

Polemik oder Wissenschaft? Raucher als Süchtige

DATUM 30.01.05

AUTOR tch

Wir alle sind „abhängig“ von ganz einfachem Glücklichein, von Belohnungen, emotionalem Wohlergehen und allgemeiner Lebensqualität

David M. Warburton, 1985

Sucht – das ist etwas Anstößiges und macht die Betroffenen zu Menschen zweiter Klasse, haben sie doch ihr Leben nicht wirklich im Griff. Bezieht man den Begriff „Sucht“ aufs Rauchen, begibt man sich jedoch auf sehr dünnes Eis: Einerseits wegen äußerst fragwürdigen gesellschaftlichen Konsequenzen, andererseits wegen der Schwächen, die bereits die Versuche einer Definition von Sucht ausmachen. Sucht und Abhängigkeit mit dem Rauchen in Verbindung zu bringen, ist in jedem Fall mehr eine politische als eine wissenschaftliche Entscheidung.

Es begab sich im Jahr 1988, als der amerikanische *Surgeon General*, sozusagen der „oberste Mediziner“ der USA, in einem mehrere hundert Seiten starken Bericht Rauchen als Abhängigkeit klassifizierte und nebenbei auch noch eine ganz neue Definition des Begriffs an sich präsentierte.¹ Seither hat sich die Erkenntnis, Rauchen mache süchtig, genauso fest im Allgemeinwissen etabliert, wie es im 19. Jahrhundert noch völlig klar war, daß Masturbieren zu Blindheit führt. Und eigentlich ist die Vorstellung von abhängigen Rauchern so herrlich praktisch für alle Beteiligten: Raucher können sich auf ihre „Sucht“ herausreden, wann immer sie auf eine Zigarette verzichten sollen oder wenn sie wieder einmal von Ärzten, Verwandten oder Freunden dazu ermahnt werden, doch endlich mit dem Rauchen aufzuhören. Die Tabakindustrie hat sich zwar jahrelang beharrlich geweigert, eine süchtigmachende Wirkung von Zigaretten zuzugeben, aber seien wir ehrlich: Welcher Produzent von Konsumgütern würde sich nicht insgeheim darüber freuen, wenn sich seine Kunden für abhängig von ihrem Produkt hielten? Vor ein paar Monaten lief in Deutschland die Fernsehwerbung eines Käseherstellers, die auf eben diese Abhängigkeit hinauslief: Eine Käse-Genießerin besucht einen Psychiater, um von ihrer „Käse-Sucht“ wegzukommen. Das gelingt ihr zwar nicht, aber dafür nascht sie zusammen mit ihrem Therapeuten von den leckeren Käsescheiben. In diesem

¹ U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction, a Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., 1988.

Fall war wohl der Wunsch der Vater des Gedanken bei einem findigen Marketing-Experten. Auf der anderen Seite hatten die Vertreter von strengerer Tabakkontrolle endlich ein Argument gefunden, warum Raucher um jeden Preis bekehrt werden müssen: Schließlich schädigen sie ihre Gesundheit ja gar nicht freiwillig durch das Rauchen – sie sind ja süchtig; und daher waren plötzlich auch Maßnahmen gegen den Tabak in greifbarer Reichweite, die man vorher entrüstet als Eingriff in die Privatsphäre und als Kreuzzug gegen die freie Wahl des eigenen Lebensstils von sich gewiesen hätte. Dann wäre da noch die medizinische Zunft: Definiert man Rauchen als Sucht, dann wird daraus eine Krankheit, die es zu behandeln gilt – idealerweise auf Kosten der Krankenkassen. Und hier kommt auch die Pharmaindustrie ins Spiel, die Jahr für Jahr Millionenumsätze mit Nikotinersatzpräparaten generiert, für die sich kaum ein Mensch interessieren würde, erschiene es nicht durch die Vorstellung vom süchtigen Raucher als so unglaublich schwer, von den Zigaretten loszukommen.

Neben rein wissenschaftlichen Erkenntnissen berührt die Frage, ob Rauchen süchtig macht, also noch ganz andere Punkte. Und sie besteht aus mehr als nur definitorischen Spielereien. Tierversuche sollten das Suchtpotential von Nikotin belegen; Statistische Untersuchungen mit aufhörbereiten Rauchern kommen ins Spiel – und in den letzten Jahren ganz neu hinzugekommen sind Erörterungen über Wirkungen des Nikotins direkt im Gehirn.

I.

Doch fangen wir von vorne an: Wie alle wissenschaftlich verwendeten Begriffe muß auch Sucht zunächst einmal genauer definiert werden, und dies erweist sich als gar nicht so einfach. Ein Beitrag aus dem Jahre 1995 entdeckte allein 126 verschiedene Definitionen in 51 Publikationen – und das nur bezogen auf Benzodiazepine, eine für Schlafmittel verwendete Stoffgruppe.² Auch allgemeine wissenschaftliche Definitionen zu Sucht und Abhängigkeit gibt es wie Sand am Meer. Oft gründet sich die jeweils verwendete Suchtdefinition nicht zwingend auf wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern darauf, welche Kriterien gerade halbwegs auf die zu brandmarkende Substanz passen. Bei im Original englischsprachigen Texten müssen zudem Übersetzungsdetails beachtet werden. So umfaßt beispielsweise der Begriff „drug“ allgemein pharmazeutische Präparate und beschränkt sich nicht ausschließlich auf Rauschgifte, wie es zumindest im Volksmund mit der deutschen Übersetzung „Droge“ der Fall ist. Worte wie „drugstore“ oder „Drogerie“ geben noch einen Eindruck von dieser ursprünglichen Bedeutung.

² Linsen, S.M./J.G. Zitman/M.H.M. Breteler: *Defining benzodiazepine dependence: The confusion persists*. In: *European Psychiatry* 10 (1995). S. 306-311.

1957 stellte die Weltgesundheitsorganisation WHO eine allgemein anerkannte Unterscheidung auf zwischen suchterzeugenden und gewohnheitsbildenden Stoffen:³

Drogensucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, die durch den wiederholten Konsum einer (natürlichen oder synthetischen) Droge entsteht. Ihre Charakteristiken beinhalten:	Drogengewöhnung (Gewohnheit) ist ein Zustand, der durch den wiederholten Konsum einer Droge entsteht. Ihre Charakteristiken beinhalten:
(1) ein überwältigender Wunsch oder ein Bedürfnis (Zwang), den Drogenkonsum fortzusetzen und sich die Droge unter allen Umständen zu verschaffen.	(1) Ein Wunsch (aber kein Zwang), den Drogenkonsum fortzusetzen, mit dem Ziel des verbesserten Wohlbefindens, das dadurch erzeugt wird.
(2) Eine Tendenz, die Dosis zu erhöhen	(2) Wenig oder keine Tendenz, die Dosis zu erhöhen
(3) Eine psychische (psychologische) und im Allgemeinen eine physische Abhängigkeit von den Wirkungen der Droge	(3) Ein gewisser Grad psychischer Abhängigkeit von der Wirkung der Droge, aber Abwesenheit von physischer Abhängigkeit und damit eines Entzugssyndroms
(4) Schädigende Wirkung für das Individuum und für die Gesellschaft	(4) Schädigende Wirkung, wenn überhaupt, in erster Linie für das Individuum

Ziel der entsprechenden Expertenkommission der WHO war es, gefährliche Substanzen zu definieren, die der Kontrolle durch die Völkergemeinschaft unterliegen sollten. Wesentliche Unterschiede zwischen Sucht und Gewöhnung waren nach dieser Definition die *Intoxikation* des Konsumenten, der angestrebte Rausch; ein *Zwang*, die Droge unter allen Umständen zu erlangen; eine Tendenz zur *Dosiserhöhung*; eine *physische Abhängigkeit* samt *Entzugssyndrom* und eine schädigende Wirkung für die Gesellschaft. Selbst die *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen* bezieht sich weiterhin auf diese mehr als 45 Jahre alte Interpretation.⁴ Es ist wichtig, ihre Kriterien im Hinterkopf zu behalten, denn sie haben sich seither entscheidend verändert.

Auf die Grundlage der WHO-Definition stützte sich auch der Bericht des amerikanischen *Surgeon General* aus dem Jahre 1964, der u.a. erstmals eine Verbindung von Tabakkonsum und Lungenkrebs offiziell konstatierte. Der Bericht stellte fest:

³ WHO (Hrsg.): *Expert Committee on Addiction-Producing Drugs, Seventh Report. Technical Report Series No. 116*. Genf, 1957. S. 9-10. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁴ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): *Sucht und Abhängigkeit – Was ist das?* (http://www.dhs.de/daten_suchtdefinition.html). Download am 16.1.2005.

„In medizinischer und wissenschaftlicher Terminologie sollte [das Rauchen] als Gewöhnung bezeichnet werden, um es klar zu unterscheiden von Sucht, da die biologischen Effekte von Tabak, ebenso wie von Kaffee und anderen koffeinhaltigen Getränken, [...] nicht vergleichbar sind mit denen von Morphin, Alkohol, Barbituraten und anderen starken süchtigmachenden Drogen.“⁵

Diese Entscheidung machte Sinn, entsprach den seinerzeit gültigen Kriterien und zog einen klaren Trennstrich zwischen illegalen harten Drogen und Genußmitteln wie Tabak und Kaffee. Denn all die grundlegenden Eigenschaften einer Sucht treffen auf den Tabak ebensowenig zu wie auf Kaffee:

Intoxikation: Wer Drogen nimmt, möchte der Realität entfliehen, sucht ein „high“ und will berauscht werden. Die Wirkungen eines Rausches, ausgelöst durch eine psychotoxische Substanz, sind laut einem WHO-Expertenkomitee von 1978 „Halluzinationen oder Störungen der Motorik, des Denkens, des Verhaltens, der Wahrnehmung oder der Stimmung.“⁶ Ähnlich definierte 1984 das amerikanische *National Institute on Drug Abuse* die Wirkung von psychoaktiven Drogen als „eine Störung der Wahrnehmung von Zeit, Raum und der Lokalisierung von Objekten innerhalb des Raumes.“⁷ Es muß kaum erwähnt werden, daß beide Definitionen kaum eine Wirkung von Tabakkonsum umfassen können. Fraglos tritt keine der genannten Störungen beim Rauchen auf. Auch die *American Psychiatric Association* stellte in ihrem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) die Abwesenheit eines „klinisch signifikanten Nikotin-Intoxikations-Syndroms“ fest.⁸ In der überarbeiteten Neuauflage des Manuals aus dem Jahr 1994 (DSM-IV) findet sich unter dem Kapitel „Substanzbezogene Störungen“ eine Auflistung von Alkohol über Koffein und Nikotin bis hin Opioiden. Von den elf aufgeführten Substanzklassen ist es nur das Nikotin, das in der Rubrik „Intoxikation“ nicht vermerkt ist.⁹ Ebenso sieht es die *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen*: „Ein typischer Rausch mit Störungen im Bereich der Wahrnehmungen, der Emotionen, des Antriebs oder der Motorik tritt beim Rauchen nicht auf.“¹⁰ Wenn dieses

⁵ U.S. Department of Health, Education and Welfare (Hrsg.): *Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. Washington, D.C., 1964. S. 350. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁶ WHO (Hrsg.): *WHO Expert Committee on Drug Dependence, 21st Report: Technical Report Series No. 618*. Genf, 1978. S. 8. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁷ NIDA (Hrsg.): *First Triennial Report to Congress from the Secretary of Health and Human Services*. Washington, D.C., 1984. S. 19. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁸ American Psychiatric Association (Hrsg.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, D.C., 1987. S. 168. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁹ American Psychiatric Association (Hrsg.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C., 1994. S. 177.

