachsendes „Spannungsfeld zwischen Profitdenken und Idealismus".[113] Obschon sich die Interessenvertreter von der Alkohol- und Tabakindustrie distanzieren, folgerten Marta Rychert und Chris Wilkins, dass es „Regeln braucht für den Umgang mit neuen ‚Abhängigkeitskonsumindustrien', um deren Mitspracherecht bei der Entwicklung von Regulierungssystemen für neue psychoaktive Substanzen klar zu definieren".[114]

EMPFEHLUNG

Die internationale Gemeinschaft muss die Rolle der Weltgesundheitsorganisation und der interdisziplinären Forschung in der Entwicklung von evidenzbasierten, auf objektiven Risiko- Nutzen-Analysen basierenden Klassifikationskriterien an erste Stelle setzen.

Staaten müssen zudem die zunehmend unscharfen Grenzen zwischen legalen und illegalen Drogen und Märkten angehen, indem sie von den multilateralen Mechanismen mehr Flexibilität fordern für unterschiedliche Einstufungsbestimmungen und Richtlinien auf nationaler Ebene. So ein Verfahren setzt ein Ausbalancieren der Rollen aller Beteiligten an der Ausarbeitung von Einstufungsverfahren voraus, wobei Wissenschaftler*innen, Gesundheitsfachleute und Sozialarbeitende eine höhere Priorität erhalten müssen. So ein Verfahren würde den Abbau von Barrieren für die Forschung und notwendige medizinische Zwecke ermöglichen.

Projektmitarbeiter des Büros der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (UNDCP) und lokale Bauern beraten gemeinsam über Alternativen zum Schlafmohnanbau, Pakistan, 1991. © UN Foto/J. Sailas

HERAUSFORDERUNGEN UND REFORMANSÄTZE

DAS BESTEHENDE SYSTEM VERBESSERN

> „Wenn die alleinige Sorge des Kapitäns die Sicherheit seines Schiffs wäre, wie man so schön sagt, würde er gar nie auslaufen. Genauso würden die internationalen Drogenabkommen, wenn sie sich nur um das Verhindern einer Abzweigung in den illegalen Markt sorgen würden, einfach alle Substanzen mit Missbrauchspotenzial verbieten. Nur ist das Ziel eines Kapitäns nicht nur die Sicherheit seines Schiffes, sondern auch die fristgerechte Überbringung seiner Fracht. Und so verhält es sich auch mit den internationalen Drogenkontrollregimes, die sicherstellen wollen, dass kontrollierte Substanzen in angemessener Menge verfügbar sind und fristgerecht an jene ausgeliefert werden, die berechtigt sind, sie zu empfangen, während sie gleichzeitig versuchen das Abzweigen dieser Substanzen in den illegalen Handel auf ein Minimum zu beschränken."[115]

Das heute geltende Klassifikationssystem, das dem Regelwerk der UN-Verträge unterliegt, ist dermaßen mit historischen Vorurteilen und Widersprüchen gespickt, dass es nur schwer zu korrigieren sein wird. „Die heutige Situation, in der mehrere wichtige Substanzen (z.B. Cannabis, Haschisch, Heroin und Kokain) nie evaluiert wurden oder bis zu acht Jahrzehnte lang nicht mehr evaluiert wurden, untergräbt und delegitimiert die internationale Kontrolle", sagt eine Expertengruppe, die in das WHO-Überprüfungsverfahren involviert ist. „Zudem entspricht deren ursprüngliche Einschätzung nicht mehr den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen".[116]

Über die letzten Jahrzehnte hinweg wurden auch innerhalb des UN-Systems wiederholt Forderungen laut und Vorschläge geäußert, die Klassifikationssystem zu verbessern, die Unstimmigkeiten in den Abkommen zu korrigieren und die Rollen der WHO, des INCB und der CND zu klären. Der INCB hat zum Beispiel 1994 in seiner Überprüfung der Wirksamkeit der internationalen Drogenkontrollabkommen selbst vorgeschlagen, die Einstufungskriterien und den Einstufungsprozess der Abkommen von 1961 und 1971 aufeinander abzustimmen, was „Widersprüche eliminieren, mehr Transparenz schaffen und zu einfacheren Einstufungsentscheidungen führen würde. Gleichzeitig würden die Kosten der Überprüfungsverfahren gesenkt."[117,118]

Die WHO-Richtlinien für den Überprüfungsprozess werden regelmäßig angepasst – die letzte Änderung wurde im Januar 2010 vom Exekutivrat der WHO genehmigt. Die neuen Regeln beinhalten spezifische Vorgaben zur Verbesserung der Evidenzgrundlage und der Transparenz des Prozesses. „Es wird von dieser Revision nicht erwartet, dass bereits klassifizierte Substanzen aus den Kategorien der beiden Abkommen entfernt werden („Un-Scheduling"). Die Revision wird jedoch eine genauere und wissenschaftlichere Einschätzung in Hinblick auf künftig zu überprüfende Substanzen erlauben."[119]

Die Überprüfung von Cannabis durch die WHO im Jahr 2018 kann als Testfall für diese verbesserten Einstufungskriterien gesehen werden. Die Empfehlungen des ECDD schließen einige eindeutig positive Punkte ein, vor allem die Anerkennung des medizinischen Nutzens durch das Entfernen aus der Kategorie IV des Einheitsübereinkommens von 1961 und die Klarstellung, dass Cannabidiol (CBD, einer der aktiven Bestandteile von Cannabis) nicht der internationalen Kontrolle untersteht. Zudem hinterlässt der bisher beispiellose Überprüfungsprozess eine Fülle von Informationen, die auf einer eingehenden Überprüfung der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, und er wird in den kommenden Jahren zweifellos eine maßgebliche Referenz für die medizinische Versorgung mit den verschiedenen Cannabis-verwandten Substanzen sein. Die Ergebnisse des ECDD-Verfahrens zeigen jedoch auch, wie schwierig es ist, die Unstimmigkeiten der aktuellen Einstufungsverfahren zu eliminieren (Kasten 6).[120]

KASTEN 6 Die kritische Überprüfung von Cannabis durch die WHO

Nach einem fünf Jahre dauernden Prozess hat das ECDD im Januar 2019 seine Empfehlungen für eine Neubewertung von Cannabis-verwandten Substanzen veröffentlicht. Die WHO anerkennt einerseits klar die medizinischen Qualitäten von Cannabis, das Resultat zeigt aber auch eine fragwürdige Argumentation, die Cannabis unter strikter internationaler Kontrolle behält. „Die vom Expertenkomitee präsentierten Erkenntnisse zeigten, dass weder die Cannabispflanze noch das Harz (Haschisch) Nebenwirkungen produziert, die mit den anderen Substanzen in der Kategorie IV vergleichbar wären", der strengsten Kategorie, die für Substanzen mit „besonders gefährlichen Eigenschaften" vorgesehen ist, wie zum Beispiel Heroin oder Fentanyl (Art. 2, § 5-a). „Der Konsum dieser Substanzen wird mit einem hohen Sterberisiko in Verbindung gebracht, was bei Cannabis nicht der Fall ist", und zudem „haben Cannabispräparate einen therapeutischen Nutzen in der Behandlung von Schmerzen und anderen Krankheiten", weshalb das ECCD die Streichung aus der Kategorie IV empfiehlt.

Basierend auf diesem „Ähnlichkeitsprinzip" musste das Expertenkomitee als Nächstes klären, ob Cannabis „ein ähnliches Missbrauchspotenzial aufweist oder ähnliche Nebenwirkungen erzeugt wie Substanzen in den Kategorien I oder II" (Art. 3, § 3-iii), und ob es in der Kategorie I verbleiben soll (gleichgestellt mit zum Beispiel Morphium oder Kokain) oder in die Kategorie II verschoben werden sollte (gleichgestellt mit z.B. Codein) oder ob es ganz aus den Listen gelöscht werden sollte. Das ECDD kam zum Schluss, dass „während das Komitee das Gesundheitsrisiko von Cannabis nicht mit den meisten anderen Substanzen in der Kategorie I auf gleiche Stufe stellt, [...] empfiehlt es dennoch, Cannabis und Haschisch in der Kategorie I zu belassen", mit dem Hinweis auf das „hohe Ausmaß" und die „weltweite Verbreitung" von cannabisbedingten Gesundheitsproblemen. Dieses zweifelhafte Argument lässt sich nur schwer mit den Einstufungskriterien des Abkommens oder mit den neuesten WHO-Richtlinien vereinbaren.

Gemäß Vorwort zum Übereinkommen von 1961 werden Substanzen, „die vergleichsweise weniger gefährlich und in der Medizin weit verbreitet sind, deshalb oft für die Kategorie II vorgeschlagen". Oder sie sollten, wie das ECDD zum Beispiel im Fall von Khat, Tramadol und Ketamin beschloss, überhaupt nicht unter internationale Kontrolle gestellt werden. Angesichts der wachsenden diplomatischen Spannungen aufgrund der jüngsten Entwicklungen in der Cannabispolitik scheint das ECDD seine Empfehlungen bewusst darauf zu beschränken, medizinische Verwendungen gutzuheißen und nichts zu empfehlen, was die politischen Spannungen in Bezug auf den Trend in Richtung gesetzliche Regulierung noch verstärken könnte. Politische Überlegungen in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen, beeinträchtigt jedoch den evidenzbasierten Auftrag der WHO innerhalb des UN-Drogenkontrollsystems.

Cannabis in der Kategorie I zu belassen (und den Cannabisbestandteil THC und sein synthetisches Pendant Dronabinol ebenfalls dorthin zu verschieben) und nur bestimmte Zusammensetzungen „für pharmazeutische Präparate" in die Kategorie III auszulagern, birgt das Risiko, dass eine kleine Zahl von patentierten Pharma-Produkten bevorzugt behandelt wird, im Gegensatz zu einer breiten Palette an natürlicheren Cannabisprodukten mit ähnlichen medizinischen Eigenschaften. Um keine politischen Kontroversen auszulösen, bekräftigt das ECDD außerdem mit seinem – angeblich auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse basierenden – Entscheid, Cannabis in der Kategorie I zu belassen, die höchst zweifelhaften Argumente, die ursprünglich überhaupt zu der Klassifizierung von Cannabis unter den Abkommen geführt hatten. Dass die WHO den medizinischen Nutzen von Cannabis endlich anerkannt hat, ist wichtig. Die Empfehlungen des ECDD zeigen jedoch die Unfähigkeit des Einstufungssystems, historische Fehlentscheide zu korrigieren und wissenschaftliche Erkenntnisse über ideologische Entscheidungen zu stellen. An diesem wichtigen Wendepunkt für die Zukunft des internationalen Drogenkontrollregimes ist es wichtiger denn je, dass die beauftragten UN-Gremien mit evidenzbasierten Entscheidungen voranschreiten.