¹⁰ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.): *Nikotin*. (http://www.dhs.de/substanzen_nikotin.html). Download am 16.1.2005.

Kriterium für alle anderen Stoffe gilt, nicht aber für Nikotin, ist schon allein daran ersichtlich, wie bedeutend der Rauschzustand weiterhin für jede Form von Sucht ist. Nur in Bezug auf Tabak wird dies gerne ignoriert.

Toleranz: Eine Tendenz, die Dosis zu erhöhen, da sich der Körper an die Droge gewöhnt und immer größere Mengen benötigt werden, um den gewünschten Effekt zu erzielen. In Bezug aufs Rauchen jedoch ist von einem Drang nach Dosissteigerung kaum etwas zu bemerken. Meist sind Raucher sehr schnell bei ihrer bevorzugten täglichen Zigarettenmenge angekommen und ändern sie kaum noch^{11,12,13}: „Ab einem individuellen Optimum sind Raucher nicht gezwungen, die Dosis ständig zu erhöhen.“¹⁴ Gerne wird jedoch darauf hingewiesen, daß sich bei der ersten Zigarette meist noch Schwindelgefühl und Übelkeit einstellen, die nach kurzer Zeit überwunden sind, da der Körper eine Toleranz entwickle. Auch würden Raucher Zigaretten in einer Menge konsumieren, die bei Nichtrauchern zu allen Anzeichen einer schweren Vergiftung führen würden.¹⁵ Dies allerdings hat nichts zu tun mit dem Toleranzkonzept, das Drogensüchtige über Jahre hinweg zum Konsum immer größerer Mengen ihres Suchtstoffs treibt. Das schnelle Gewöhnen an die *negativen* Wirkungen zu Beginn des Zigarettenkonsums ist etwas völlig anderes als eine notwendige Dosiserhöhung über Jahre und Jahrzehnte, um weiterhin die *positiven* Wirkungen einer Droge erfahren zu können. Das eine beschreibt eine kurze Gewöhnungsphase an eine für den Einzelnen bis dahin ungewohnte Substanz – jemand ohne Erfahrung mit Koffein würde wohl auch nicht mehrere Tassen Espresso ohne unerwünschte Nebeneffekte vertragen – während das andere einen Prozeß meint, durch den im Verlauf des Drogenmißbrauchs der Konsum immer weiter verstärkt werden muß, da ansonsten das eigentliche Ziel, der „Kick“, ausbleibt. Dies ist die Toleranz, die relevant ist für Suchterkrankungen, und sie findet sich nicht beim Rauchen von Zigaretten.

Physische Abhängigkeit: Eine körperliche Abhängigkeit von einer Substanz bedeutet schmerzhafte und teils lebensbedrohliche Entzugssymptome, wenn die Droge abgesetzt wird. Auch dies ist bei Rauchern nicht nachzuweisen: „Es gibt keine substantiellen Beweise, die

¹¹ Warburton, David M.: *Is Nicotine Use an Addiction?* In: *The Psychologist* 4 (1989). S. 168.

¹² Collins, A.C./R.V. Bhat/J.R. Pauly/M.J. Marks: *Modulation of Nicotine Receptors by Chronic Exposure to Nicotinic Agonists and Antagonists*. In: Bock, G./J. Marsh (Hrsg.): *The Biology of Nicotine Dependence*. Chichester, 1990. S. 85.

¹³ Nil, R.: *A Psychopharmacological and Psychophysiological Evaluation of Smoking Motives*. In: *Reviews on Environmental Health* 9 (1991) 2. S. 85.

¹⁴ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 2*. S. 56. Köln, 2003. (http://www.dhs-intern.de/pdf/Suchtm_Reihe_Tabak.pdf). Download am 16.1.2005.

¹⁵ Schmidt, Lutz G.: *Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001) 27. S. A1828.

nahelegen, daß Nikotin physische Abhängigkeit verursachen kann.“¹⁶ Unangenehme Gefühle, die mit dem Verzicht aufs Rauchen einhergehen, gleichen eher den psychologischen Effekten aller Menschen, die eine geliebte Tätigkeit aufgeben, als den gefährlichen Entzugssymptomen, die echter Drogenmißbrauch nach sich zieht. Nehmen wir als Beispiel den Fall Heroin:

„Bei einem Entzug von Heroin kommt es Anfangs (sic) zu Gänsehaut, Schweißausbrüchen, Tränenfluss, Unruhe und Angst. Ausgeprägte Entzugserscheinungen sind Durchfall, Erbrechen, Anstieg der Körpertemperatur und Anstieg der Herzfrequenz. Ferner treten starke Schmerzen im Bauch und den Extremitäten auf, sowie Blutdruckkrisen und Kreislaufversagen.“¹⁷

Die *American Psychiatric Association* stellte hingegen 1987 in ihrem DSM-III-R fest, daß die Ursachen für Entzugssymptome bei Nikotin unklar seien. Entzug könne hier ebenso die Frustration sein, eine angenehme Gewohnheit aufzugeben, oder der Verlust eines Verstärkers.¹⁸ Es dürfte wohl kaum ein Vergleich möglich sein zwischen Entzugssymptomen bei harten Drogen, die unter Umständen sogar lebensbedrohlich sein können, und einem „Entzug“ von Nikotin, dessen zu beobachtende Auswirkungen noch nicht einmal ursächlich auf die beteiligte Substanz zurückzuführen sind. So steht es auch in *Goth's Medical Pharmacology*: „Obwohl sich eine starke psychologische Abhängigkeit entwickelt, entsteht keine physische Anhängigkeit.“ Entzugssymptome „variieren mit dem einzelnen Konsumenten und stellen kein definiertes Abstinenzsyndrom dar.“¹⁹

Die Effekte von Rausch, Toleranz und physischer Abhängigkeit führen zu einem Verlust des Drogenkonsumenten, innerhalb der Gesellschaft und als einzelnes Individuum richtig zu „funktionieren“. Er ist unfähig, rationale Entscheidungen über sein Leben und über seinen Drogenkonsum zu treffen, getrieben von vom Drang, einerseits ein neues „High“ zu erleben und andererseits Entzugssymptome zu vermeiden. Dieses Bild paßt sicherlich nicht auf Raucher. Raucher treffen jeden Tag vernünftige Entscheidungen, und dies ist in keinem Moment durch ihre Angewohnheit beeinträchtigt. In keinem Fall vergleichbar ist daher

¹⁶ Balfour, David J.K.: *The Psychopharmacological and Neurochemical Consequences of Chronic Nicotine Administration*. In: Warburton, David M. (Hrsg.): *Addiction Controversies*. London, 1990. S. 90. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

¹⁷ OnVista Media GmbH (Hrsg.): *Heroin, Opium*. (<http://www.medicine-worldwide.de/pharmakologie/drogen/heroin.html?page=2>). Stand: 10.6.2004. Download am 20.1.2005.

¹⁸ American Psychiatric Association (Hrsg.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. Washington, D.C., 1987. S. 168. S. 150.

¹⁹ Clark, W.G./B.D. Craig/A.R. Johnson (Hrsg.): *Goth's Medical Pharmacology*. 13. Auflage, 1992. S. 347. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

Nikotin und die Entscheidung für den einfachen Genuß einer Zigarette mit den verheerenden gesellschaftlichen und persönlichen Konsequenzen, die echter Drogenkonsum nach sich zieht. Wer daran zweifelt, sei beispielsweise auf einen erschütternden Artikel im Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* verwiesen, der einfühlsam die Entwicklung einer jungen Frau schildert, die nach Jahren in der Obdachlosen-Szene und auf dem Babystrich im Alter von 18 Jahren an einer Überdosis stirbt.²⁰ Beziehen wir uns nochmals auf den *Surgeon General*-Report aus dem Jahre 1964, der dies verständlich darlegt:

„Zwang gibt es in vielen Abstufungen, von dem Verhaltensmuster des Zigarettenrauchers, der unbewußt eine Zigarette aus seiner Tasche hervorholt und sogar sein Feuerzeug betätigt, bevor ihm klar wird, daß er bereits eine brennende Zigarette im Mund hat, bis hin zum Heroinsüchtigen, der bei der Suche nach Drogen und der Befriedigung seiner Sucht in Verbrechen und manchmal auch Mord verwickelt wird. Es ist ganz klar, daß es hier einen deutlichen Unterschied gibt, nicht nur in der beteiligten Persönlichkeit, sondern auch in den Wirkungen auf den Konsumenten und auf seine Beziehung zur Gesellschaft.“²¹

Noch 1985 orientierte sich die deutsche Bundesregierung an dieser Argumentationslinie. In der Antwort auf eine Kleine Anfrage des Bundestagsabgeordneten Hans-Christian Ströbele, der die öffentlich erlaubte Zigarettenwerbung in Relation setzen wollte zu der restriktiven Handhabung von Haschisch-Konsum, wurde folgende Unterscheidung gemacht:

„Nach vorherrschender Meinung sind Drogen im Unterschied zu Tabakerzeugnissen Stoffe oder Zubereitungen, die benutzt werden, um gezielt Stimmungen zu verändern oder Sinnestäuschungen auszulösen. Drogen führen schon nach kurzzeitigem Mißbrauch zu seelischen oder körperlichen Veränderungen unterschiedlicher Schweregrade; sie lösen süchtiges Verhalten aus und bewirken vornehmlich psychische Abhängigkeit, verbunden mit Sozialisationsdefekten.“²²

Mittlerweile jedoch lesen sich offizielle Stellungnahmen ganz anders. So ist in einer Publikationsreihe der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* zu lesen, „daß es sich beim Rauchen um eine Sucht handelt und die für süchtiges Verhalten charakteristischen Merkmale [...] eine Beendigung des Tabakkonsums verhindern.“²³ Was ist seitdem geschehen? Ist der Tabak wirklich über all die vergangenen Jahrzehnte hinweg so falsch

²⁰ Holm, Carsten: *Der Tod der Königin*. In: *Der Spiegel* 02/2005. S. 70-74.

²¹ U.S. Department of Health, Education and Welfare (Hrsg.): *Smoking and Health. A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., 1964. S. 352. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

²² Deutscher Bundestag (Hrsg.): *Drucksache 10/3759: Öffentliche Werbung für Drogenmißbrauch in der Bundesrepublik Deutschland*. Bonn, 1985. S. 1.

²³ Kröger, Christoph/Kathrin Heppekaussen/Karin Ebenhoch/IFT Institut für Therapieforschung: *Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema*. Köln, 2002. S. 11.

eingeschätzt worden? Nun – eigentlich nicht. Die Veränderungen umfassen drei Aspekte, die mit den pharmakologischen Eigenschaften von Nikotin letztlich nicht allzu viel zu tun haben: Der Suchtbegriff wurde aufgeweicht; die Definition von Abhängigkeit wurde nicht mehr an den oben geschilderten klassischen Kriterien festgemacht, sondern bezog sich zunehmend auf vage vorgegebene Verhaltensweisen der „Abhängigen“; und zuletzt änderte sich auch die Einstellung der Gesellschaft in Bezug auf Zigaretten.

II.

1964 gab die WHO die Trennung zwischen Sucht und Gewöhnung auf und führte den neuen Begriff „Abhängigkeit“ ein. Drogenabhängigkeit wurde definiert als...

„...ein Zustand, der durch die wiederholte Verabreichung einer Droge auf periodischer oder fortgesetzter Basis entsteht. [...] Das Expertenkomitee empfiehlt, die Begriffe ‚Drogensucht‘ und ‚Drogengewöhnung‘ durch den Begriff ‚Drogenabhängigkeit‘ zu ersetzen. Es muß hervorgehoben werden, daß Drogenabhängigkeit ein allgemeiner Begriff ist, der aufgrund seiner Anwendbarkeit auf alle Arten von Drogenmißbrauch gewählt wurde, und nicht den Risikograd für die Volksgesundheit anzeigt oder die Notwendigkeit einer bestimmten Art von Drogenkontrolle beinhaltet.“²⁴

Die beobachtete Zunahme in Anzahl und Vielfalt der Substanzen, die mißbraucht wurden, diente als Ausgangspunkt für eine Entwicklung, den Suchtbegriff immer weiter zu verwässern. Die „wiederholte Verabreichung“ einer Substanz diente als einzige Gemeinsamkeit der Abhängigkeiten, da sich die weiteren Merkmale aus der Art der jeweils beteiligten Substanz ergeben würden.²⁵ Es ging um die Einführung eines möglichst allumfassenden Begriffs, der nicht mehr nur auf die illegalen Drogen beschränkt sein sollte, die die WHO noch 1957 abzugrenzen suchte. Ausdrücklich wurde daher auch verneint, daß die so definierte Abhängigkeit etwas sei, das zwingend ein Eingreifen erfordere.

Eine weitere allgemeine Definition von Abhängigkeit präsentierte die WHO 1977 mit ICD-9. ICD, das ist die *International Classification of Diseases*, ein medizinisches Klassifikationssystem, das für die Erhebung zahlreicher gesundheitsrelevanter Informationen oder auch für die standardisierte Angabe von Todesursachen verwendet wird.²⁶ Der Text zu Drogenabhängigkeit las sich wie folgt:

²⁴ WHO (Hrsg.): *WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs, Thirteenth Report. Technical Report Series No. 273*. Genf, 1964. S. 9. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

²⁵ Ebd.

²⁶ WHO (Hrsg.): *International Classification of Diseases (ICD)*. (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>). Download am 13.1.2005.

„Ein psychischer und manchmal auch physischer Zustand, der durch das Einnehmen einer Droge entsteht, charakterisiert wird durch Verhaltens- und andere Reaktionen, die immer einen Zwang beinhalten, die Droge auf einer fortgesetzten oder periodischen Basis einzunehmen um ihre psychischen Effekte zu erfahren und manchmal, um die Unannehmlichkeit ihrer Abwesenheit zu vermeiden. Toleranz kann oder kann nicht vorhanden sein.“²⁷

Diese Definition – von der übrigens Tabak explizit ausgeschlossen worden und stattdessen unter „Nichtabhängigem Missbrauch“ aufgeführt worden war²⁸ - legt jedoch keine belastbaren oder klar einzugrenzenden Kriterien fest. Hierbei ähnelt sie frappierend auch den aktuell gültigen Definitionen. Abhängigkeit sei nur manchmal ein physischer Zustand, und auch eine Toleranzentwicklung ist nicht mehr erforderlich. Dale Atrens hat anschaulich die Schwächen dieser Kriterien beschrieben:

„Zunächst bezieht sich [die Definition] auf einen Zustand, der psychisch und manchmal auch physisch ist. Vorausgesetzt, daß alle Zustände wahrscheinlich sowohl psychologisch als auch physisch sind, schließt dieser Teil der Definition nichts aus und ist daher nicht informativ.

Als nächstes wird die Interaktion zwischen einem lebenden Organismus und einer Droge erwähnt. Also betrifft Abhängigkeit Drogen. Dann bezieht sich die Definition auf Verhaltens- und andere Reaktionen; dies schließt nichts aus. Sogar der Begriff ‚Zwang‘ benötigt eine weitere Eingrenzung, da er alles von einer geringen Neigung bis hin zu einem überwältigenden Wunsch beinhalten kann. Der undefinierte Zwang, die Droge zu nehmen, kann entweder auf einer fortgesetzten oder einer periodischen Basis sein, was wieder einmal nichts ausschließt.

Als nächstes wird darauf Bezug genommen, daß die Droge aus dem Wunsch genommen wird, ihre psychischen Effekte zu erfahren. Dies scheint sich auf Wirkungen auf das Verhalten, die Stimmung oder die Wahrnehmung zu beziehen. Unter gewissen Umständen ist nahezu jede Substanz psychoaktiv, die von Menschen konsumiert wird. [...] Dies ist ein weiterer Teil der Definition, der so umfassend ist, daß er bedeutungslos wird.

Zuletzt gibt die Definition an, Toleranz könne oder könne nicht vorhanden sein. Diese weit verbreitete Definition ist eine Mischung aus schlecht bestimmten und allumfassenden Schlagworten. Sie verfehlt die minimalsten Standards einer Definition.“²⁹

Im Moment gibt es drei Quellen, die hauptsächlich dafür herangezogen werden, eine Tabak- oder Nikotinabhängigkeit zu definieren. Zum einen der *Surgeon General*-Report aus dem Jahr

²⁷ WHO (Hrsg.): *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Vol. 1 (ICD-9)*. Genf, 1977. S. 198. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

²⁸ Ebd. S. 199.

²⁹ Atrens, Dale M.: *Nicotine as an Addictive Substance: A Critical Examination of the Basic Concepts and Empirical Evidence*. In: *Journal of Drug Issues* 31 (2001) 2. S. 325-394. Eigene Übersetzung aus dem Englischen

1988³⁰, die *International Classification of Diseases (ICD-10)* der WHO von 1992³¹ und das *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV)* der *American Psychiatric Association* aus dem Jahre 1994³². Alle verwenden ähnliche Kriterien, die sich nur teilweise in ihrer Gewichtung unterscheiden. Gemeinsam ist ihnen, daß die oben beschriebenen physischen Kriterien zwar Eingang finden, aber nicht mehr zwingend nötig sind, um eine Abhängigkeit oder Sucht zu diagnostizieren. In den Vordergrund gerückt werden dafür vage beschriebene Verhaltensweisen, die nachfolgend diskutiert werden.

Die Intoxikation ist in keiner der drei Definitionen mehr enthalten: dem *Surgeon General* reichen „angenehme (euphorische) Effekte“ aus, während ICD-10 und DSM-IV von „Intoxikation *oder dem gewünschten Effekt*“ sprechen. Einen Rauschzustand erreicht man durch das Rauchen sicherlich nicht; „angenehme“ oder „gewünschte Effekte“ hingegen lassen sich jedoch bei fast jedem Stoff finden, den Menschen wiederholt zu sich nehmen. Wenn es sich nicht gerade um Medizin handelt, warum sollte man ihn denn sonst überhaupt weiterhin konsumieren, wenn er nicht geschmeckt oder auf eine andere Weise gefallen hat? Eine Toleranzentwicklung wird im klassischen Sinne aufgeführt, ist jedoch für den *Surgeon General* nur etwas, das abhängigmachende Drogen „oft“ auslösen, für eine Sucht aber nicht zwingend nötig ist – während die Toleranz für ICD-10 und DSM-IV eines von sechs bzw. sieben Kriterien ist, von denen nur drei erfüllt sein müssen, damit eine Abhängigkeit vorliegt. Auf die Frage von Entzug und physischer Abhängigkeit ist schon weiter oben eingegangen worden.

Die beteiligte Substanz selbst muß nun nicht mehr eine psychotoxische Wirkung haben, es genügt, wenn sie **psychoaktiv** ist – das heißt, wenn sie über den Blutkreislauf das Gehirn erreicht und dort zu Veränderungen in der Nervenzellenaktivität führen kann. Ohne Frage ist Nikotin dazu in der Lage, ebenso wie zahlreiche andere völlig harmlose Konsumgüter: Theophyllin in Tee ist psychoaktiv, ebenso wie Theobromin in Kakao-Produkten oder auch Koffein.³³ Allein die Tatsache, daß eine Substanz psychoaktiv ist, reicht also nicht dafür aus, sie als süchtigmachend einzustufen. In den letzten Jahren schob sich immer stärker eine

³⁰ U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction, a Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., 1988. S. 7.