EINE OBJEKTIVE RISIKOSKALA

> „Es sprechen stichhaltige Argumente für das Schaffen von Synergien zwischen der Drogen- und der Alkoholpolitik, nicht zuletzt, weil sie häufig die gleichen Bevölkerungsgruppen und Umgebungen betreffen. Bestehende politische Maßnahmen stoßen zudem durch das rasante Wachstum des ‚Legal High'-Marktes und den Missbrauch von Pharmaprodukten an ihre Grenzen [...]. Aus dem Gesichtspunkt der Volksgesundheit verdeutlicht dies die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes, der sowohl verbotene als auch erlaubte Substanzen einschließt sowie allenfalls auch Verhaltenssüchte. Die zwei größten Herausforderungen liegen darin auszuloten, in welchem Umfang sich diese allumfassende Vision rechtfertigen lässt und wie sie in einen angemessenen regulativen Kontrollrahmen übersetzt werden kann."[126]

In der Europäischen Union, den Niederlanden, Neuseeland und dem Vereinigten Königreich sind ernsthafte Anstrengungen im Gang, um ein evidenzbasiertes Einstufungsverfahren zu entwickeln – was keine einfache Aufgabe ist. Am weitesten fortgeschritten in seinen Bemühungen ist das Vereinigte Königreich mit der „Multikriterien-Entscheidungsanalyse" für Drogenschäden von Professor David Nutt und seinen Kollegen*innen von DrugScience (ehemals Independent Scientific Committee on Drugs), einem formal unabhängigen wissenschaftlichen Ausschuss für Drogen.[127]

Was das Vorhaben erschwert, ist, dass "sich Wissenschaftler*innen, nicht wie in den Anfängen, heute bei der Evaluierung einer Substanz bewusst sind, dass nicht nur die Wirkstoffe einer Substanz für eine Abhängigkeit verantwortlich sind, sondern auch die Anwendungsform und Dosierung. Je nach Präparat einer Substanz variiert also das Abhängigkeitspotenzial."[128]

Peter Reuter kritisiert zudem, dass „die Gefahren in der Substanz selbst verortet werden, anstatt sie als das Resultat einer Substanz und ihrer Regulierung zu sehen. Das ist schlichtweg falsch. Die mit Heroin in Verbindung gebrachte Sterblichkeit zum Beispiel ist viel tiefer, wenn das Heroin in definierter Menge und ausgewiesener Reinheit in einer Apotheke gekauft und mit einer sterilen Nadel gesprizt wird, als wenn es im Versteckten gedealt, mit unbekannten Stoffen verunreinigt und mit einer gebrauchten Nadel gesprizt wird."[129]

Vorhersehbare Reaktionen des Marktes in die Klassifikationsentscheidungen einfließen zu lassen, ist schwierig, aber wichtig für die Wirksamkeit eines evidenzbasierten Einstufungssystems. Auf welche Alternativen wird ausgewichen, wenn das Angebot für eine bestimmte Substanz auf dem Schwarzmarkt oder Graumarkt eingeschränkt wird – und sind diese Alternativen besser oder schlechter als die Substanz, die aus dem Markt gedrängt wird? „Die Größe der Konsumentenbasis kann die Wahl zwischen einem Verbot und einer Regulierung ebenfalls beeinflussen. Eine große Gruppe von regelmäßig konsumierenden, aber ansonsten gesetzestreuen Bürgerinnen und Bürger in Kriminelle zu verwandeln, ist keine Entscheidung, die leicht getroffen werden sollte."[130]

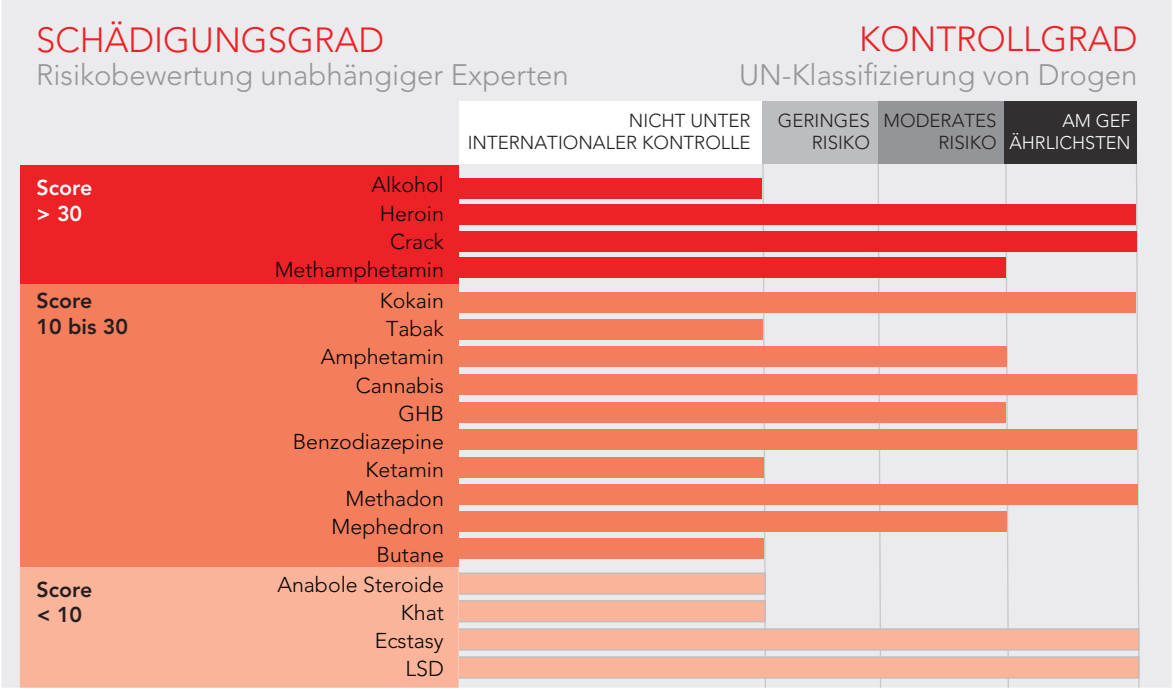
Noch nicht genügend Aufmerksamkeit wird einer ganzen Reihe von potenziell wirksamen Kontrollmechanismen und Rechtsinstrumenten geschenkt, die in Europa bereits angewendet werden und sich auf gewisse psychoaktive Substanzen bereits auswirken. Gemäß einem UK-Bericht über die NPS-Problematik, „wäre deren Ausloten und die Auswertung ihrer Resultate wertvoll. Dies schließt eine möglicherweise langfristige Reform ein, um ein umfassendes Regelwerk für den Umgang mit allen psychoaktiven Substanzen zu erhalten":[131]

> „Es könnte ein neues Gesetz oder Regelwerk zur Kontrolle von schädlichen Substanzen entwickelt werden, [um] eine Vielzahl von bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zumindest mit jenen für Alkohol und Tabak und eventuell sogar jenen für die Kontrolle von Arzneimitteln und Giftstoffen zusammenzuführen. Dies würde die bestehenden Drogenkontrollgesetze entschlacken und eine Möglichkeit schaffen, über die Jahre hinweg entstandene Unstimmigkeiten zu eliminieren." [132]

Das Problem der Widersprüche bei der Tabak- und Alkoholkontrolle steht übrigens auf der Agenda des ECDD. Eine kritische Überprüfung von Tabak im Jahr 1999 hat ergeben, dass „Tabakrauchen abhängig macht, schwerwiegende Probleme für die Volksgesundheit auslöst und keinen therapeutischen Nutzen hat. In Anbetracht der zur Verfügung stehenden Kontrollmaßnahmen, der definierten Einstufungskriterien und der Substanzen, die bereits unter Kontrolle stehen, scheinen die bestehenden internationalen Drogenkontrollmaßnahmen für Betäubungsmittel und psychotrope Substanzen jedoch nicht geeignet für die Kontrolle von Tabak, einer abhängig machenden natürlichen Substanz, dessen Konsum für nichtmedizinische Zwecke zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Übereinkommen weit verbreitet war. Obwohl neue Erkenntnisse auf größere Gesundheitsrisiken als bisher angenommen hindeuten, würde Tabak nicht den Einstufungskriterien der bestehenden internationalen Drogenkontrollabkommen entsprechen. Einmal klassifiziert wäre außerdem ein totales Verbot die einzige in Frage kommende Kontrollmaßnahme für Tabak, da ein regulierter Handel von kontrollierten Substanzen für nichtmedizinische und nichtwissenschaftliche Zwecke untersagt ist.“[133]

Die WHO hat dafür „ein Verfahren zur Entwicklung eines Rahmenabkommens angestoßen, das für die Mitgliedstaaten eine Strategie beinhaltet zur Einführung von umfassenden Tabakkontrollmaßnahmen sowie zur Handhabung der Tabakkontrolle über ihre Landesgrenzen hinaus“.[134] Das hat 2003 zur Annahme des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs geführt.[135] Zudem wurde 2012 „die Möglichkeit einer Vor-Überprüfung von Ethanol (Ethylalkohol) kurz diskutiert“. Da ein Prozess in Richtung einer weltweiten WHO-Strategie zur Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums bereits in Gang gesetzt worden war, hat das Expertenkomitee die Prüfung des Vorhabens auf eine spätere Sitzung vertagt.[136]

ABBILDUNG 6 **Klassifizierung von Drogen – Schädigungsgrad vs. Kontrollgrad**



[Quelle] Diese Abbildung basiert auf einer wissenschaftlichen Modellierung von David Nutt et al. (Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis, The Lancet, https://doi.org/10.1016/S6-61462(10)6736-0140), und ihrer Einschätzung zu den verschiedenen Schädigungsgraden von Drogen, die im Vereinigten Königreich zu Genusszwecken konsumiert werden, anhand von Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) und auf den Einstufungen des Einheitsübereinkommen der Vereinten Nationen über Suchtstoffe von 1961 geändert durch das Protokoll von 1972 gemäß Stand vom 16. Mai 2018 und Anhänge des UN-Übereinkommens über psychotrope Stoffe

WIEDERERLANGEN DER FLEXIBILITÄT AUF NATIONALER EBENE

Der Boom des medizinischen Cannabis ist unter dem bestehenden UN-Drogenkontrollregime vertretbar, obschon Cannabis in der Kategorie IV aufgeführt ist und damit die Empfehlung für ein totales Verbot einhergeht, einschließlich für medizinische Zwecke – was die WHO erst kürzlich vorgeschlagen hatte zu streichen.[137] Die gesetzliche Regulierung von nichtmedizinischen Märkten verstößt aber zweifellos gegen die Bestimmungen der UN-Drogenabkommen.

Mit immer mehr Gerichtsbarkeiten, die sich in diese Richtung bewegen, werden die Spannungen innerhalb der Abkommen zunehmen und die Staaten werden Möglichkeiten ausloten müssen, um Änderungen in ihren innenpolitischen Maßnahmen mit den Verpflichtungen des internationalen Rechts zu vereinbaren. Die Weltkommission für Drogenpolitik hat in ihrem Bericht von 2018 „Regulierung von Drogen: Für eine verantwortungsvolle Kontrolle" mögliche Reformen zur Modernisierung des internationalen Drogenkontrollsystems aufgezeigt. Diese gelten auch für das Einstufungssystem. Die erste Möglichkeit wäre, sukzessive ein neues Einheitsübereinkommen auszuarbeiten, welches die drei bestehenden Abkommen ersetzt und die aktuellen Bedürfnisse und Bestrebungen aller Mitgliedstaaten berücksichtigt. Dieses neue Übereinkommen würde ein verbessertes und schlüssigeres Einstufungsverfahren einschließen, welches den garantierten Zugang zu kontrollierten Substanzen für legitime Zwecke und das Verhindern von problematischen Konsummustern besser ausbalanciert. Eine zweite Möglichkeit wäre, die bestehenden Abkommen anhand eines von allen Beteiligten ausgehandelten Konsens anzupassen oder eine bestimmte Substanz aufgrund einer WHO-Empfehlung, durch den Mehrheitsbeschluss der CND bestätigt, aus den Abkommen zu streichen.

Die Weltkommission hat bereits darauf hingewiesen, dass die polarisierenden Standpunkte zum Thema Regulierung einen Konsens unwahrscheinlich machen. Seit ihrem letzten Bericht scheint sich diese Polarisierung zudem noch verstärkt zu haben. Die Weltkommission hat ebenfalls schon dazu aufgefordert, Cannabis neu zu überprüfen und eine Streichung aus den Kategorien der beiden Abkommen von 1961 und 1971 in Betracht zu ziehen. Die Aussichten, dass Cannabis aufgrund der kürzlich abgeschlossenen WHO-Überprüfung aus den Listen der Abkommen entfernt wird, sind allerdings nicht gut, aus Gründen, die in diesem Bericht bereits erwähnt wurden. Ländern, die ihre Reformen trotz dieser globalen Pattsituation voranbringen möchten, stehen aber noch andere Möglichkeiten offen.

Ein israelischer Patient in Besitz eines ärztlichen Rezepts kauft medizinisches Marihuana in einer Apotheke in Tel Aviv.
© Eddie Gerald/laif/Redux 2016

Eine unilaterale Lösung wäre, dass ein Land aus dem jeweiligen Abkommen austritt, um dann mit einem Vorbehalt, die jene Artikel ausschließt, die eine gesetzliche Regulierung einer bestimmten Substanz verhindern, erneut beizutreten. Bolivien hat dies in Bezug auf Kokablätter so gehandhabt (Kasten 7). Ein koordiniertes Vorgehen wäre, dass mehrere gleichgesinnte Länder gemeinsam bestimmte Vertragsänderungen vornehmen, indem sie untereinander eine sogenannte Inter-se-Vereinbarung treffen. Eine solcher Schritt könnte zum Beispiel den Gesetzeskonflikt zwischen den nationalen Cannabisregulierungen und den UN-Abkommen lösen.[138] Eine Inter-se-Vereinbarung könnte auch den internationalen Cannabishandel zwischen Gerichtsbarkeiten, die Cannabis für nichtmedizinische Zwecke regulieren, einschließen.