³¹ WHO (Hrsg.): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD- 10)*. Genf, 1992. S. 75-76.

³² American Psychiatric Association (Hrsg.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C., 1994. S. 181, 244, 245.

³³ Robinson, John H./Walter S. Pritchard: *The role of nicotine in tobacco use*. In: *Psychopharmacology 108* (1992). S. 402.

Tendenz in den Vordergrund, das Entstehen von Sucht direkt im Gehirn zu erklären. Eine besondere Rolle wird hierbei dem Neurotransmitter Dopamin zugeschrieben: „Die meisten mißbräuchlich genutzten Drogen steigern die Dopaminfreisetzung und lösen so Euphorie und Wohlbehagen aus, das wiederum verhaltensverstärkend wirkt.“³⁴ Nikotin wirke ebenso wie Amphetamine, Ecstasy und Kokain im Nucleus accumbens. „Ein Nikotinentzug führt zur Reduktion der Dopaminfreisetzung und scheint mit negativen Affekten im Entzug verbunden zu sein“³⁵, schreibt die *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen* – wobei schon das harmlos klingende Wort „scheint“ andeutet, daß hier durchaus Fragen von Ursache und Wirkung weiterhin offen sind. Immerhin: „Hunger, Essen, Durst, Trinken, Sex, Schmerz und alle Arten von harmlosen alltäglichen Ereignissen setzen Dopamin frei.“³⁶ Die Freisetzung von Dopamin im Gehirn mag eine Voraussetzung für die süchtigmachende Wirkung einer Substanz sein, doch für sich genommen sagt auch dieses Kriterium nichts aus.

Als nächsten Punkt müssen „die pharmakologischen Aktivitäten der Droge in ausreichendem Maß belohnend sein, um die Selbstverabreichung aufrechtzuerhalten.“³⁷ Hier geht es um die sogenannte **positive Verstärkung**. Aber macht alles, was belohnend ist und einen angenehmen Effekt auslöst, auch abhängig? Man kann davon ausgehen, daß die Stärke der empfundenen „Belohnung“ durch den Substanzkonsum einen Hinweis auf eine potentiell süchtigmachende Wirkung gibt. Doch wie sieht es aus mit der Verstärkerwirkung von Nikotin? In Tierversuchen zeigte sich entgegen anderslautenden Interpretationen, daß die Wirkungen von klassischen süchtigmachenden Drogen wie Kokain oder Heroin mit Nikotin nicht zu vergleichen waren.³⁸

„Die ausgeprägtesten verstärkenden Effekte von Nikotin in Labortieren sind geringer als solche von harmlosen Verstärkern wie Licht, Geräusch, Zucker oder Salz. Darüber

³⁴ Ameri, Angela: *Wie wird der Glücksgenerator im Gehirn stimuliert?* In: *MT-Online D.* (<http://www.medical-tribune.de/GMS/bericht/gluecksgenerator>). Stand: 19.1.2000. Download am 22.1.2005.

³⁵ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 2.* S. 53. Köln, 2003. (http://www.dhs-intern.de/pdf/Suchtm_Reihe_Tabak.pdf). Download am 16.1.2005.

³⁶ Atrens, Dale: *Drug Addiction as Demonic Possession.* In: *Overland 158 (2000)*. S. 19-24. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

³⁷ U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction, a Report of the Surgeon General.* Washington, D.C., 1988. S. iv. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

³⁸ Bozarth, Michael: *Is Nicotine Addictive? A Re-evaluation of the Data. Paper presented to the FDA's Substance Abuse Advisory Committee meeting, 2 August 2004, Silver Springs, MD.* Buffalo, New York, 1994. (<http://wings.buffalo.edu/aru/ARUreport03.html>). Download am 13.9.2004.

hinaus werden zur Selbstverabreichung von Nikotin [durch Labortiere] Dosen benötigt, die weit größer sind, als sie Menschen jemals erfahren.“³⁹

Auch läßt sich mit Tierversuchen nur ein kleiner Teilbereich der Gründe erfassen, die für Menschen beim Konsum von Zigaretten ebenso wie von Drogen ausschlaggebend ist:

„Menschlicher Substanzkonsum wird von vielen Faktoren beeinflusst, die für Tiere keine Bedeutung haben. Stellen Sie sich eine Ratte vor, die an der Flasche hängt, weil sie ihren Job verloren hat, oder einen Affen, der Kokain verwendet um sein Liebesleben zu verbessern, oder einen Schimpansen, der sich Heroin injiziert um von seinen Freunden akzeptiert zu werden. Die hauptsächlichen Faktoren für menschlichen Substanzkonsum haben keine Parallelen in Labortieren.“⁴⁰

Damit sind wir schon am Ende der pharmakologischen Eigenschaften, die für die aktuell gültige Abhängigkeitsdefinition erforderlich sind. Alle weiteren Punkte haben nur etwas mit dem Verhalten der Konsumenten zu tun und stellen so etwas wie eine „gefühlte Abhängigkeit“ dar. So schrieb der *Surgeon General*: „Der Begriff ‚Drogenabhängigkeit‘ oder ‚Drogensucht‘ bezieht sich auf die Selbstverabreichung einer Droge in einer Weise, die demonstriert, daß die Droge das Verhalten kontrolliert oder stark beeinflusst.“⁴¹ In ICD-10 bedeutet dies: **Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.** Aber kontrolliert Nikotin den Raucher? Wird sein Verhalten durch das Rauchen beeinflusst, hat er gar seine Entscheidungsfähigkeit verloren, was seinen Zigarettenkonsum betrifft? In der heutigen Zeit gibt es mehr und mehr Anlässe und Orte, an denen das Rauchen verboten ist. Und in der Regel wird dies von Rauchern klaglos hingenommen. Die einen rauchen nicht im Büro; die anderen nicht zu Hause, um Rücksicht auf ihre Partnerin oder ihren Partner zu nehmen. Manche Menschen können tagsüber keinen Tabakrauch ertragen, gönnen sich dann aber abends doch gerne die eine oder andere Zigarette. Orthodoxe Juden dürfen aufgrund ihres Glaubens am Sabbat nicht rauchen und haben wenig oder keine Schwierigkeiten, diese Regel auch einzuhalten.⁴² Es dürfte kaum eine süchtigmachende Substanz geben, die sich an

³⁹ Atrens, Dale: *Nicotine as an Addictive Substance: A Critical Examination of the Basic Concepts and Empirical Evidence*. In: *Journal of Drug Issues* 31 (2001) 2. S. 325-394. Eigene Übersetzung aus dem Englischen

⁴⁰ Atrens, Dale: *Drug Addiction as Demonic Possession*. In: *Overland* 158 (2000). S. 19-24. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁴¹ U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., 1988. S. 248. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁴² Schachter, Stanley/Brett Silverstein/Deborah Perlick: *Studies of Psychological and Pharmacological Determinants of Smoking: 5. Psychological and Pharmacological Explanations of Smoking Under Stress*. In: *Journal of Experimental Psychology: General* 106 (1977) 1. S. 39.

den Sabbat hält und an diesem Tag der Woche ausnahmsweise keinen Zwang auf den Konsumenten ausübt.

Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, des Beendigung und der Menge des Substanzkonsums. Das klassische Beispiel für dieses Kriterium ist der Alkoholiker, der nicht nach einem Drink aufhören kann, sondern häufig bis zu einem starken Rausch weitertrinkt. In Bezug auf Rauchen mußte auch dieses Kriterium angepaßt werden. Als Beispiel dient es nun, wenn die eigenen Zigaretten schneller zur Neige gehen als ursprünglich gedacht. Und auch Vorratshaltung sei ein Zeichen abhängigen Verhaltens.⁴³ Nun ist dies zwar ein anschauliches Beispiel, das jeder Raucher oder auch mit einem Raucher befreundeter Nichtraucher kennt, aber hat dies etwas mit Abhängigkeit zu tun? Sagt die früher als gedacht leergerauchte Schachtel Zigaretten etwas darüber aus, daß man mehr konsumiert hat als beabsichtigt – oder vielleicht doch in den meisten Fällen eher etwas darüber, daß man viele Bekannte hat, die lieber mitrauchen als eigene Zigaretten zu kaufen? Ist „Vorratshaltung“ ein Zeichen von Abhängigkeit oder von Voraussicht, um sich das Münzensuchen für den nächsten Zigarettenautomaten zu sparen? Ist der Großeinkauf, um die nächsten Tage nicht mehr in den Supermarkt zu müssen, Zeichen abhängigen Verhaltens? Das Deodorant, das man einsteckt, sollte die Disconacht länger werden als geplant? Der Benzintank, den man füllt, um nicht auf halber Strecke stehenzubleiben? Nicht alles, was anschaulich daherkommt, taugt auch für eine Definition. Ebenso verhält es sich mit den **stereotypen Konsummustern:** Für Alkohol bedeutet dies beispielsweise sich an jedem Wochentag in derselben Weise wiederholender Konsum, völlig unabhängig von gesellschaftlichen Normen. Doch mehr als eine gewisse Menge Alkohol ist mit dem normalen Funktionieren innerhalb der Gesellschaft und am Arbeitsplatz nicht vereinbar. Alkohol und auch harte Drogen beschädigen die Urteilsfähigkeit des Konsumenten, Unfälle beispielsweise im Straßenverkehr häufen sich. Wie anders sieht es da mit den Zigaretten aus, die nicht nur einer normalen gesellschaftlichen Interaktion nicht im Wege stehen, sondern darüber hinaus positiv empfundene Wirkungen für den Raucher bereithalten. Mit Nikotin ließen sich beispielsweise die Fähigkeiten zum Fahren eines Auto-Simulators durch Testpersonen verbessern, während diese Fähigkeiten durch klassische Drogen stark abnahmen.⁴⁴ „Da viele Raucher das Rauchen als vorteilhaft empfinden, zum Beispiel durch verbesserte Konzentrationsfähigkeit oder zur

⁴³ Schmidt, Lutz G.: *Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001) 27. S. A1828.

⁴⁴ Robinson, John H./Walter S. Pritchard: *The role of nicotine in tobacco use*. In: *Psychopharmacology* 108 (1992). S. 400.

Streßverminderung, ist es nicht überraschend, daß sich regelmäßige Konsummuster entwickeln.“⁴⁵ Nicht vergleichbar damit sind stereotype Muster bei klassischen Drogen:

„Stereotyper Konsum impliziert wenig flexiblen Konsum, weniger eine Aktivität mit sozialer Bedeutung, und mehr etwas, das um seiner selbst Willen getan wird. Heroin ist ganz klar unter der Kontrolle von Entzugssymptomen, während Nikotinkonsum in seiner üblichen Form seinen sozialen Charakter beibehält und deutlich unter Kontrolle der Situation steht.“⁴⁶

Viel Zeit wird für Aktivitäten aufgewendet, die nötig sind, um die Substanz zu erhalten (z.B. der Besuch mehrerer Ärzte oder lange Autofahrten), die Substanz zu konsumieren (z.B. Kettenrauchen), oder sich von ihren Wirkungen zu erholen. Von diesem Abhängigkeitskriterium bleibt nur das „Kettenrauchen“ übrig, da Zigaretten fast überall frei erhältlich sind und sich Raucher auch nicht wirklich von den Wirkungen des Nikotins erholen müssen. Dies steht in krassem Gegensatz zu den klassischen Drogen. Hier wird viel Zeit benötigt, um sich die Substanz zu beschaffen, seien es verschreibungspflichtige Medikamente oder illegale Drogen, vor deren Erwerb oft noch die auf den teuren Drogenkonsum ausgerichtete Beschaffungskriminalität steht. Die Erholung von der Wirkung einer Substanz wird am besten beispielhaft am klassischen „Kater“ dargestellt. Jeder, der schon einmal nach einer durchzechten Nacht mit starken Kopfschmerzen aufgewacht ist, wird dies bestätigen können. Aber kann „Kettenrauchen“, so plakativ das Argument auch sein mag, tatsächlich als Argument dafür herhalten, daß Raucher viel Zeit in ihren Substanzkonsum investieren? Wären fünf Tassen Kaffee, die über den Vormittag verteilt am Schreibtisch während der Arbeit getrunken werden, ein Zeichen von viel Zeit, die für Substanzkonsum aufgewendet wird? Wer stark raucht, tut dies nebenbei – ob am Arbeitsplatz oder in der Freizeit. Der Raucher *ergänzt* damit seine sonstigen Aktivitäten. Und damit läßt sich bei diesem Beispiel durchaus die Sinnfrage stellen.

Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden wegen des Substanzkonsums aufgegeben oder eingeschränkt. Wieder einmal muß eine recht banale Erklärung herhalten, um dieses Kriterium auf Raucher anwenden zu können: Raucher würden Veranstaltungen meiden, auf denen nicht geraucht werden dürfe – und voilà, da ist es, das Häkchen auf der Suchtliste. Aber trifft dies wirklich den Punkt, läßt sich das Meiden von Bereichen mit Rauchverboten als Zeichen von Abhängigkeit interpretieren? Es ist kaum

⁴⁵ Ebd. S. 401. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁴⁶ Warburton, David M.: *Is Nicotine Use an Addiction?* In: *The Psychologist* 4 (1989). S. 167. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

anzunehmen, daß ein Raucher die Einladung zu einer Veranstaltung ablehnt und dafür im stillen Kämmerchen sitzt und alleine vor sich hinraucht – *nur* um zu rauchen. Es ist weit wahrscheinlicher, daß er sich Freunde einlädt, Bier kauft und den Abend dann in einer entspannten Umgebung verbringt, in der er *auch* rauchen darf. Vernachlässigt er durch dieses Verhalten soziale Kontakte oder verlagert er sie einfach in einen Rahmen, in dem er nicht ausgegrenzt wird? Ist das ein Zeichen von Abhängigkeit oder von Protest? Irgendwie ist es schon bemerkenswert, daß man zunächst schrittweise Rauchverbote einführt und dann laut „Süchtiger!“ ruft, sollten Raucher die betroffenen Einrichtungen nun nicht mehr als allzu behaglich empfinden. Doch jenseits von solch bildlichen Beispielen: Geben Raucher ihrem Zigarettenkonsum wirklich eine höhere Priorität als alternativen Vergnügungen? Die süchtigmachende Wirkung einer Substanz läßt sich an der Frage festmachen, wie stark sie das ursprüngliche Werte- und Verhaltensmuster des Einzelnen erschüttern und beeinflussen kann.⁴⁷ Wird die Substanz plötzlich zum entscheidenden Angelpunkt im Leben, dem sich alles andere unterzuordnen hat? Kann sie dafür sorgen, daß das Interesse an anderen natürlichen Zielen wie beispielsweise Nahrung oder Sex verloren geht? Für eine solche Wirkung wurde die Bezeichnung *motivational toxicity* geprägt.⁴⁸ Und hierauf kann es bei nüchterner Betrachtung nur eine Antwort geben:

„Der Zigarettenraucher erfährt kein solches Abstumpfen von anderen Belohnungen und Vergnügungen des Lebens. In der Tat wird oft berichtet, daß Rauchen andere Vergnügungen *steigert*. Es gibt weder ein extremes Fokussieren auf motivationale Prioritäten noch irgendeine Beeinträchtigung der Fähigkeit anderer Belohnungen, das Verhalten anzutreiben.“⁴⁹

Fortgesetzter Konsum trotz klarer Hinweise auf schädliche Folgen. Bei diesem Kriterium ist vor allem wichtig, es nicht falsch auszulegen. Allzu gerne wird es nämlich in Bezug auf das Rauchen dahingehend interpretiert, daß es bereits erfüllt sei, wenn jemand um die möglichen Gesundheitsrisiken des Rauchens weiß und dennoch nicht von der Zigarette lassen will. DSM-IV hat es dankbarerweise deutlicher formuliert: **Der Substanzkonsum wird trotz der Kenntnis fortgesetzt, daß man ein andauerndes oder wiederkehrendes physisches**

⁴⁷ Bozarth, Michael A.: *Is Nicotine Addictive? A Re-evaluation of the Data. Paper presented to the FDA's Substance Abuse Advisory Committee meeting, 2 August 2004, Silver Springs, MD.* Buffalo, New York, 1994. (<http://wings.buffalo.edu/aru/ARUreport03.html>). Download am 13.9.2004.

⁴⁸ Wise, R.A./Michael A. Bozarth: *Interactions with drugs of abuse with brain mechanisms of reward.* In: Blum, K./L. Manzo (Hrsg.): *Neurotoxicology.* New York, 1985. S. 111-133.

⁴⁹ Bozarth, Michael A.: *Is Nicotine Addictive? A Re-evaluation of the Data. Paper presented to the FDA's Substance Abuse Advisory Committee meeting, 2 August 2004, Silver Springs, MD.* Buffalo, New York, 1994. (<http://wings.buffalo.edu/aru/ARUreport03.html>). Download am 13.9.2004. Eigene Übersetzung aus dem Englischen. Hervorhebung im Original.

oder psychologisches Problem hat, das wahrscheinlich von der Substanz verursacht oder verstärkt wird. Es geht also nicht um die Kenntnis *möglicher* Folgen, sondern um die Kenntnis, daß diese bereits eingetreten sind und durch fortgesetztes Rauchen verstärkt werden. Das eine ist ein wissenschaftlicher Taschenspielertrick, um jeden Raucher der Abhängigkeit schon ein Stück weit näher zu bringen, das andere schildert in der Tat ein bedenkliches Problemverhalten.

Fortgesetzter Wunsch oder ein oder mehrere erfolglose Versuche, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren. Dies ist ein Zirkelschluß, quasi eine Neuformulierung des Problemverhaltens „Abhängigkeit“ in anderem Gewand. Wenn kein Wunsch vorliegt, eine Angewohnheit aufzugeben, kann ihre Fortsetzung kaum als Zeichen von Abhängigkeit betrachtet werden. Andererseits kennt fast jeder einen Raucher, der gerne aufhören möchte, sich aber dazu aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage fühlt. Die erfolglosen Versuche, mit etwas aufzuhören, passen wunderbar in das Bild des Laien von Sucht und Abhängigkeit. Doch sind alle Angewohnheiten, die schwer zu beenden sind, tatsächlich Abhängigkeiten? Und wie läßt sich die Stärke eines Wunsches ausdrücken? Zwischen einem alle paar Wochen auftretenden flüchtigen Gedanken, den man schnell wieder verwirft, und einem Drang, der einen den ganzen Tag nicht verläßt, können Welten liegen. „Antworten auf Fragen wie ‚Aufhören wollen‘ und ‚Versuchen aufzuhören‘ sind regelmäßig unkritisch verwendet worden“, meint jedoch der kanadische Wissenschaftler Lynn T. Kozlowski. Er mahnte an, „sowohl was Raucher über ihr Rauchen sagen, als auch was Forscher aus diesen Aussagen machen, sollte skeptisch gelesen werden.“⁵⁰ In einem Bericht des amerikanischen *Congressional Research Service* wird angemerkt:

„Die Tatsache, daß viele Menschen sagen, sie würden gerne aufhören [zu rauchen], zeigt die Schwierigkeit, angenehme Gewohnheiten abzulegen, beweist aber nicht notwendigerweise ein ernsthaftes Suchtproblem. [...] Viscusi merkt an, daß die Hälfte der Bewohner von Los Angeles sagen, sie würden die Stadt gerne verlassen. Die Tatsache, daß sie dies nicht tun, bedeutet nicht, daß sie keine Kontrolle über die Entscheidung haben, sondern eher, daß sie die Vorzüge des Bleibens als größer empfinden als die Vorteile des Umziehens.“⁵¹

Wir leben mittlerweile in einer Zeit, in der Rauchen nicht mehr in der Form gesellschaftlich akzeptabel ist, wie es noch vor einigen Jahrzehnten der Fall war, was durchaus auch Einfluß