KASTEN 7 Der Vorbehalt Boliviens für Kokablätter

Boliviens Teilaufhebung der Vertragsverpflichtungen in Bezug auf Kokablätter ist ein erfolgreiches Beispiel für ein Land, das gestützt auf besondere nationale Gegebenheiten sein Recht einfordert, für eine international klassifizierte Substanz eine Ausnahme zu machen. Nach einem gescheiterten Versuch im Jahr 2009, das Einheitsübereinkommen – welches das Kokablatt in der gleichen Kategorie aufführt wie Kokain und die Mitglieder dazu verpflichtet, das Kokablattkauen innerhalb von 25 Jahren zu unterbinden – anzupassen, hat Bolivien 2011 als erstes Land das Abkommen gekündigt. Anfang 2013 trat Bolivien dem Einheitsübereinkommen wieder bei, unter dem Vorbehalt „auf seinem Staatsgebiet das traditionelle Kokablattkauen, den Konsum und Gebrauch von Kokablättern in naturbelassenem Zustand; die Verwendung für kulturelle und medizinische Zwecke; den Gebrauch in Aufgüssen sowie den Anbau, Handel und Besitz des Kokablattes für diese legalen Zwecke erlauben zu dürfen". Gleichzeitig stellte die Ausnahmeregelung klar, dass Bolivien „weiterhin alle notwendigen Maßnahmen treffen wird, um den Anbau zu kontrollieren und den Missbrauch und die illegale Produktion von Betäubungsmitteln, die aus dem Blatt gewonnen werden können, zu verhindern".[139]

Trotz US-Lobbying und der Argumente des INCB, dass Boliviens Schritt „die Integrität des internationalen Drogenkontrollsystems untergraben würde",[140] erreichte die Zahl der Gegenstimmen unter den Vertragsparteien nicht den notwendigen Drittel (62), um das Vorhaben zu stoppen.[141] Die Tatsache, dass keiner der Staaten, die dagegen stimmten, die Klausel als ein Hindernis für das Wiederinkrafttreten des Übereinkommens zwischen ihnen und Bolivien erachtete,[142] könnte jedoch als stillschweigende Zustimmung dafür gelten, dass Vertragsbestimmungen in Bezug auf einzelne Substanzen grundsätzlich „vom Rest des Abkommens getrennt werden können, was ihre Anwendung betrifft",[143] eine der Voraussetzungen für das Zulassen eines Vorbehalts oder einer Inter-se-Änderung, um von bestimmten Vertragsverpflichtungen abzuweichen.[144] Dass die anderen Vertragsparteien Boliviens unilateralen Entscheid, Kokablätter aus dem internationalen Kategorisierung zu entfernen, akzeptiert haben, hat einen wichtigen Präzedenzfall geschaffen.

Die Ausnahmeregelung hat Boliviens Gesetzeskonflikt zwischen seinem heimischen Kokamarkt und den Vertragsverpflichtungen erfolgreich gelöst. Der INCB bezeichnet Bolivien nun als „legalen Kokablatt-Produzenten": „Der Anbau des Kokastrauches für das Kokablattkauen und den Konsum und Gebrauch von Kokablättern in naturbelassenem Zustand für kulturelle und medizinische Zwecke, wie zum Beispiel das Zubereiten von Aufgüssen, ist mit der Vorbehaltsregelung des Landes von 2013 erlaubt".[145] Der Export von in Bolivien legal produzierten Kokaprodukten bleibt jedoch bis auf die vom Einheitsübereinkommen anerkannten rechtmäßigen Zwecke verboten. Der Export von natürlichen, das Kokain-Alkaloid enthaltenden Kokaprodukten (Tees, Energy-Drinks, Spirituosen, milden Aufputschmitteln, Nahrungsergänzungsmitteln) für andere Zwecke wäre nur erlaubt, wenn das Kokablatt nach einem Überprüfungsverfahren der WHO aus der Liste des Abkommens gestrichen würde oder für die einführenden Länder eine ähnliche Vorbehaltsregelung gelten würde oder eine Inter-se-Anpassung den internationalen Handel zwischen den Parteien erlauben würde.

Der Bericht der Weltkommission für Drogenpolitik von 2018 über die Regulierung erklärt, dass verschiedene Substanzen nach verschiedenen Ansätzen verlangen:

> "Risikoreichere Substanzen rechtfertigen ein höheres Maß an staatlichen Interventionen und striktere Auflagen. Die Möglichkeit, die Intensität der regulatorischen Kontrollen zu variieren, ermöglicht die Bestimmung eines ‚Risiko-Verfügbarkeits-Gradienten', nach welchem die Verfügbarkeit von Substanzen mit zunehmendem Risiko stärker eingeschränkt wird. [...] Ein gesetzlich reguliertes Angebot führt daher nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung der Drogenverfügbarkeit, sondern ist eine Möglichkeit für die zuständigen Behörden zu kontrollieren, welche Drogen wo und in welcher Form erhältlich sind. Die Aufrechterhaltung von Verboten für die wirkungsstärksten und gefährlichsten Drogen – zum Beispiel synthetische Opioide wie Carfentanyl, die in kleinsten Dosen tödlich sein können – bleibt ein gesundheitspolitisches Muss und kann durch die Verfügbarkeit von weniger potenten und weniger riskanten Alternativen noch besser begründet werden."

Es wird schwierig sein, einen Konsens zu finden über Kontrollmechanismen, die für die verschiedenen Substanzen eine angemessene Vielfalt und Anpassungsfähigkeit aufweisen. Die obengenannten Beispiele von Khat und Kratom, die nicht mit den internationalen Drogenabkommen kontrolliert werden, sondern nationalen Gesetzen von ganz unterschiedlicher Strenge unterliegen, liefern aber den Beweis, dass in der Praxis für die gleiche Substanz ganz verschiedene Kontrollregimes nebeneinander existieren können.[146]

EMPFEHLUNG

Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen müssen das internationale Einstufungssystem wieder an seinem ursprünglichen Ziel, der Kontrolle des transnationalen Handels, ausrichten und für die Entwicklung innovativer nationaler Klassifizierungssysteme Raum schaffen.

Markteinschränkungen für eindeutig mildere, weniger schädliche und weniger starke Substanzen sollten gelockert werden, auch für „andere legitime Verwendungen" über medizinische und wissenschaftliche Zwecke hinaus. Dadurch könnten die nationalen Gesetzgebungen einen traditionellen, religiösen, leistungssteigernden oder sozialen Gebrauch berücksichtigen.

SCHLUSSWORT

DIE UNSTIMMIGKEITEN DES HEUTIGEN EINSTUFUNGSSYSTEMS

In den Anfängen der Drogenkontrolle in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde ein umfassendes System geschaffen, das sich auf das Kontrollieren des internationalen Handels konzentrierte. Auf nationaler Ebene erlaubte es eine gewisse Flexibilität, auch für die Berücksichtigung von „anderen legitimen Zwecken". Die Maßnahmen bändigten erfolgreich einen bis anhin zügellosen Markt, der zum großen Teil in den Händen von Kolonialmächten und Unternehmen lag, und verminderten effizient das Abzweigen von Substanzen aus diesen profitablen legalen Quellen für den Schwarzmarkt.

Die Tragik des internationalen Drogenkontrollsystems besteht darin, dass es die illegale Produktion und den illegalen Handel, der im großen Stil daraus resultierte, nicht verhindern konnte. Das prohibitive und übermäßig repressive Ethos, das die Verhandlungen über das Einheitsübereinkommen nach dem Zweiten Weltkrieg dominierte, lenkte das Drogenkontrollregime der Vereinten Nationen in die falsche Richtung ¬– mit katastrophalen Folgen: „Das Endergebnis davon ist, dass das Modell, auf das sich die Drogenkontrollpolitik historisch abstützt, dringend sanierungsbedürftig, wenn es nicht sogar irreparabel beschädigt ist".[147] Einige frühe, wissenschaftlich fragwürdige und politisch beeinflusste Einstufungsentscheidungen haben sich durch das „Ähnlichkeitsprinzip" und das "Konvertierbarkeitsprinzip" im System verewigt. Zusammen mit den Unbeständigkeiten in der Einstufungsstruktur der Konventionen von 1971 und 1988 haben sie zu einem dysfunktionalen Klassifikationssystem geführt.

Der Null-Toleranz-Ansatz vieler UN-Mitgliedstaaten und die normalerweise am Status quo festhaltende multilaterale Drogenkontrollbürokratie (CND, INCB und UNODC) blockieren Korrekturen am bestehenden System, was sich in der Ablehnung und manchmal Behinderung von WHO-Einstufungsempfehlungen zeigt. Empfehlungen, neue Substanzen zu klassifizieren, werden im Normalfall durchgewunken. Empfehlungen, Substanzen in eine weniger strenge Kategorie zu verschieben oder bestimmte Drogen nicht zu klassifizieren, stoßen hingegen regelmäßig auf großen Widerstand. Wie der Innenminister des Vereinigten Königreichs sagte: „Wo ein eindeutiges und ernsthaftes Problem vorliegt, jedoch das Schadenspotenzial nicht zweifelsfrei bestimmt werden kann, sollten wir auf der sicheren Seite bleiben und die Öffentlichkeit schützen." Dieses Vorsichtsprinzip führt im Entscheidungsprozess zu „einer überwiegenden Tendenz, neue psychoaktive Substanzen zu verbieten".[148]

Gemäß Adolphe Lande, einem der Hauptarchitekten des internationalen Regimes, ist „die Art und Weise, wie ein Land mit den Problemen des Drogenmissbrauchs umgeht, im Normalfall (für die internationalen Drogenkontrolle) nicht relevant, solange das Land den illegalen Export von international kontrollierten Substanzen von seinem Territorium in andere Länder wirksam unterbindet." Die internationalen Drogenkontrollbemühungen wieder auf diesen ursprünglichen Hauptfokus zurückzulenken und Ländern erlauben, ihre illegalen Exporte zu kontrollieren, während sie gleichzeitig nationale Einstufungen vornehmen, die mit den vorherrschenden Bedürfnissen übereinstimmen, würde den Ländern mehr Flexibilität für evidenzbasierte Einstufungsverfahren einräumen. Ungleichheiten zwischen Gerichtsbarkeiten in der Strenge der Kontrolle von bestimmten Substanzen können innerhalb eines internationalen Regimes nebeneinander bestehen, solange die internationale Zusammenarbeit auf gegenseitigem Respekt für solche Abweichungen basiert. Die wichtigsten beiden Drogenkontrollmechanismen – das Einfuhrbescheinigungs- und Ausfuhrgenehmigungssystem und das Durchführen von Bedarfsanalysen – ermöglichen es, mit nationalen Unterschieden umzugehen und wurden im Übrigen für diesen Zweck konzipiert.[149]

Die Weltkommission für Drogenpolitik fordert einen ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz für die Ausarbeitung von drogenpolitischen Maßnahmen und ein Ende des „Silo-Denkens", das die Drogenkontrolle als ein isoliertes Thema betrachtet und die Klassifizierung von Drogen und die Durchsetzung der Drogenprohibition auf unzuverlässige und wissenschaftlich fragwürdige Einstufungen stützt.

Aus verschiedenen interessierten Abteilungen des UN-Systems wurde im Rahmen des Exekutivkomitees des Generalsekretärs eine neue Arbeitsgruppe zur Koordination des UN-Systems ins Leben gerufen (UN-System Coordination Task team), um unter der Führung des UNODC „die Entwicklung und Einführung von Maßnahmen zu fördern, die den Menschen, die Gesundheit und die Menschrechte ins Zentrum stellen", „das Ändern von gesundheitsbedrohenden und menschenrechtswidrigen Gesetzen, Maßnahmen und Praktiken einzufordern", „eine auf den Menschenrechten beruhende Drogenkontrolle sicherzustellen und schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen, die im Zusammenhang mit Drogenkontrollmaßnahmen nicht geahndet werden, anzugehen", „den Zugang zu kontrollierten Medikamenten für legitime medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu verbessern, einschließlich der Schmerzlinderung und der Behandlung von Drogenabhängigkeit" und „den Mitgliedstaaten die notwendige Faktengrundlage zur Verfügung zu stellen, um fundierte politische Entscheidungen treffen zu können und die Risiken und Nutzen von neuen Ansätzen in der Drogenkontrolle, auch jene im Zusammenhang mit Cannabis, besser zu verstehen".[150] Der vom UN-System festgelegte gemeinsame Standpunkt zur Drogenpolitik, der erste gemeinsame Standpunkt des Coordination Task Teams, treibt den weltweiten politischen Trend in Richtung "eines menschenzentrierten und rechtsbasierten Ansatzes" voran, wie er in der Agenda von 2030 festgeschriebenen ist, und betont die zentrale Bedeutung von "wissenschaftlich fundierten und evidenzbasierten politischen Entscheidungen zur Verwirklichung eines solchen Ansatzes"[151]

DIE EINSCHÄTZUNG DER LAGE DURCH DIE WELTKOMMISSION

Die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen und Märkten ist nicht eindeutig. Drogenmärkte sind in Bewegung; Konsumierende bevorzugen oft eine bestimmte Substanz, können aber zwischen der pharmazeutischen und illegalen Industrie hin und zurückwechseln – je nach Verfügbarkeit, Qualität, Sicherheit und Preis – und manchmal auf nicht eingestufte Substanzen zurückgreifen wie Kratom oder NPS. Auch die Gründe, warum sie Drogen nehmen, sind sehr unterschiedlich: Behandlung von Abhängigkeiten, Selbstmedikation bei Schmerzen oder Krankheit, Leistungssteigerung, Wachbleiben oder Einschlafen, spirituelle Erfahrung oder Genuss. Die meisten Menschen, die in ihrer Freizeit Drogen konsumieren, suchen nicht wie zum Beispiel Kletterer*innen oder andere Extremsportler*innen das Risiko. Sie wollen Drogen so sicher wie möglich konsumieren und problematische Abhängigkeitsmuster umgehen. Einige werden eine Behandlung oder eine andere Form von Gesundheitsfürsorge brauchen. Die Weltkommission hat mehrfach betont, dass nur elf Prozent der Menschen, die Drogen konsumieren, einen problematischen Konsum entwickeln und soziale oder medizinische Unterstützung benötigen.

Bei Menschen mit problematischem Konsum ist „die Selbstmedikation einer der häufigsten Gründe für übermäßigen Konsum und Abhängigkeit von Drogen". „Viel eher als bloß der Realität zu entfliehen, die Euphorie zu suchen oder destruktiv zu handeln, versuchen sie eine ganze Reihe von psychischen Problemen und quälenden Gefühlszuständen selbst zu behandeln", argumentiert Edward Khantzian, „und obwohl diese Versuche der Selbstmedikation am Schluss wegen der Risiken und Komplikationen eines anhaltenden, unstabilen Drogenkonsums meist verhängnisvoll enden, hilft ihnen die kurzfristige Wirkung der Droge ihrer Wahl durchaus, mit belastenden inneren Zuständen und einer als unkontrollierbar und überwältigend empfundenen äußeren Realität umzugehen".[152] Diese verschiedenen Beweggründe und Konsummuster besser zu verstehen, wie auch die Entscheidungen, die Menschen treffen, wenn sie Drogen konsumieren, ist wichtig für die Entwicklung von effizienteren Strategien. Ein evidenzbasiertes Einstufungssystem, das nicht stigmatisiert, kann die Menschen dazu bewegen, verantwortungsvollere und weniger schädliche Entscheidungen zu treffen.

PRINZIPIEN FÜR BESSERE KLASSIFIZIERUNGSSYSTEME

Die einzige verantwortungsvolle Antwort auf dieses komplexe Thema ist für die Weltkommission, die illegalen Drogenmärkte zu regulieren, angefangen mit der Einführung von Vorschriften und, um diese zu überwachen und durchzusetzen, einem neuen Einstufungsverfahren, das die Gefährlichkeit der einzelnen Substanzen widerspiegelt und auf fundierten wissenschaftlichen Einschätzungen beruht. Eine solche Regulierung existiert bereits für Lebensmittel, legale psychoaktive Substanzen, Chemikalien, Arzneimittel, Isotope und viele andere Produkte und Verhaltensweisen, die ein Schadenspotenzial in sich tragen. Während die internationale Gemeinschaft sich damit schwertut, einen neuen Konsens zu finden, sollten die einzelnen Länder mit der Einführung und Durchsetzung einer sachbezogenen Politik für die Einstufung, Kontrolle und Regulierung von psychoaktiven Substanzen beginnen.

Ein solcher Ansatz sollte folgende Leitprinzipien beinhalten:

- garantierte Verfügbarkeit aller Substanzen in angemessener Menge für medizinische und wissenschaftliche Zwecke
- Abkehr von der Null-Toleranz-Politik, um „anderen legitimen Zwecken" mehr Raum zu geben
- Nachsichtigkeit bei milderen Substanzen
- Berücksichtigung von sozialen und kulturellen Bedingungen
- Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse zu potenziellen Schäden und wahrgenommenem Nutzen
- Akzeptieren einer bestimmten Risikoschwelle, vergleichbar mit anderen akzeptierten gesellschaftlichen Risiken, anstatt ein Vorsorge Vermeidungsprinzip aufrechterhalten
- sorgfältiges Abwägen der potenziellen Folgen von Kategorisierungsentscheidungen unter Berücksichtigung von zu erwartenden Reaktionen von Konsumierenden und dem Markt
- bessere Nutzung von medizinischen und den Verbraucherschutz betreffenden Rechtsinstrumente anstelle der Drogengesetze

Ein auf diesen Prinzipen beruhendes Einstufungssystem könnte ein Schlüsselinstrument sein, das die Politik weg von einem ausschließlich prohibitiven System und hin zu einem flexiblen Regulierungsmodell führt, zu einem Instrument, das den Drogenmarkt allmählich in eine weniger schädliche Richtung lenkt.

ZEUGNISSE

CAROL KATZ BEYER | Die Geschichte einer Mutter, die ihre Söhne an die Prohibition verlor

Vereinigte Staaten von Amerika

Ich, eine Mutter und Pflegefachfrau, die zwei ihrer Kinder an Fentanyl-bedingte Überdosen verloren hat, kenne die Auswirkungen einer verhängnisvollen Drogenpolitik nur zu gut. Ich habe mit unzähligen Familien gesprochen, deren Geschichten nach einem Paradigmenwechsel schreien, nach einem Ansatz, der eine umfassende Versorgung und Lösungen einschließt, die auf Wissenschaft, Mitgefühl und der Volksgesundheit basieren. Ich habe „Familien für eine vernünftige Drogenpolitik" mitbegründet (Families for Sensible Drug Policy), um eine Drogenpolitikreform voranzutreiben, und ich kläre Fachkräfte in Hilfsorganisationen über Schadensminderungsmaßnahmen auf.

Immer mehr Familien wie die meine kommen zu Schaden, wenn Drogen als kontrollierte Substanzen eingestuft werden. Eine drakonische Drogenpolitik unterstützt ein unrealistisches und auf Strafen aufgebautes Modell, das Abstinenz voraussetzt und keinen Raum lässt für jugendliches Experimentieren, das aus ganz verschiedenen Gründen stattfinden kann. Substanzen als das Hauptproblem zu betrachten wertet nicht nur die einzigartige Entwicklung, die einmaligen Stärken und Ressourcen von Familien ab, sondern es führt unsere Liebsten und Nächsten ungewollt vom Experimentieren zum problematischen Gebrauch.

Meine beiden Söhne, Bryan und Alex, waren nicht anders als unzählige andere junge Erwachsene auf dieser Welt. Sie betrieben Sport, hörten Musik, besuchten mit Freunden Partys und Konzerte und experimentierten mit Drogen. Da an ihrer Highschool eine Null-Toleranz-Politik galt, wurden sie nach einem positiven Test auf Cannabis und Kokain in ein intensives ambulantes Programm gedrängt, zusammen mit viel Älteren, die Drogen konsumierten. Sie mussten sich als schwache Süchtige identifizieren, durften keinen Sport und keine Freizeitaktivitäten betreiben und ihre Freunde nicht sehen. Ihr Zustand verschlechterte sich, aber „ganz unten" anzukommen wurde als Teil der Genesung betrachtet. Es wurde ihnen gesagt, ich sei „ko-abhängig" und ein „Enabler", eine Komplizin, weil ich ihnen Liebe entgegenbrachte und mich für ihr Wohlergehen einsetzte.

Als ihr Substanzkonsum immer gesundheitsschädlicher wurde, sagten sie uns, wir sollten sie in ein 28-tägiges Rehab-Programm in Florida schicken. Danach bewegten sich Bryan und Alex zwischen Entzug, Gefängnis, Rehab und drogenfreien Wohngemeinschaften hin und her. Sie konnten eine Zeit lang abstinent bleiben und schienen es auszuwachsen. Bryan ging an die Johnson & Wales Universität, gründete ein Unternehmen und heiratete! Alex schloss die Full Sail Universität ab, kehrte nach New Jersey zurück, um näher bei der Familie zu sein, und verfolgte seine Karriere! Leider waren die Straßen mit Fentanyl überschwemmt und es gab keine sicheren Konsumorte, um Rückfälle zu überwachen. Meine wunderbaren Söhne verloren ihr Leben wegen vermeidbaren Überdosen. Der Verlust ist für die Familie und Freunde unbegreiflich. Es war nicht vorgesehen, dass mein jüngster Sohn, Devin, am Tag seines Uniabschlusses das Grab seiner Brüder besuchen würde.

Die auf Prohibition basierende Drogenpolitik von heute verletzt die Menschenrechte und die Sicherheit von Einzelpersonen und Familien. Als Mutter beschuldige ich die US-Regierung, für den Tod meiner Söhne mitverantwortlich zu sein. Der Drogenkrieg hat sie ausgegrenzt und ihnen vermittelt, dass ihr Leben nichts wert sei.

Der Familienzusammenhalt spielt eine wichtige Rolle für die Genesung und für einen gesunden Umgang mit Substanzen. Wir wissen, dass ein problematischer Konsum ein Zusammenspiel von psychischen, biologischen und soziokulturellen Faktoren voraussetzt. Sucht wird eine „Krankheit" genannt, aber das ist ein Missverständnis. In Programmen wie Family Drug Support werden Familien befähigt, gemeinsam die Themen, die zu einem problematischen Konsum beitragen, zu ergründen. Menschen, die Drogen nehmen und ihre Familien verdienen eine Art von Unterstützung, die ihnen Würde, Individualität und Respekt entgegenbringt.

CONNIE VAN STADEN | **Vom Dealer zum Vorbild**

Beauftragter für Menschenrechte und Advocacy, SANPUD, Südafrika

Ich kam 1975 westlich von Pretoria, Südafrika, zur Welt, in einer von politischen Unruhen geprägten Zeit, als Kind einer durchschnittlich verdienenden Familie. Etwas, was ich an meiner Kindheit gerne geändert hätte, wenn ich könnte, ist die Tatsache, dass beide meiner Elternteile Alkoholiker waren. Mein Vater war Gasinspektor bei einer großen Raffinerieanlage und meine Mutter war in der Bestattungsbranche tätig. Sie arbeiteten beide viel, funktionierten gut, und wir waren nie Gewalt ausgesetzt oder anderen Situationen der stereotypischen „Kinder von Alkoholikern"-Rhetorik. Im Gegensatz zu den üblichen Geschichten, war unser Heim voller Liebe, es gab immer genug zu essen und wir lachten viel! Wir waren meistens eine sehr glückliche Familie. Leider unterlagen aber beide relativ jung dem Trinken. Mein Vater starb 2007 (53-jährig) und meine Mutter 2008 (49-jährig).

Mit 15 begann ich in die Clubs von Pretoria zu gehen und machte meine ersten Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen, nämlich Ecstasy und LSD. Nur ein Tag nachdem ich LSD genommen hatte, habe ich Heroin probiert und mich sofort verliebt! Ich liebte, was die Droge mit mir machte. Es nahm jeglichen Schmerz, allen Kummer, und es war egal, dass die Leute sagten: „Du bist ein wertloser Junkie, dir fehlt die Disziplin, du bist ein Verbrecher, du kennst keine Moral." Es gab nichts, was mich treffen konnte.