⁵⁰ Kozlowski, Lynn T./C.P. Herman/R.C. Frecker: *What Researchers Make of What Cigarette Smokers Say: Filtering Smokers' Hot Air*. In: *The Lancet* 8170 (1980) I. S. 699f. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁵¹ Gravelle, Jane G./Dennis Zimmerman: *CRS Report for Congress. Cigarette Taxes to Fund Health Care Reform: An Economic Analysis*. Washington, D.C., 1994. S. 21. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

darauf hat, wie Menschen bei Umfragen reagieren. Die Befragten können dazu tendieren, die „Prestigeantwort“ zu geben, also diejenige, von der sie glauben, daß der Interviewer sie hören möchte. Wenn die Schwierigkeiten des Rauchstopps untersucht werden, trifft es zudem meist Menschen, die Probleme mit dem Aufhören hatten und professionelle Hilfe gesucht haben. Der Schluß, daß Rauchen eine Angewohnheit ist, die man schwer ablegen kann, „basiert größtenteils auf den Resultaten von zahlreichen Studien einzelner therapeutischer Interventionen mit Populationen von selbst-selektierten Subjekten, die aktiv Hilfe gesucht haben.“⁵² Es geht also um Menschen, für die es von vorneherein schwierig war, mit dem Rauchen aufzuhören. Untersucht man nun in einer solchen Gruppe die Rückfallquoten, dürfte das Ergebnis zwangsläufig höher liegen als die Wirklichkeit. Repräsentativ für alle Raucher sind diese Zahlen sicherlich nicht. 2002 gab es in den USA 46 Millionen Ex-Raucher, womit erstmals mehr Ex-Raucher als Raucher in den Vereinigten Staaten lebten.⁵³ Dies ist kaum ein Zeichen für eine fast nicht zu überwindende Sucht. Dieses Bild wird zusätzlich unterstrichen, wenn man einen Blick auf ältere Statistiken wirft – also solche aus einer Zeit, in der das Rauchen noch absolut akzeptabel war und auch die großen Antiraucher-Programme noch nicht über die Bevölkerung hereingebrochen waren: In einer Untersuchung von Hammond und Garfinkel zeigte sich, daß von 96.890 Ex-Rauchern aus einer Befragung von 1959/60 nach zwei Jahren gerade einmal 7,9 Prozent (!) wieder zu Rauchern geworden waren.⁵⁴

Auch stellt sich die Frage, ob sich der „Rückfall“ eines Ex-Rauchers wirklich als Zeichen von Nikotinabhängigkeit deuten läßt. So schreibt die *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen*:

„Eine nach der Abstinenz einsetzende Gewichtszunahme kann manche Raucher und insbesondere auch Raucherinnen dazu bewegen, die Risiken des Tabakkonsums zugunsten einer Wunschfigur wieder aufzunehmen. Fehlende Möglichkeiten zur Konflikt- und Stressbewältigung, das Gefühl, einen positiven Verstärker verloren zu haben, vielleicht auch die Veränderung des Freizeitverhaltens und der Beziehung zu anderen stellen spätere Rückfallgründe dar.“⁵⁵

Rückfallgründe, die ganz offensichtlich nichts zu tun haben mit einer Suchtwirkung von Nikotin. Jaffe und Jarvik stellen hierzu fest:

⁵² Schachter, S.: *Recidivism and Self-Cure of Smoking and Obesity*. In: *American Psychologist* 37 (1982) 4. S. 436. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁵³ Centers for Disease Control and Prevention (Hrsg.): *Cigarette Smoking Among Adults – United States, 2002*. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report* 53 (2004) 20. S. 428. (http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/adults_prev/MM52804.pdf). Download am 27.1.2005

⁵⁴ Hammond, E. Cuyler/Lawrence Garfinkel: *Changes in cigarette smoking*. In: *Journal of the National Cancer Institute* 33 (1964) 1. S. 56.

⁵⁵ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 2*. S. 64. Köln, 2003. (http://www.dhs-intern.de/pdf/Suchtm_Reihe_Tabak.pdf). Download am 16.1.2005.

„Während wir uns weiterhin fragen können, warum ein ehemaliger Opiatsüchtiger rückfällig wird, finden wir es angesichts der vielfältigen Motive für das Rauchen, die formuliert worden sind, und angesichts der Anzahl an Zigaretten, die ein starker Raucher im Verlauf von 10 Jahren konsumiert haben mag, bemerkenswert, daß der Rückfall nicht universell ist.“⁵⁶

Rauchen ist ein stark etabliertes Verhaltensmuster. Eine Angewohnheit, die ein Raucher in Jahren und Jahrzehnten entwickelt hat. Daß es schwierig ist, dieses Verhaltensmuster ganz aufzugeben, ist offensichtlich, nachvollziehbar, und auch verständlich. Genau dies wird mit dem Kriterium „erfolglose Versuche, aufzuhören“ gemessen. Was jedoch nicht erfaßt wird ist die Frage, ob dies nun am Nikotin liegt oder am „Ritual“ des Rauchens, das man in der einen oder anderen Situation vermissen mag.

Dies sind die aktuell gültigen Kriterien für Abhängigkeit. Wir haben gesehen, daß die meisten davon mit einem passenden Beispiel versehen dafür sorgen, daß vor unserem inneren Auge einer unserer rauchenden Freunde auftaucht. Doch reichen solche im Vergleich zu echten Drogenproblemen schwachen Bezüge aus, um auch Nikotin eine süchtigmachende Wirkung zu unterstellen? Die meisten Kriterien – von denen nur drei zur Diagnose einer „Abhängigkeit“ erforderlich sind – beschreiben Verhaltensweisen. Verhaltensweisen, die aus Gewohnheit ebenso entspringen können wie aus Sucht. Und so stehen wir hier vor der Frage, was wir mit einer so definierten „Abhängigkeit“ anfangen sollen. Im äußersten Fall lassen sich mit diesem Ansatz Zeichen von Abhängigkeit oder abhängigem Verhalten *beschreiben*, wenn man denn gewillt ist, eine solche Weichspülung des Suchtbegriffs hinzunehmen. Etwas ganz anderes ist es jedoch, die so definierte Abhängigkeit als *Erklärung* für das beschriebene Verhalten heranzuziehen. Denn ohne die früher nötigen physischen Kriterien fehlt schlicht und ergreifend die Überprüfung, inwieweit kausale Zusammenhänge zwischen den pharmakologischen Eigenschaften einer Substanz und ihrem Konsum vorliegen.

Wenn eine Droge ein stark süchtigmachendes Potential hat, das ihr unabänderlich innewohnt, sollte man davon ausgehen, daß dies an eben diesen pharmakologischen Eigenschaften liegt. Man sollte meinen, daß sie vor tausenden von Jahren ebenso Süchtige hervorgebracht hat, wie es heute der Fall sein soll. Dies jedoch ist nicht der Fall: „Welche Drogen als süchtigmachend angesehen werden, variiert stark von Zeit zu Zeit und je nach Region. Aussagen von

⁵⁶ Jaffe, J.H./M.E. Jarvik: *Tobacco use and tobacco use disorder*. In: Lipton, M.A./A. DiMascio/K.F. Killam (Hrsg.): *Psychopharmacology: A generation of progress*. New York, 1978. S. 1674f. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

[medizinischen oder politischen] Autoritäten über die süchtigmachenden Eigenschaften von Substanzen werden oft rückgängig gemacht, wenn sich das gesellschaftliche Klima verändert.“⁵⁷ Sucht, das hat also immer auch eine politische und gesellschaftliche Komponente. Sucht ist, was die Gesellschaft als nicht akzeptabel erachtet. Tatsächlich hat ein Komitee des amerikanischen *National Institute on Drug Abuse* 1979 eine Suchtdefinition veröffentlicht, die exakt diesen Punkt mit einschließt: „Außerdem wird die Bezeichnung [Sucht] im allgemeinen dann angewendet, wenn das Konsumieren solcher Substanzen von einem großen Teil der Bevölkerung als unerwünscht angesehen wird.“⁵⁸ Ohne Zweifel hat sich in den letzten Jahrzehnten das Bild des Rauchers entscheidend gewandelt. Was früher chic war, ist heute verpönt. Aber ändert dies etwas an den Eigenschaften einer Substanz wie Nikotin? Ändert dies etwas daran, wie die Wissenschaft das Rauchverhalten der Bevölkerung einstufen sollte und wie „Sucht“ für die wissenschaftliche Auseinandersetzung definiert werden muß? Zweifel sind in jedem Fall angebracht.

III.

Soviel zu wissenschaftlichen Begrifflichkeiten, die – wie gezeigt – schon in sich einige nicht von der Hand zu weisende Probleme beinhalten. Noch schwieriger wird es jedoch, wenn ein wissenschaftlicher Begriff, der eine fein austarierte Definition im Hintergrund hat, auch im normalen Sprachgebrauch verwendet wird – allerdings ohne Rücksichtnahme auf das, was die Wissenschaft damit eigentlich auszudrücken versucht. Im diesem Falle verlief die Entwicklung in etwa wie folgt: 1957 gab es Drogensucht als etwas Böses und Drogengewöhnung als den alltäglichen Substanzgebrauch. 1964 wurde beides zusammengefaßt unter dem Begriff Drogenabhängigkeit, ganz explizit ohne damit die Notwendigkeit eines gesetzlichen Eingreifens für alle Fälle der damals definierten „Abhängigkeit“ anzuzeigen. 1988 jedoch verwendete der *Surgeon General* die Bezeichnungen „Sucht“ und „Abhängigkeit“, als würde damit ein- und dasselbe Phänomen beschrieben: „Sucht“ als Schlagwort auf einer allgemeineren Ebene für die breiten Schichten, „Abhängigkeit“ hingegen als korrekten wissenschaftlichen Terminus.⁵⁹ „Sucht“, das hat weiterhin die negative Assoziation von etwas Illegalem, etwas Anrüchigem, während die wissenschaftliche Definition der „Abhängigkeit“ bereits banale Dinge umfassen kann wie

⁵⁷ Atrons, Dale: *Drug Addiction as Demonic Possession*. In: *Overland* 158 (2000). S. 19-24. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁵⁸ Warburton, David M.: *Addiction, dependence and habitual substance use*. In: *Bulletin of The British Psychological Society* 38 (1985). S. 287. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁵⁹ U.S. Department Of Health and Human Services (Hrsg.): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*. Washington, 1988. S. 7.