Ich wurde zu der Person, vor denen Eltern ihre Kinder warnten. Ich war „der Star", der Typ, den jeder kennen wollte, der Mittelpunkt auf jeder Party. Natürlich bemerkten das auch viele der „Schwergewichte" in den Clubs und die wollten, dass ich Drogen an die Clubgänger verkaufte. Ich konnte damit großartig Geld verdienen und meine eigene (sich jetzt rasch anbahnende) Abhängigkeit finanzieren.

Viele Jahre lang war ich ein funktionierender Konsument. Ich konnte arbeiten, mit der Familie und Freunden zusammen sein, regelmäßige soziale Kontakte pflegen … Ich habe es sogar geschafft, die 12. Klasse der Highschool zu beenden, habe aber kein Hochschulstudium angehängt. Mit etwa 21 versuchte ich mit Heroin aufzuhören, schaffte es aber nicht. Es war nicht nur ein Schutzwall zwischen der harschen Realität und mir, ich war auch körperlich abhängig geworden und erlebte schreckliche Entzugserscheinungen, wenn kein Heroin verfügbar war.

Als mein Vater 2007 starb, konsumierte ich mehr, verlor meinen Job, rannte von zuhause weg und endete auf der Straße. Angst und fehlende Ressourcen und Einrichtungen haben mich daran gehindert, etwas zu ändern. Damals wussten viele Ärzte nicht, wie man Medikamente wie Suboxone und Methadon richtig anwendet. Stigmatisierter Drogenkonsum und soziale Ausgrenzung haben mich nur weiter davon abgehalten, die nötige Hilfe zu suchen. Ich glaube, vieles davon kommt von fehlender Aufklärung, nicht nur unter Ärzten und Pflegefachleuten, sondern auch in unseren Gemeinschaften.

Eine neue Organisation namens Step Up begann 2015 Heroinkonsumierenden und Sexarbeitern*innen Gesundheitsdienste anzubieten. Ich involvierte mich, weil ich dachte, dass ich wertvolle Lebenserfahrungen weitergeben könnte. Gleichzeitig gründete ich in Gauteng ein Netzwerk für Drogenkonsumierende, DUG (Drug Users of Gauteng), die erste Plattform in Südafrika, die Drogenkonsumierenden aus der Region eine Stimme gab und ein Zugehörigkeitsgefühl vermittelte. Ich war die allererste Person, die in das Step-Up-Projekt und das NSP-Programm aufgenommen wurde. Heute greifen über 3000 Menschen auf das Programm zu und unser Netzwerk zählt allein im Stadtzentrum 175 registrierte Mitglieder. Step Up stellte mich 2016 als bezahlten Mitarbeiter ein und ich erhielt somit zum ersten Mal die Möglichkeit, mein Leben wirklich zu verändern. Ich werde oft gefragt, was mich dazu bewogen hatte, mich zu ändern. Es ist die Tatsache, dass mir ein völlig Fremder bedingungslos Liebe und Respekt entgegenbrachte. Diese Organisation urteilte nicht über mich, egal, welche Lebensentscheidungen ich traf, und das ließ mich denken: Wenn ein völlig Fremder mich so behandeln kann, verdiene ich vielleicht tatsächlich etwas Besseres. Von diesem Tag an begann ich besser auf mich und meine Gesundheit zu achten.

Heute verdiene ich gut, ich bin in einem Methadon-Programm, ich habe eine eigene Wohnung, meinen eigenen Laptop, mein eigenes Handy. Ich führe Gespräche mit Substanzkonsumierenden, Polizisten *innen, Gesundheitsfachleuten, Universitätsprofessoren *innen. Ich bin stolz auf die Veränderungen in meinem Leben und ich hoffe, dass ich auch weiterhin Botschafter für die Substanzen konsumierende Bevölkerung in unserem Land sein werde.

DAVID NUTT | Ein Verfahren für die ganzheitliche Bewertung von Substanzen

Imperial College London, Vereinigtes Königreich

Ich bin Arzt und Psychopharmakologe. Mein Spezialgebiet ist die Untersuchung der Hirnaktivität anhand von Drogen/Medikamenten an gesunden Freiwilligen und Menschen mit psychischen Störungen. Weil das Gehirn ein von Neurotransmittern gesteuertes Organ ist und Drogen die Funktion der Neurotransmitter verändern, glaube ich, dass dieser Ansatz die beste Möglichkeit bietet, um die Hirnaktivität zu untersuchen, vor allem mit dem Einsatz von Neuroimaging-Methoden wie PET und fMRI.

In meiner fast 40-jährigen Karriere habe ich Substanzen fast jeder Kategorie an Menschen studiert, darunter einige stark wirkende, gefährliche und häufig missbrauchte Drogen wie Opioide (Heroin, Hydromorphon, Methadon und Buprenorphin), wie auch Benzodiazepine, Ketamin und Alkohol. Ich darf sie studieren, weil sie entweder als Medikamente zugelassen oder legale Drogen sind. Als ich jedoch Psychedelika und Cannabis untersuchen wollte, war mir der Weg versperrt, weil sie unter die Kategorie I fallen. Die Regierung des Vereinigten Königreichs behandelt diese Substanzen, als wären sie viel gefährlicher oder (aus Kundenperspektive) attraktiver als die anderen, bereits erwähnten Substanzen, trotz der überwältigenden Fülle an Beweisen, dass Psychedelika sehr sicher sind (mit fast keinen Todesfällen) und sehr selten missbraucht werden. Cannabis ist ebenfalls relativ sicher und galt im Vereinigten Königreich bis 1971 als Medikament.

Dieser Umstand hat immense Auswirkungen auf meine Forschung. Um Psychedelika oder Cannabis zu lagern und zu erforschen, brauche ich eine spezielle Bewilligung, die eine strengere polizeiliche Überprüfung verlangt, als wenn ich Opioide verschreiben will. Ich brauche zusätzlich vom Innenministerium eine Speziallizenz, was Zeit kostet (sie zu erhalten kann bis zu einem Jahr dauern) und Geld (rund 3000 Pfund plus eine jährliche Erneuerungsgebühr). Es bedarf hingegen keiner speziellen Lizenz, um die obengenannten Opioide zu lagern oder zu erforschen, auch nicht für Benzodiazepine oder Ketamin. Das zeigt ganz klar, dass der Zweck der Einschränkung der Kategorie I nicht das Verhindern des Weiterverkaufs sein kann, denn Heroin und Methadon haben einen signifikant höheren Straßenverkaufswert. Im Vereinigten Königreich ist es auch noch nie vorgekommen, dass ein Forscher Drogen der Kategorie I verkauft hat; die Angst vor Abzweigungen ist ein Vorwand, um die heutige Drogenkontrolle zu rechtfertigen.

Ich habe ausgerechnet, dass die Kosten für unsere erste Studie mit Psilocybin* für die Behandlung von therapieresistenten Depressionen wegen dieser Extrakosten pro Dosis etwa 1500 Pfund betrugen – über zehnmal mehr, als wenn die Einschränkung nicht bestünde. Das Geld wird von Forschungsgeldern abgezogen, untergräbt deren finanzielle Tragfähigkeit und verringert deren Ausmaß. Es hat uns zudem über zwei Jahre gekostet, für die Forschungsprojekte die Durchführungsbewilligungen zu erhalten, was ein riesiger Zeitverlust darstellt mit entsprechend vielen verpassten Möglichkeiten.

Würde die bestehende Einstufung den Freizeitgebrauch von Drogen oder seine Schäden effektiv verringern, könnte man die bremsende Wirkung, die sie auf die Forschung und die klinische Praxis ausübt, vielleicht eher akzeptieren. Es gibt aber absolut keine Hinweise darauf, dass dem so ist. Zeit also, etwas zu ändern, damit wir alle davon profitieren können.

* Eine natürlich vorkommende psychedelische Verbindung, die von bestimmten Pilzarten produziert wird.

GILLES FORTE | **Der Auftrag der WHO in den Drogenkontrollabkommen**

Sekretär des Expertenausschusses für Drogenabhängigkeit der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spielt eine wichtige Rolle in der Festlegung von weltweiten Standards, indem sie wissenschaftlich fundierte, transparente und unabhängige Richtlinien und Empfehlungen zugunsten der öffentlichen Gesundheit abgibt.

Die WHO hat den Spezialauftrag, von den internationalen Drogenkontrollabkommen ausgehend, die Stärke der internationalen Kontrolle für Substanzen mit psychoaktiver Wirkung zu empfehlen. Es erfüllt dieses Mandat durch den Expertenausschuss für Drogenabhängigkeit (Expert Committee on Drug Dependence, ECDD), einen unabhängigen wissenschaftlichen Beirat der WHO. Die Arbeit der WHO zur Verringerung des Angebots von schädlichen psychoaktiven Substanzen hat sich zu einem Kernstück des internationalen Drogenkontrollsystems entwickelt und zeigt, wie wichtig es ist, die Gesundheit der Schwächsten zu schützen. Der ECDD stellt einen Grundpfeiler in der Bekämpfung der Opioid-Krise dar und hat die internationale Kontrolle für viele neue psychoaktive Substanzen empfohlen, die seit 2014 auf dem Schwarzmarkt aufgetaucht sind. In einigen Teilen der Welt, vor allem in Ländern mit hohen Einkommen, hat das übermäßige Verschreiben von Opioiden zu erhöhten Abhängigkeitsraten und einer Verschiebung des Konsums hin zu stärkeren synthetischen Substanzen wie Fentanyl-Analoga geführt, die weltweit zu einem Anstieg der Todesfälle durch Überdosierungen beitragen.

Eines dieser hochpotenten synthetischen Opioide ist Carfentanil, das als Streckmittel für Heroin verwendet wird und bereits in extrem kleinen Dosen tödliche Folgen haben kann. Der ECDD empfiehlt Carfentanil unter die strengste internationale Kontrolle zu stellen, das Angebot damit zu reduzieren und gegebenenfalls Leben zu retten.

Auch wenn etliche der Volksgesundheit schadende psychoaktive Substanzen keine legitime medizinische Verwendung haben, können viele psychoaktiv wirkende Medikamente mit einem erwiesenen therapeutischen Nutzen bei unsachgemäßer Anwendung Schäden anrichten, darunter Opioid-Analgetika und Benzodiazepine. Eine unbeabsichtigte Folge der Kontrolle von Substanzen mit einem erwiesenen therapeutischen Nutzen ist, dass der Zugang zur legitimen Verwendung für Menschen, die diese potenziell lebensrettenden und schmerz- und leidlindernden Medikamente brauchen, behindert werden könnte. Die WHO schätzt, dass 83 Prozent der Weltbevölkerung in Ländern lebt, die nur erschwerten oder keinen Zugang haben zu kontrollierten Medikamenten für die Behandlung von mittelstarken und starken Schmerzen.

Der ECDD spielt in der internationalen Kontrolle von psychoaktiven Arzneimitteln eine wichtige Rolle, indem er ausgewogene Empfehlungen abgibt. Diese schließen Betäubungsmittel wie Ketamin ein, die ein ausgezeichnetes Sicherheitsprofil aufweisen und Narkosen ohne den üblichen Überwachungsgrad erlauben, was ihre Verwendung in Ländern mit niedrigen Einkommen und in Notsituationen begünstigt. Medikamente wie Tramadol gehören auch dazu, eines der wenigen Schmerzmittel, die auch als Generika verfügbar sind. Es wird in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen und in Krisensituationen bei fehlendem oder eingeschränktem Zugang zu anderen opioiden Schmerzmitteln breit eingesetzt.

Der ECDD erhöht die Zahl der unter internationaler Kontrolle stehenden gefährlichen synthetischen Cannabinoide, amphetaminartigen Stimulanzien und Fentanyl-Analoga stetig, stellt aber gleichzeitig sicher, dass die internationalen Kontrollmaßnahmen den Zugang zu unentbehrlichen und lebensrettenden Medikamenten nicht behindern.

NEIL WOODS | **„Hart gegen Drogen vorzugehen" führt nur zu mehr Gewalt: Der Standpunkt eines Polizeibeamten**

Law Enforcement Action Partnership, Vereinigtes Königreich

Sie benutzten Gruppenvergewaltigungen als Kontroll- und Einschüchterungsmethode.

Die Polizei von Northampton konnte im Kampf gegen lokale Heroindealer einige Erfolge feiern. Dies öffnete die Türen für die berüchtigte Birmingham-Gang, die Burger Bar Boys. Die Burgers kannten das Grundgesetz des Drogenkriegs, dass „die brutalsten Gangs am schwierigsten zu fassen sind" – und ließen keinen Zweifel daran, dass alle, die mit der Polizei in irgendeiner Form zusammenarbeiten würden, nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Frauen und Schwestern gefährden würden.

Darum wurde ich verdeckt eingesetzt. Über Monate hinweg kaufte ich Heroin von diesen jungen Männern. Der Heroinhandel ist der brutalste Markt, weil er vor Gericht zu den höchsten Strafen führt. Heroin ist eine Droge der A-Klasse und Richter werden dazu angehalten, diese am härtesten zu ahnden. Je grösser das Risiko, desto grösser die Schubkraft im endlosen Wettrüsten des Drogenkriegs.

Eines Tages fuhr D. nicht wie sonst im Sportwagen vor, sondern im Kleinbus. Er hatte noch vier Typen dabei. D. sagte: „Was meint ihr?" Ein anderer antwortete: „Ein Scheißbulle, Mann … machen wir ihn fertig, verdammt, bringen wir ihn einfach um!" Sie zogen eine Glock-Pistole und befahlen mir, Hemd und Hose auszuziehen. Wie sie so um mich herumstanden und lachten, fragte ich mich, ob sie tatsächlich misstrauisch geworden waren oder ob es bloß einer ihrer normalen Tricks war, um ihre Kunden zu verängstigen und unter Kontrolle zu halten.

Nach sieben Monaten hatte ich genügend Beweise gegen die Bande und ihr ganzes Supportnetzwerk gesammelt. 96 Menschen wurden verhaftet, viele von ihnen in breit angelegten Razzien mit Unterstützung von vier verschiedenen Polizeieinheiten. Ein Geheimdienstler hat mir später erzählt, dass die ganze Aktion das Heroin- und Crackangebot für vielleicht gerade mal zwei Stunden unterbrochen hatte.

Die Burger Bar Boys bekamen je zehn Jahre Gefängnis, was öffentlich als „hartes Vorgehen gegen Dealer" gefeiert wurde. Alles, was die Gang daraus lernte, war, in Zukunft noch grausamer zu sein, um nicht geschnappt zu werden.

„Erfolge" wie dieser sind keine Einzelfälle. Die Polizei ist weltweit wirklich gut im Verhaften von Drogendealern. Nur ist das ein Teil des Problems. Je grösser die Gefahr, ins Gefängnis zu kommen, desto brutaler reagieren die Gangs auf die Polizei – ein einfacher darwinischer Vorgang.

Im Vereinigten Königreich verschlimmert sich die Situation rasant, genau wegen dem Erfolg der Polizei. Kinder werden als Pufferzone zwischen Gangstern und der Polizei missbraucht. Erst 12-Jährige werden als stellvertretende Dealer missbraucht. Oft werden sie bei sexuellen Handlungen gefilmt, um sie zu erpressen und dann einfacher dazu zu bringen, ein Stück Heroin im Dickdarm zu transportieren und das Produkt anderen benachteiligten Menschen zu verkaufen, die vom Staat kriminalisiert werden.

Das ist das endlose Wettrüsten des Drogenkriegs, immer wieder angeheizt von noch „härteren Bestrafungen". Es wird erst enden, wenn die Gesellschaft die dadurch ausgelöste Korruption nicht mehr aushält. Wie schlimm muss es erst noch werden?

PEDRO ARENAS | **The damage of forced harvests**

Beobachtungsstelle für Züchter und Anbau als illegal angesehen (*Observatorio de Cultivos y Cultivadores Declarados Ilícitos, OCCDI Global*), Colombia

Mein Name ist Pedro Arenas. Ich bin an den Ufern eines Flusses im Südosten von Kolumbien geboren. Als ich in den frühen 1980er-Jahren die Primarschule abschloss, konnte mein Vater für mich keine weiterführende Schule finden. Es gab auf dem Land keine Sekundarschulen. Wie viele andere Jugendliche begann ich auf den Kokafeldern der Region zu arbeiten. Mit knapp 13 verdiente ich mein eigenes Geld.

Ich erinnere mich, dass die Erwachsenen darüber sprachen, dass dieser Anbau illegal war und dass wir deshalb jederzeit dafür verhaftet werden konnten. Mit dieser Angst im Nacken zogen sich die Bauern immer weiter in abgelegene und für die Umwelt wichtige Waldgebiete zurück. So arbeitete ich südlich von Guaviare als Kokablattsammler weiter, in der Region mit der höchsten Abholzungsrate im kolumbianischen Amazonasgebiet.

In den 1990er-Jahren haben Besprühungen aus der Luft mit dem Herbizid Glyphosat auch legale Anbaufelder zerstört, darauf aufbauende Familieneinkommen vernichtet und zu Menschenrechtsverletzungen geführt. Auch meine Mutter verlor so ihr Feld und musst die ländliche Gegend verlassen, um in der nächstgelegenen Stadt noch einmal ganz von vorne anzufangen.

Wir haben in Bauernverbänden dagegen protestiert. Ich habe verschiedene Behörden auf die durch Besprühungen entstandenen Schäden an Familien, ihrer Ernährungsgrundlage und der Umwelt aufmerksam gemacht. Der Staat setzte die Vernichtungspolitik weitere 21 Jahre fort, ohne auf die Beschwerden einzugehen oder die Menschenrechtsverletzungen zu untersuchen. Es gab außerdem Drohungen und Angriffe und Attentate auf die Anführer der Proteste. Ich wurde selber auch bedroht und verfolgt und zwei Attentate kosteten mich beinahe das Leben.

Seither setze ich mich für die Menschenrechte der indigenen Bevölkerung, der Bauern und Afroamerikaner ein, die Koka für den traditionellen und kulturellen Gebrauch anpflanzen, und auch für Familien, die es für die Koka-Paste tun. Ich habe Kampagnen gesehen, die diese Pflanze stigmatisieren und Bauern verfolgen, die davon leben.

Ich kann bestätigen, dass Bauern zur Umsiedlung gezwungen und sogar inhaftiert wurden wegen einer Handlung, die uns normal erscheint. Die erzwungenen Vernichtungen haben nur negative Konsequenzen für Familien und liefern keine nachhaltigen Resultate. Deshalb sage ich, dass die Maßnahmen gegen Drogen nicht nur an der Fläche des Anbaus und der jährlich zerstörten Gebiete gemessen werden sollten, sondern auch an der Eliminierung der Armut und dem Fortschritt der Entwicklung.

REFERENZENS

1. WHO (2011) *Ensuring balance in national policies on controlled substances, Guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, p. 1.[pdf] Geneva: World Health Organization. Abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf (Stand: 07 Januar 2019)
2. Davis, C. S. and Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Abrufbar unter SSRN: https://ssrn.com/abstract=2011197
3. INCB (2018) *Yellow List - List of Narcotic Drugs Under International Control*, 57th edition [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Abrufbar unter: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/57th_edition/57th_edition_YL_ENG.pdf (Stand: 07 Januar 2019)
4. INCB (2018) *Green List - List of Psychotropic Substances Under International Control*, 29th edition [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Abrufbar unter: https://www.incb.org/documents/Psychotropics/greenlist/Green_list_ENG_V18-02416.pdf (Stand: 07 Januar 2019)
5. INCB (2017) *Tables of the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988* [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Abrufbar unter: https://www.incb.org/documents/PRECURSORS/TABLES/revised_1988_Conv_Schedules.pdf (Stand: 7. Januar 2019)
6. For a schematic overview of control requirements for the different schedules, see: UNODC (2018) *Schedules and control regimes of the Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol, and the Convention on Psychotropic Substances of 1971 - Background material for the Commission on Narcotic Drugs at its 61st session* [pdf]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_61/Scheduling_paper_short_8_March_final_FINAL.pdf (Stand: 07 Januar 2019)
7. Those general obligations are laid down in Article 4 of the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs and Article 5 of the 1971 Convention on Psychotropic Substances.
8. UNODC (2006) *Multilingual Dictionary of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances under International Control*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. UN doc. ST/NAR/1 Rev.2
9. United Nations (1961) *1961 Single Convention on Narcotic Drugs (as amended by the 1972 Protocol)*, Article 2 §5(b). New York: United Nations.
10. United Nations (1971) *Convention on Psychotropic Substances*, Article 7 §(a). New York: United Nations.
11. Government of India, Finance and Commerce Department (1895) *Report of the Indian Hemp Drugs Commission* [online]. Calcutta: Government of India. Abrufbar unter: https://digital.nls.uk/indiapapers/browse/archive/74574096 (Stand: 8. Januar 2019)
12. The New York Times (1892) *Stimulants and Narcotics*, book review. New York: New York Times.
13. Das Einheitsübereinkommen erlaubt den Kokablattgebrauch als Geschmacksstoff (Artikel 27.1) und den Cannabisanbau für industrielle Zwecke (Hanffasern und -samen, Artikel 28.2); Die Samen aller drei Pflanzen stehen nicht unter internationaler Kontrolle, was zudem den Anbau von Schlafmohn für die Produktion von Mohnsamen und -öl für kulinarische Zwecke erlaubt. Die Konvention von 1971 erlaubt es den Staaten, Ausnahmen zu machen für "Pflanzen mit psychotropen Wirkstoffen, die traditionell von bestimmten kleinen, klar definierten Gruppen für magische oder religiöse Riten verwendet werden" (Artikel 32.4).
14. Kleiman, M. a. R. (2012) *Commentary on Coulson & Caulkins (2012): Optimizing drug scheduling*. Addiction, 107(4), pp. 774–775. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03814.x. Mark Kleiman is professor of public policy and director of the Crime and Justice program at New York University.
15. Ibid.
16. House of Commons Science and Technology Committee (2006) *Drug classification: making a hash of it?* [pdf] London: United Kingdom House of Commons, Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, p. 24. Abrufbar unter: https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf, (Stand: 9. Januar 2019).
17. Home Office Crime and Drug Strategy Directorate (2006) *Review of the UK's Drugs Classification System – A Public Consultation* [pdf]. London: United Kingdom, p.17. Hinweis: Das ist ein Entwurf eines Konsultationspapiers, das 2006 nicht zur Veröffentlichung freigegeben wurde. Dieser Entwurf wird hier im Rahmen der Informationsfreiheit veröffentlicht.
18. Birdwell, J. et al. (2011) *Taking drugs seriously: a Demos and UK Drug Policy Commission report on legal highs* [pdf]. London: DEMOS. Abrufbar unter: https://core.ac.uk/download/pdf/34716665.pdf (Stand: 9. Januar 2019)
19. House of Commons Science and Technology Committee (2006) *Drug classification: making a hash of it?* [pdf] London: United Kingdom House of Commons, Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty. Abrufbar unter: https://publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmsctech/1031/1031.pdf, p. 24.(Stand: 9. Januar 2019).
20. Nutt, D. (2009) Equasy — *An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms*, Journal of Psychopharmacology, 23(1), pp. 3–5. doi: 10.1177/0269881108099672.
21. Ibid.
22. Global Commission on Drug Policy (2018) *Regulation: The Responsible Control of Drugs* [pdf] Geneva: Global Commission on Drug Policy, p. 37. Abrufbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/regulation-the-responsible-control-of-drugs (Stand: 8. Januar 2019).
23. Transnational Institute (2003) The WHO Cocaine Project: TNI publishes banned study. TNI: Amsterdam, https://www.tni.org/en/issues/unscheduling-the-coca-leaf/item/266-the-who-cocaine-project
24. McAllister, W.B. (2020) *Foundations of the International Drug Control Regime, 18th Century through the Second World War*, in Bewley-Taylor, D.R. and Tinasti, K. (eds.) Research Handbook on International Drug Policy. London: Edward Elgar Publishing. To be published.
25. McAllister, W. B. (2004) *The global political economy of scheduling: the international–historical context of the Controlled Substances Act*. Drug and Alcohol Dependence, 76(1), pp. 4. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.012.
26. Lande, A. (1973) *The International Drug Control System*. Appendix, "Drug Use in America: Problem in Perspective," Volume 3, p. 18.
27. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets*. International Community Law Review, 20(5), pp. 481. doi: 10.1163/18719732-12341385.