Kaffeetrinken⁶⁰, Sonnenbaden⁶¹, Lottospielen⁶² oder Arbeiten⁶³. Abhängigkeiten sollen sogar entstehen können durch Östrogen-Ersatz-Therapien⁶⁴ oder – man höre und staune – durch Karotten⁶⁵. Süchte sind umgangssprachlich im Trend, und beinahe überall werden sie aufgespürt – ganz im Sinne zahlreicher Talkshows, zu denen irgendeine bizarre Form von „Sucht“ geradezu einer Einladungsgarantie gleichkommt. Allerdings ist ein Mißbrauch der Begrifflichkeiten an dieser Stelle vorprogrammiert, wenn staatliche Stellen oder private Interessensgruppen wieder einmal die Bevölkerung für diese oder jene Problematik „sensibilisieren“ wollen, während die Medien von heute durch die schnellebige Nachrichtenlandschaft kaum mehr dazu in der Lage sind, jenseits von kurzen „Soundbites“ längere Erklärungen über die Hintergründe einer Meldung zu vermitteln. Daß dieser Widerspruch zwischen der wissenschaftlichen Bedeutung von „Abhängigkeit“ und der allgemeinen Auffassung von „Sucht“ auch gerne bewußt eingesetzt wird, um eine politische Agenda voranzutreiben, zeigte sich bereits 1980: Eine Beratergruppe der US-Regierung sprach die Empfehlung aus, Zigarettenrauchen als Form von Sucht zu betrachten. Nach den Angaben eines der beteiligten Wissenschaftler wurde der Begriff gewählt, weil „Sucht eine Art schmutziges Wort“ sei.⁶⁶ Ebenso schrieb Simon Chapman, seines Zeichens lautstarker Befürworter jeglicher Form von Tabakkontrolle: „’Sucht’ ist ein in hohem Maße wachrüttelndes Wort, und die [Tabak-]Industrie läuft grün an, wenn es auf das Rauchen bezogen wird.“⁶⁷ Daß Sucht eine stark negative Konnotation hat, dürfte auch dem Büro des *Surgeon General* kaum entgangen sein, als es um die gewählten Begrifflichkeiten des Reports von 1988 ging.⁶⁸ Die Wortwahl hing also weniger ab von wissenschaftlichen Erkenntnissen

⁶⁰ Reynolds, James: *One Coffee a day can make you an addict*. In: *The Scotsman* vom 1.10.2004. (<http://news.scotsman.com/international.cfm?id=1145562004>). Download am 6.10.2004.

Juliano, Laura M./Roland R. Griffiths: *A critical review of caffeine withdrawal: empirical validation of symptoms and signs, incidence, severity, and associated features*. In: *Psychopharmacology* 176 (2004) 1. S. 1-29.

⁶¹ UV: *Sonnenbaden kann süchtig machen*. In: *diepresse.com* vom 23.7.2004. (http://www.diepresse.com/textversion_article.aspx?id=434185). Download am 29.7.2004.

Feldman, Steven R. et al: *Ultraviolet exposure is a reinforcing stimulus in frequent outdoor tanners*. In: *Journal of the American Academy of Dermatology* 51 (2004) 1. S. 45-52.

⁶² *Tausende Lotto-Spieler sind süchtig*. In: *Medical Tribune Deutschland* 28/2004. S. 5.

⁶³ Poppelreuther, Stefan: *Die Bedeutung der Arbeitssucht: Definitionen und Möglichkeiten ihrer Behandlung*. Vortrag im Rahmen des *Kölner Kolloquiums für Suchtfragen*, gehalten im Juli 2002 in der KFH Köln. (<http://www.addiction.de/beitraege/PoppelrS2002I.pdf>). Download am 10.1.2005.

⁶⁴ Bewley, S./T.H. Bewley: *Drug dependence with oestrogen replacement therapy*. In: *Lancet* 339 (1992). S. 290-291.

⁶⁵ Cerney, L./K. Cerney: *Can carrots be addictive? An extraordinary form of drug dependence*. In: *British Journal of Addiction* 87 (1992). S. 1195-1197.

⁶⁶ Christensen, Rob: *Cigarettes addictive, panel says*. In: *The News And Observer*, Raleigh, North Carolina, vom 3.9.1980. S. 5B. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁶⁷ Chapman, Simon: *The lung goodbye: tactics for countering the tobacco industry in the 1980s*. 2. Auflage. Penang, Malaysia. S. 40. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁶⁸ Pandina, Robert J./Gary L. Huber: *Tobacco, Nicotine, and the Question of Addiction: What to Do About a Difficult Problem?* In: *Seminars in Respiratory Medicine* 11 (1990) 1. S. 55.

und weit mehr von ihrer Signalwirkung auf die Bevölkerung. In jedem Fall ist dies kein allzu vertrauenerweckender Ansatz, wenn es um die Seriosität der Forschung geht. Immerhin stellt man so nicht nur zahlreiche Tätigkeiten gefährlicher dar, als sie eigentlich sind. Auch die Bedrohung durch echte Drogen wie Heroin oder Kokain wird relativiert, seien sie doch genauso gefährlich – und damit eben vermeintlich auch nicht viel bedrohlicher – als die weithin verbreitete Zigarette. So kann auch durchaus schon einmal von Wissenschaftlern davor gewarnt werden, daß regelmäßige Cannabis-Konsumenten ein größeres Risiko haben, eine Nikotinabhängigkeit zu entwickeln.⁶⁹ Scheint es nicht so, als würde man hier langsam aber sicher den Sinn für die Verhältnismäßigkeit verlieren?

Versucht man, zu viele Phänomene unter einem Begriff zu vereinen, ist er zu offen und wissenschaftlich praktisch wertlos. Abhängigkeit kann so nahezu jede Form einer wiederholten Tätigkeit umfassen, jede Form einer Angewohnheit, die schwer zu beenden ist. Reginald Smart von der kanadischen *Addiction Research Foundation* schrieb schon 1974, daß Begriffe wie Sucht und Abhängigkeit „zu viel abdecken und versuchen, unter einzelnen Rubriken Typen von Drogengebrauch zusammenzubringen, die extrem unterschiedlich sind.“⁷⁰ Wird man, was Abhängigkeit betrifft, zu allgemein, stellt sich ein ganz banales Problem ein: „Wir alle sind ‘abhängig’ von ganz einfachem Glücklichein, von Belohnungen, emotionalem Wohlergehen und allgemeiner Lebensqualität.“⁷¹ Eine brauchbare Definition von Sucht oder Abhängigkeit sollte unterscheiden können zwischen harmlosem und gefährlichem Substanzgebrauch – zwischen Dingen, die unserer persönlichen Kontrolle unterliegen und jenen, über die wir die eigene Macht verloren haben. Und sie sollte sich auf rein wissenschaftliche Kriterien stützen, völlig unabhängig von politischen Motivationen, die oft genug der wahre Grund für die eine oder andere Definition sein können.^{72, 73}

IV.

Neben den Schwierigkeiten, eine halbwegs sinnvolle Definition zu finden, die Nikotin zu einem Suchtstoff machen könnte, geben auch die Auswirkungen einer solchen Sichtweise

⁶⁹ Nader, Carol: *Cannabis smokers risk nicotine addiction*. In: *The Age* vom 17.8.2004.

(<http://www.theage.com.au/articles/2004/08/16/1092508369556.html?oneclick=true>). Download am 24.8.2004.

⁷⁰ Smart, R.G.: *Addiction, Dependency, Abuse or Use: Which Are We Studying with Epidemiology?* In: Josephson, E /E.E. Carroll (Hrsg.): *Drug Use. Epidemiological and Sociological Approaches*. Washington, D.C., 1974. S. 32. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁷¹ Warburton, David M.: *Addiction, Dependence and Habitual Substance Use*. In: *Bulletin of The British Psychological Society* 38 (1985). S. 287f. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁷² McReynolds, W.T.: *DSM-III and the Future of Applied Social Science*. In: *Professional Psychology* 10 (1979) 1. S. 125.

⁷³ Warburton, David M.: *Is Nicotine Use an Addiction?* In: *The Psychologist* 4 (1989). S. 166.

Anlaß zur Sorge: Einem Drogensüchtigen muß geholfen werden, selbst wenn er das eigentlich gar nicht will. Ein Drogensüchtiger kann in eine gesellschaftliche Ecke gedrängt werden, aus der er nur schwer wieder herausfindet. Reichlich unsubtil versucht beispielsweise die *Deutsche Krebsgesellschaft*, mit der vermeintlichen Abhängigkeit der Raucher hausieren zu gehen:

„Im Top-Management ist es heute praktisch unmöglich geworden, öffentlich zu rauchen. Wer würde einem Mann das Wohl vieler Mitarbeiter anvertrauen, wenn er offensichtlich nicht einmal in der Lage ist, sich um sein eigenes Wohl zu kümmern? Wer traut ihm unabhängige Entscheidungen zu, wenn sein Verhalten Abhängigkeit signalisiert?“⁷⁴

Ein Beitrag in den *Archives of General Psychiatry* hat im vergangenen Jahr gar errechnet, daß 70 Prozent der in den USA konsumierten Zigaretten von Nikotinabhängigen oder psychisch Kranken (!) geraucht werde.⁷⁵ An Beispielen wie diesen ist zu sehen: Hier wird mit einem Abhängigkeitsbegriff hantiert, der in erster Linie sozialen Druck ausüben soll. Die Sucht dient quasi als K.O.-Argument. Ebenso verhält es sich mit der häufigen zwischenmenschlichen Unterstellung, Raucher wollen ja nur ihre „Sucht relativieren“, wenn sie eine Erklärung für ihr Rauchverhalten suchen. Süchtige sind ja nicht mehr in der Lage, rational zu argumentieren, daher ist anscheinend eher ein müdes Lächeln gegenüber vermeintlichen Ausflüchten des „Süchtigen“ angebracht, nicht aber das Ernstnehmen des Gesprächspartners. Ob jedoch für einen solchen Zweck wissenschaftliche Kriterien aufgeweicht werden können, ohne damit die Wissenschaft an sich zu schädigen, steht auf einem ganz anderen Blatt. So wird Rauchen auch als „Einstiegsdroge“ bezeichnet, die den Weg zu einer gefährlichen und manchmal auch tödlichen Drogenkarriere ebnet.^{76, 77, 78} Auf diese Weise findet sich zwar eine weitere Möglichkeit, Nikotin mit harten Drogen zu vergleichen, an der Realität geht dieses Argument dennoch vorbei. Ein Ursache-Wirkungs-Prinzip kann hier kaum unterstellt werden, nur weil der Zigarettenkonsum zeitlich vor dem Gebrauch harter Drogen stand. Drogensüchtige haben, bevor sie auf die „schiefe Bahn“ gerieten, eine Vielzahl von Dingen getan. Sie sind von ihrer Mutter gestillt worden, waren im Kindergarten und haben in der Pubertät erste Erfahrungen

⁷⁴ Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (Hrsg.): *Daten, Zahlen, Fakten*. (http://www.krebsgesellschaft.de/show_content.php?cid=SelectContent&cid=96&content=Daten,_Zahlen,_Fakten). Download am 1.9.2004.