28. Ibid., p. 36.
29. Ibid., p. 114.
30. Ibid., p. 25.
31. May, H. (1955) *The Single Convention on Narcotic Drugs; Comments and possibilities*. Bulletin on Narcotics, nr 1, p. 4.
32. Bewley-Taylor, D. and Jelsma, M. (2012) *Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs*. International Journal of Drug Policy, 23(1), pp. 72–81. doi: 10.1016/j.drugpo.2011.08.003, p. 473.
33. Jelsma, M. (2018) *Connecting the Dots . . . Human Rights, Illicit Cultivation and Alternative Development* [online]. Amsterdam: Transnational Institute , p. 10-11. Abrufbar unter: https://www.tni.org/en/publication/connecting-the-dots (Stand: 10. Januar 2019).
34. Boister, N. (2001) *Penal aspects of the UN drug conventions*. The Hague-London-Boston: Kluwer Law International, p. 45. isbn: 978-90-411-1546-1.
35. Bewley-Taylor, D., Blickman, T., Jelsma, M. (2014) *The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform*. Amsterdam/Swansea: Transnational Institute/Global Drug Policy Observatory. Abrufbar unter: https://www.tni.org/files/download/rise_and_decline_web.pdf (Stand: 11. Januar 2019)
36. Lande, A. (1973) op. cit. pp. 114.
37. UNDCP (2000) *Model Drug Abuse Bill 2000, Commentary* [pdf]. Vienna: United Nations International Drug Control Programme, p. 8, para. 27. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/pdf/lap_drug-abuse-bill_commentary.pdf (Stand: 10 Januar 2019). Die Mustergesetze zum Drogenhandel und -missbrauch werden zurzeit vom UNODC, ehemals UNDCP, überprüft.
38. McAllister (2004) op. cit., p. 6.
39. Lande (1973) op. cit., p. 92.
40. McAllister (2004) op. cit., pp. 6-7.
41. Ibid., p. 7.
42. E/4606/Rev.1, Report CND 23, paragraph 381.
43. ECOSOC Resolutions 1985/15 of 28 May 1985, 1987/30 of 26 May 1987, 1991/44 of 21 June 1991 and 1993/38 of 27 July 1993). Diese Beschlüsse verlangte von den Parteien, das System der Einfuhr- und Ausfuhrgenehmigung, wie es die Konvention von 1971 für Substanzen der Kategorien I und II vorschreibt, auf Substanzen der Kategorien III und IV auszuweiten und dem INCB Statistiken über den internationalen Handel vorzulegen
44. WHO (2003) *WHO Expert Committee on Drug Dependence - Thirty-third Report*, WHO Technical Report Series 915 [online]. Geneva: World Health Organization, pp 1-2. Abrufbar unter: http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4896e/ (Stand: 10. Januar 2019)
45. Excerpt from: Ibid.
46. P*rotocol Bringing under International Control Drugs Outside the Scope of the Convention of 13 July 1931 for Limiting the Manufacture and Regulating the Distribution of Narcotic Drugs, as amended by the Protocol signed at Lake Success, New York, on 11 December 1946*, Paris, 19 November 1948, Article 1. The WHO authority did not apply, however, to raw opium, medicinal opium, coca leaf or cannabis (see Article 4).
47. United Nations (1973) *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* [pdf]. New York: United Nations, p.90. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf (Stand: 10. Januar 2019).
48. Ibid.
49. United Nations (1971) 1971 *Convention on Psychotropic Substances*, Article 2 §5. New York: United Nations.
50. United Nations (1976) *Commentary on the Convention on Psychotropic Substances*, Done at Vienna on 21 February 1971 [pdf]. New York: United Nations, p. 69. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_Convention_1971.pdf (Stand: 10 Januar 2019).
51. United Nations, 1971 Convention on Psychotropic Substances, Article 2 §5. New York : United Nations.
52. Ibid., p.1.
53. INCB (2011) *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*. Vienna: International Narcotics Control Board, p. 35, para 217. Abrufbar unter: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587 (Stand: 20 Januar 2019)
54. USGAO (2003) *Prescription Drugs, OxyContin Abuse and Diversion and Efforts to Address the Problem*. Washington D.C.: United States General Accounting Office, GAO-04-110.
55. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP (2014) *The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years*. Chicago: JAMA Psychiatry, 71(7):821–826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366
56. Global Commission on Drug Policy (2017) *The Opioid Crisis in North America, Position Paper* [pdf]. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Abrufbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf (Stand: 20 Januar 2019)
57. WHO (2011) *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* [pdf]. Geneva: World Health Organization, op. cit., p. 16. Abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1 (Stand: 21 Januar 2019).
58. Global Commission on Drug Policy (2017) *The Opioid Crisis in North America, Position Paper* [pdf]. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Abrufbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/wpcontent/uploads/2017/09/2017-GCDP-Position-Paper-Opioid-Crisis-ENG.pdf (Stand: 20 Januar 2019)
59. Lande (1973) op. cit., p. 18.
60. Lande (1973) op. cit., p. 123.
61. Global Commission on Drug Policy (2015) *The Negative Impact of Drug Control on Public Health: The Global Crisis of Avoidable Pain* [pdf]. Geneva: Global Commission on Drug Policy. Abrufbar unter: http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-negative-impact-of-drug-control-on-public-health-the-global-crisis-of-avoidable-pain (Stand: 20 Januar 2019).
62. WHO (2007) *Framework: Access to Controlled Medications Programme*. Geneva: World Health Organization. WHO/PSM/QSM/2007.2
63. WHO (2011) *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines* [pdf]. Geneva: World Health Organization, op. cit., p. 16. Abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/

handle/10665/44519/9789241564175_eng.pdf?sequence=1 (Stand: 21 Januar 2019).
64. INCB (2016) *Availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supplement to the INCB report for 2015* [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf (Stand: 22 Januar 2019).
65. United Nations, General Assembly (2016) *Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem, General Assembly thirtieth special session*. New York: United Nations. UN doc A/RES/S-30/1.INCB (2016) Availability of internationally controlled drugs: ensuring adequate access for medical and scientific purposes : indispensable, adequately available and not unduly restricted, Supplement to the INCB report for 2015 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/INCB_Access_Supplement-AR15_availability_English.pdf (Stand: 22 Januar 2019).
66. INCB (2019) *Progress in ensuring adequate access to internationally controlled substances for medical and scientific purposes*, Supplement to the INCB report for 2018 [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board. UN doc. E/INCB/2018/1/Supp.1, preface. Abrufbar unter: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2018/Supplement/Supplement_E_ebook.pdf (Stand: 6 March 2019)
67. See: Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *Scheduling in the international drug control system*. Amsterdam: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC. Abrufbar unter: https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf (Stand: 22 Januar 2019)
68. WHO (2012) *WHO Expert Committee on Drug Dependence*, Thirty-fifth Report, WHO Technical Report Series 973, Geneva: World Health Organization, p 9. Abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77747/WHO_trs_973_eng.pdf (Stand: 22 Januar 2019)
69. INCB (2011) *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*. Vienna: International Narcotics Control Board, para. 284-287. Abrufbar unter: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=387587 (Stand: 20 Januar 2019)
70. Hallam, C., Bewley-Taylor, D., Jelsma, M. (2014) *Scheduling in the international drug control system* [pdf]. Amsterdam: Transnational Institute, Series on Legislative Reform of Drug Policies No. 25, TNI/IDPC, pp. 13-14. Abrufbar unter: https://www.tni.org/files/download/dlr25_0.pdf (Stand: 22 Januar 2019)
71. For the case of ayahuasca, see: Sánchez, C. & Bouso, C. (2015) Ayahuasca: *From the Amazon to the Global Village - An analysis of the challenges associated with the globalisation of ayahuasca*, TNI Policy briefing 43. Abrufbar unter: https://www.tni.org/files/publication-downloads/dpb_43_eng_web_19122015.pdf (Stand: 22 Januar 2019)
72. Metaal, P. & Henman, A. (2014) Time for a Wake-up Call: An historical and ethnographic approach to the Regulation of Plant-based Stimulants, TNI Policy briefing [pdf]. Amsterdam: Transnational Institute. Abrufbar unter: https://www.tni.org/files/download/dlr_27_eng-web.pdf (Stand: 22 Januar 2019).
73. Carrier, N., & Gezon, L. (2009) *Khat in the Western Indian Ocean: Regional Linkages and Disjunctures*. Études océan Indien, 42-43(Plantes et Sociétés), 271-297. [11]. https://doi.org/10.4000/oceanindien.851
74. WHO (2006) *Assessment of khat (Catha edulis Forsk)*, WHO Expert Committee on Drug Dependence, 34th ECDD 2006/4.4 [pdf]. Geneva: World Health Organization. Abrufbar unter: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.4KhatCritReview.pdf (Stand: 23 Januar 2019).
75. INCB (2007) *Report of the International Narcotics Control Board for 2006* [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board, Paragraph 556. Abrufbar unter: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2006/AR_06_English.pdf (Stand 23 Januar 2019)
76. Nabben, T. and Korf, D. J. (2017) *Consequences of criminalisation: the Dutch khat market before and after the ban*. Drugs: Education, Prevention and Policy, 24(4), pp. 332–339. doi: 10.1080/09687637.2017.1338669.
77. Central Statistical Agency (2018) *Agricultural Sample Survey 2017/18* (2010 E.C.), Volume I, Report on Area and Production of Major Crops (Private Peasant Holdings, Meher Season), Statistical Bulletin 586. Addis Ababa: The Federal Democratic Republic of Ethiopia, p. 14.
78. UNODC (2018) *World Drug Report 2018*, Executive Summary [pdf]. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, p. 9. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf (Stand: 24 Januar 2019).
79. Cochrane, L., & O'Regan, D. (2016) *Legal Harvest and Illegal Trade: Trends, Challenges and Options in Khat Production in Ethiopia*. International Journal of Drug Policy, p. 28. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.009
80. Ibid., p. 33.
81. Tanguay, P. (2011) Kratom in Thailand. SSRN Scholarly Paper ID 1908849. London: International Drug Policy Consortium. Abrufbar unter: https://papers.ssrn.com/abstract=1908849 (Stand: 24 Januar 2019).
82. Henningfield, J. E., Fant, R. V. and Wang, D. W. (2018) *The abuse potential of kratom according the 8 factors of the controlled substances act: implications for regulation and research*. Psychopharmacology, 235(2), pp. 574. doi: 10.1007/s00213-017-4813-4.
83. USDEA (2016) *Schedules of Controlled Substances: Temporary Placement of Mitragynine and 7-Hydroxymitragynine Into Schedule I*. Federal Register. Abrufbar unter: https://www.federalregister.gov/documents/2016/08/31/2016-20803/schedules-of-controlled-substances-temporary-placement-of-mitragynine-and-7-hydroxymitragynine-into (Stand: 24 Januar 2019).
84. Gianutsos, G. (2017) *The DEA Changes Its Mind on Kratom*. US Pharm. 2017;41(3):7-9
85. Henningfield (2018) op. cit., p. 575.
86. Ibid. p. 585.
87. Georgia House of Representatives (2019) House Bill 551: *Controlled substances; kratom; provisions* [pdf]. Atlanta: Georgia General Assembly. Abrufbar unter: http://www.legis.ga.gov/Legislation/20192020/183343.pdf (Stand: 22 April 2019)
Utah Senate (2019) Kratom Consumer Protection Act [pdf]. Salt Lake City: State of Utah. Abrufbar unter: https://www.billtrack50.com/BillDetail/1005796 (Stand: 22 April 2019).
88. Sattaburuth, A. (2018) *Medical cannabis, kratom bill passed by NLA*. Bangkok: Bangkok Post. Abrufbar unter: https://www.bangkokpost.com/news/general/1600566/medical-cannabis-kratom-bill-passed-by-nla (Stand: 11 February 2019).
89. See: Aguilar, S., et al. (2018) *Medicinal cannabis policies and practices around the world* [pdf]. London: International Drug Policy Consortium. Abrufbar unter: https://idpc.net/publications/2018/04/medicinal-cannabis-policies-and-practices-around-the-world

(Stand 11 February 2019).
90. CARICOM Regional Commission on Marijuana (2018) *Report to the Caribbean Community Heads of Government: Waiting to Exhale - Safeguarding our Future through Responsible Socio-Legal Policy on Marijuana* [pdf]. Georgetown: Caribbean Community Secretariat, p. 62. Abrufbar unter: https://caricom.org/media-center/communications/news-from-the-community/final-report-report-of-the-caricom-regional-commission-on-marijuana (Stand: 11 February 2019)
91. Ibid., Terms of Reference, p. x.
92. Ibid., Executive Summary, p. 3.
93. Ibid., p. 30 and p. 64.
94. Ibid., p. 25.
95. CPSTF (2014) *Reducing Tobacco Use and Secondhand Smoke Exposure: Comprehensive Tobacco Control Programs* [pdf]. Atlanta: Community Preventive Services Task Force. Abrufbar unter: https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/TFFRS-Tobacco-Comprehensive-Control-Programs.pdf (Stand: 11 February 2019).
96. Ghosh, T. et al. (2016) *The Public Health Framework of Legalized Marijuana in Colorado*. American Journal of Public Health, 106(1), pp. 21–27. doi: 10.2105/AJPH.2015.302875.
See also: Pacula, R. L. et al. (2014) Developing Public Health Regulations for Marijuana: Lessons From Alcohol and Tobacco. American Journal of Public Health, 104(6), pp. 1021–1028. doi: 10.2105/AJPH.2013.301766.
97. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
98. Reuter, P. (2011) *Options for regulating new psychoactive drugs: a review of recent experiences* [pdf]. London: UK Drug Policy Commission, p. 24. Abrufbar unter: https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Evidence review - Options for regulating new psychoactive drugs_ a review of recent experience.pdf (Stand: 11 February 2019).
99. Ibid., p. 4.
100. United Kingdom (2016) *2016 Psychoactive Substances Act*. London: Crown, paragraph 2. Abrufbar unter: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2016/2/section/2/enacted (Stand: 12 February 2019)
101. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), pp. 1167–1170. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
102. Ibid.
103. NPSREP (2014) *New Psychoactive Substances Review - Report of the Expert Panel* [pdf]. United Kingdom: The New Psychoactive Substances Review Expert Panel, p 38. Abrufbar unter: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/368583/NPSexpertReviewPanelReport.pdf (Stand: 13 February 2019)
104. Stevens, A. et al. (2015) *Legally flawed, scientifically problematic, potentially harmful: The UK Psychoactive Substance Bill*. International Journal of Drug Policy, 26(12), pp. 1168. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.005.
105. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
106. Ibid.
107. Reuter, P. and Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?* International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
108. Hughes, B. & Winstock, A. R. (2012) *Controlling new drugs under marketing regulations*. Addiction, 107(11), 2012, pp. 1894–1899, p. 1. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03620.x
109. Reuter, P. and Pardo, B. (2017) *New psychoactive substances: Are there any good options for regulating new psychoactive substances?* International Journal of Drug Policy. (New Psychoactive Substances and Human Enhancement Drugs), 40, pp. 117–122. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.10.020.
110. Wilkins, C. et al. (2013) *The new psychoactive substances regime in New Zealand: a different approach to regulation*. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 27(7), pp. 584–589. doi: 10.1177/0269881113491441.
111. Ibid., p. 587.
112. Ibid.
113. Rychert, M. and Wilkins, C. (2016) *Legal high industry business and lobbying strategies under a legal market for new psychoactive substances* (NPS, "legal highs") in New Zealand. International Journal of Drug Policy, 37, pp. 90–97. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.08.011.
114. Ibid., p. 90.
115. Davis, C. S. and Anderson, E. D. (2010) *Breaking the Cycle of Preventable Suffering: Fulfilling the Principle of Balance*. Temple International & Comparative Law Journal, Vol. 24, No. 2, p. 329. Temple University Legal Studies Research Paper. Abrufbar unter SSRN: https://ssrn.com/abstract=2011197
116. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions*. Drug and Alcohol Dependence, 131(3), pp. 175–181. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
117. INCB (1995) *Report of the International Narcotics Control Board for 1994* [pdf] Vienna: International Narcotics Control Board, p. 6. Abrufbar unter: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR1994/AR_1994_E.pdf (Stand: 25 February 2019).
118. Jelsma, M. (2017) *UNGASS 2016: Prospects for Treaty Reform and UN System-Wide Coherence on Drug Policy*. Journal of Drug Policy Analysis, 10(1). doi: 10.1515/jdpa-2015-0021.
119. WHO (2010) *Guidance on the WHO Review of Psychoactive Substances for International Control* [pdf]. Geneva: World Health Organization, p. 30. Abrufbar unter: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17538en/s17538en.pdf (Stand: 25 February 2019).
120. Walsh, J. et al (2019) *The WHO's First-Ever Critical Review of Cannabis: A Mixture of Obvious Recommendations Deserving Support and Dubious Methods and Outcomes Requiring Scrutiny* [pdf] Amsterdam: Transnational Institute. Abrufbar unter: https://www.tni.org/files/publication-downloads/who-cannabis-wola_tni_gdpo-march_2019.pdf (Stand: 19 March 2019).
121. Note by the Secretariat of the 62nd CND (2019) *Changes in the scope of control of substances: proposed scheduling recommendations by the World Health Organization on cannabis and cannabis-related substances*. Vienna: Commission on Narcotic Drugs. UN doc. E/CN.7/2019/12
122. Ibid., p. 7.

123. Ibid., p. 12.
124. Ibidem.
125. United Nations (1973) *Commentary on the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961* [pdf]. New York: United Nations, p.90. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/treaties/organized_crime/Drug%20Convention/Commentary_on_the_single_convention_1961.pdf (Stand: 19 March 2019).
126. EMCDDA (2010) *The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2010* [pdf] Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, p. 14. Abrufbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/926/EMCDDA_AR2010_EN_242720.pdf (Stand: 21 March 2019).
127. Nutt, D. J., King, L. A. and Phillips, L. D. (2010) *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis.* The Lancet, 376(9752), pp. 1558–1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
128. Danenberg, E. et al. (2013) *Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions.* Drug and Alcohol Dependence, 131(3), pp. 179. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032.
129. Reuter (2011) Op. Cit. p. 25.
130. Ibidem.
131. Birdwell J., Chapman J., Singleton N. (2011)*Taking Drugs Seriously: A Demos and UK Drug Policy Commission Report on Legal Highs* [pdf]. London: Demos, p. 105. Abrufbar unter: https://demos.co.uk/project/taking-drugs-seriously/ (Stand: 21 March 2019)
132. Ibid., p. 112.
133. WHO (1999) *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-first report* [pdf]. Geneva: World Health Organization,WHO Technical Report Series 887, p. 13. Abrufbar unter: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16238e/s16238e.pdf (Stand: 22 March 2019).
134. Ibidem.
135. See: WHO (2003) *WHO Framework Convention on Tobacco Control* [pdf]. Geneva: World Health Organization. Abrufbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1 (Stand: 22 March 2019).
136. WHO (2012) *Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-fifth report* [pdf]. Geneva: World Health Organization, WHO Technical Report Series 973, p. 16. Abrufbar unter: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/77747/1/WHO_trs_973_eng.pdf?ua=1 (Stand: 22 March 2019).
137. Ghebreyesus, T. A. (2019) *Letter to António Guterres, UN Secretary General, Annex 1- Extract from the Report of the 41st Expert Committee on Drug Dependence: Cannabis and cannabis-related substances* [pdf]. Geneva: World Health Organization. Abrufbar unter: https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_letter_ECDD41_recommendations_cannabis_24Jan19.pdf?ua=1 (Stand: 25 March 2019).
138. Jelsma, M. et al (2018) *Balancing Treaty Stability and Change: Inter se modification of the UN drug control conventions to facilitate cannabis regulation.* Swansea: The Global Drug Policy Observatory, pp. 9-11. Abrufbar unter: https://www.tni.org/en/publication/balancing-treaty-stability-and-change (Stand: 25 March 2019).
139. United Nations (2012) *Bolivia (Plurinational State of): Communication.* New York: United Nations. UN doc. C.N.829.2011. TREATIES-28 (Depositary Notification).
140. INCB (2011) *International Narcotics Control Board Regrets Bolivia's Denunciation of the Single Convention on Narcotic Drugs.* Vienna: United Nations Information Service, press release UNIS/NAR/1114
141. TNI/WOLA (2013) *Bolivia wins a rightful victory on the coca leaf - Creates a positive example for modernizing the UN drug conventions, press release.* Die G8-Staaten (USA, Frankreich, Deutschland, Italien, Japan, Vereinigtes Königreich, Kanada und die Russische Föderation) plus Schweden, die Niederlande, Portugal, Finnland, Israel und Irland; Mexiko hat seinen ursprünglichen Einwand im November 2018 widerrufen.
142. See for example C.N.361.2012.TREATIES-VI.18 (Depositary Notification), *United States of America: Objection to the Reservation Contained in the Communication by the Plurinational State of Bolivia*, 3 July 2012.
143. United Nations (1980) *Vienna Convention on the Law of Treaties of 1969* [pdf]. New York: United Nations, Separability of treaty provisions, Article 44. Abrufbar unter: https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%201155/volume-1155-i-18232-english.pdf (Stand: 25 March 2019).
144. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets.* International Community Law Review, 20(5), pp. 487. doi: 10.1163/18719732-12341385.
145. INCB (2019) *Report 2018 - Estimated World Requirements for 2019 - Statistics for 2017* [pdf]. Vienna: International Narcotics Control Board, p. 22. Abrufbar unter: https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Technical_Reports/2018/narcotic-drugs-technical-report-2018.html Stand: (22 March 2019).
146. Boister, N. and Jelsma, M. (2018) *Inter se Modification of the UN Drug Control Conventions: An Exploration of its Applicability to Legitimise the Legal Regulation of Cannabis Markets.* International Community Law Review, 20(5), pp. 488. doi: 10.1163/18719732-12341385.
147. Griffiths, P., Evans-Brown, M. and Sedefov, R. (2013) *Getting up to speed with the public health and regulatory challenges posed by new psychoactive substances in the information age.* Addiction, 108(10), pp. 1701. doi: 10.1111/add.12287.
148. Reuter (2011) op. cit., p. 1.
149. Lande (1973) op. cit., p. 123.
150. CND (2019) UN system coordination Task Team on the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters, *What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters*, Vom Generalsekretär vorgelegtes Konferenzpapier, März 2019, Anlage I: Gemeinsamer Standpunkt des UN-Systems zur Unterstützung der Umsetzung der internationalen Drogenkontrollpolitik durch eine wirkungsvolle Zusammenarbeit von verschiedenen Agenturen, S. 44-47. Abrufbar unter: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_62/ECN72019_CRP10_V1901490.pdf (Stand: 22 March 2019).
151. UN Chief Executives Board for Coordination (2019) *Summary of deliberations* [pdf]. New York: United Nations , p. 3. Abrufbar unter: https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf (Stand: 22 March 2019).
152. Khantzian EJ. (1985) *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence.* American Journal of Psychiatry, 142(11), pp. 1259–1264. doi: 10.1176/ajp.142.11.1259.

WEITERE QUELLEN

www.anyoneschild.org

www.beckleyfoundation.org

www.druglawreform.info

www.drugpolicy.org

www.genevaplatform.ch

www.hri.global

www.hrw.org

www.intercambios.org.ar

www.icsdp.org

www.idhdp.com

www.idpc.net

www.inpud.net

www.incb.org

www.menahra.org

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx

www.politicadedrogas.org/PPD

www.sdglab.ch

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/

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)

Das DrogenWAHRNEHMUNGSproblem: Wider die Vorurteile gegenüber Menschen, die Drogen konsumieren (2017)

Regulierung von Drogen: Für eine verantwortungsvolle Kontrolle (2018)

POSTIONSPAPIERE VON DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

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

The Opioid Crisis in North America (October 2017)

Drug Policy and the Sustainable Development Agenda (September 2018)

Drug Policy and Deprivation of Liberty (June 2019)

DANKSAGUNGEN

Technische Koordination
Martin Jelsma
Khalid Tinasti

Expertengruppe
Ebtesam Ahmed
Leandre Banon
Wim Best
Nuria Calzada
Sandeep Chawla
Adeeba Kamarulzaman
Diederik Lohman
Connie Van Staden

SEKRETARIAT DER WELTKOMMISSION FÜR DROGENPOLITIK

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko
Conrad Chahary

UNTERSTÜTZUNG

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

DEUTSCHE ÜBERSETZUNG

Erika Jüsi, Arud Zentrum für Suchtmedizin

KONTAKT

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org

WELTKOMMISSION
FÜR DROGENPOLITIK

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.