⁷⁵ Grant, Bridget F. et al.: *Nicotine Dependence and Psychiatric Disorders in the United States*. In: *Archives of General Psychiatry* 61 (2004) 11. S. 1107-1115.

⁷⁶ Henningfield, J.E./R. Clayton/W. Pollin: *Involvement of Tobacco in Alcoholism and Illicit Drug Use*. In: *British Journal of Addiction* 85 (1990) 2. S. 279-292.

⁷⁷ Carell-Domröse, C.: „Die Zigarette ist die Einstiegsdroge“. In: *Leipziger Volkszeitung* vom 22.10.2004 (<http://www.lvz-online.de/lvz-heute/144236.html>). Download am 30.10.2004.

⁷⁸ Batra, Anil/Gerhard Buchkremer: *Beziehung von Alkoholismus, Drogen- und Tabakkonsum*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001) 40. S. A2591.

mit der Liebe gesammelt. Sie haben Pommes Frites gegessen und vielleicht die Schlümpfe im Fernsehen gesehen. Eins sollte durch diese Aufzählung klar werden: Nur weil etwas chronologisch aufeinander folgt, ist es noch längst nicht kausal verbunden. Sogar Untersuchungen, die eine Assoziation von Rauchen und dem Konsum harter Drogen herstellen, halten diese Verbindung für dürftig und wenig hilfreich, wenn es um die Vorhersage eines späteren Drogenkonsums geht.^{79, 80}

Seien wir doch einmal ketzerisch und gehen von einer ganz anderen Möglichkeit aus, warum Drogenstüchtige und Alkoholiker zu einem höheren Anteil aus Rauchern bestehen als die Gesamtbevölkerung. Könnte es nicht sein, daß zum Persönlichkeitsbild des Rauchers auch eine gewisse Risikobereitschaft gehört? Die Bereitschaft einen Lebensstil zu führen, der zwar rein statistisch eine zusätzliche Gefahr bedeutet, ihnen aber gerade dadurch zusätzliche Befriedigung und Erfüllung verschafft? Auf diese Weise würden sich auch mit Leichtigkeit Studienergebnisse erklären lassen, nach denen Raucher in der US Army um 50% Prozent mehr Unfälle hatten als Nichtraucher⁸¹ - oder die Verbindung, die gezogen wurde zwischen Raucherinnen und einem höheren Risiko, an AIDS zu erkranken.⁸² Wohl niemand würde dies ernsthaft kausal auf das Rauchen zurückführen, aber beides sind Indizien für eine höhere Bereitschaft von Rauchern, riskantes Verhalten an den Tag zu legen. Und in der Tat finden sich in Untersuchungen Belege für solche Unterschiede. In einer Gruppe von 252 College-Studenten, die von 1938 bis 1953 regelmäßig befragt wurden, besaßen die Nichtraucher als Gruppe „die stabileren Qualitäten von Verlässlichkeit und einem guten Verfolgen von Zielen im Leben“, während die Raucher „große Energie, Ruhelosigkeit, die Suche nach Gefahr und eine Art von Unabhängigkeit“ zeigten.⁸³ Ähnliche Merkmale wie in diesem Beitrag aus dem Jahr 1958 lassen sich heute ebenso wie damals aufspüren: „Erklärungen für einen Drogen- und Alkoholkonsum finden sich auch in den Persönlichkeitsmerkmalen der Untersuchten. Sie erwiesen sich als impulsiver, risikofreudiger und hedonischer.“⁸⁴ Wer prinzipiell

⁷⁹ O'Donnell, John A.: *Cigarette Smoking as a Precursor of Illicit Drug Use*. In: Krasnegor, N.A. (Hrsg.): *Cigarette Smoking as a Dependence Process. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 23*. Washington, D.C., 1979. S. 42.

⁸⁰ Dull, R.T./F.P. Williams: *Marihuana, Alcohol and Tobacco: Reassessment of a Presumed Relationship*. In: *Journal of Drug Education 11 (1981) 2*. S. 135.

⁸¹ Ruppert, Franz: *Sucht und Drogenabhängigkeit – der Versuch, unkontrollierte Gefühle in den Griff zu bekommen. Skriptum zur Vorlesung*. München, 2003. S. 6.

⁸² U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.): *Women and Smoking. A Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., 2001. S. 331.

⁸³ Heath, Clark W.: *Differences Between Smokers and Nonsmokers*. In: *A.M.A. Archives of Internal Medicine 101 (1958)*. S. 386. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁸⁴ Batra, Anil/Gerhard Buchkremer: *Beziehung von Alkoholismus, Drogen- und Tabakkonsum*. In: *Deutsches Ärzteblatt 98 (2001) 40*. S. A2591.

risikobereiter ist, wird dies auch völlig ohne Zigaretten sein und ebenso in ganz anderen Aspekten des Lebens. Rauchen kann somit quasi als ein *Symptom* für die höhere Bereitschaft des Einzelnen zu riskanten Vergnügungen gewertet werden, eine *Ursache* für Drogen- und Alkoholkonsum ist es sicherlich nicht. Rauchen als „Einstiegsdroge“ zu bezeichnen und damit Millionen unbescholtenen Rauchern eine potentielle Drogenkarriere zu prophezeien, ist leichtsinnig und ein weiterer unverantwortlicher Versuch, Tabakkonsum zu einem gesellschaftlich nicht akzeptablen Verhalten zu hochzustilisieren.

Mit der Frage, warum eigentlich geraucht wird, haben sich schon Generationen von Wissenschaftlern beschäftigt. Tabak ist vielleicht die am häufigsten untersuchte Substanz überhaupt, die Menschen zu sich nehmen.⁸⁵ Aber müssen wir wirklich von einer Sucht ausgehen, nur um das vermeintlich irrationale Verhalten von Rauchern zu erklären, die trotz möglicher gesundheitlicher Risiken weiterhin rauchen? Sich auf pharmakologische Wirkungen zu beschränken, wo ganz klar auch andere soziale und psychologische Ursachen vorliegen können, engt den Fokus zu sehr ein, als daß sich daraus vollständige Schlüsse ziehen lassen könnten. Wenn Nikotin tatsächlich der ausschlaggebende Grund ist, warum Menschen rauchen und nicht mehr von der Zigarette loskommen, sollte man meinen, daß die sogenannten „Nikotinersatzpräparate“ eine durchschlagende Wirkung haben müßten. Nikotinersatzpräparate, das sind Nikotinpflaster, -kaugummis oder -nasensprays. Um seinen bevorzugten „Nikotinspiegel“ aufrechtzuerhalten, müßte man ja nur auf ein pharmazeutisches Produkt umsteigen, das einen genau mit eben dieser Dosis Nikotin versorgt. Der Haken dabei: So funktioniert es nicht. In Untersuchungen zeigte sich, daß beispielsweise Nikotinkaugummi eine geringere Erfolgsrate bei dem Versuch mit dem Rauchen aufzuhören verspricht, als ein simpler ärztlicher Rat.⁸⁶ Auch eine psychologische Studie der Universität Düsseldorf filterte ärztliche Ermahnungen als die sinnvollste Form der Unterstützung für Aufhörwillige heraus.⁸⁷ So weit her kann es nicht sein mit der stark süchtigmachenden Wirkung von Nikotin.

Oft völlig außer Acht gelassen wird der viel breitere gesellschaftliche Kontext, in dem sich Menschen für oder gegen das Rauchen entscheiden. Auch geht es um das zugegebenermaßen höchst philosophische Konzept des „freien Willens“: Sind wir Opfer neurobiologischer Prozesse, die in unserem Gehirn ablaufen, oder haben wir die Möglichkeit, freie

⁸⁵ Robinson, John H./Walter S. Pritchard: *The role of nicotine in tobacco use*. In: *Psychopharmacology* 108 (1992). S. 397.

⁸⁶ Schmidt, Lutz G.: *Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001) 27. S. A1832.

⁸⁷ Schulte, Maike: *Die Uni will es wissen: Was ist dran am Glimmstängel?* (<http://www.bbv-net.de/public/druckversion/nachrichten/wissenschaft/56295>). Stand: 29.7.2004. Download am 7.8.2004.

Entscheidungen über unser Handeln und über unsere Zukunft zu treffen?⁸⁸ Wissenschaftliche Grundlagen für die Kraft des freien Willens zu finden, ist schwierig. So stellte die *American Medical Association* fest, daß „der freie Willen eher eine Frage des Glaubens ist als ein Konzept, das in medizinischen Begriffen erklärt werden kann.“⁸⁹

Nach einer Untersuchung der Frage, warum in den vergangenen Jahren der Anteil der Raucher in Großbritannien so rapide zurückgegangen ist, kam das *United Kingdom's Office on Population Censuses and Surveys* im Jahre 1984 zu dem Schluß, daß Rauchen „eine rationale und wohldurchdachte Entscheidung [ist], die Raucher treffen und von Zeit zu Zeit erneuern.“⁹⁰ Hierzu paßt auch eine Untersuchung von Chauncey Starr, der 1969 die assoziierten Risiken von freiwilligen Aktivitäten wie Autofahren, Fliegen, Skifahren oder auch Rauchen verglichen hat. Zugrunde legte er die Anzahl der Stunden, die für eine Aktivität aufgewendet werden – während als Vergleichswerte die Risiken dienten, durch die jeweilige Aktivität zu Tode zu kommen. Hierbei schnitt die subjektive Akzeptanz eines Risikos durch Rauchen ganz ähnlich ab wie bei Fliegen oder Skifahren.⁹¹

Daß das Nikotin nicht ausschlaggebend sein kann, läßt sich schon daran erkennen, daß sich Wissenschaftler noch nicht einmal darüber klar sind, ob sie von Nikotin- oder besser von Tabakabhängigkeit sprechen sollen. DSM-IV spricht von „Nikotinabhängigkeit“, der *Surgeon General* von „Nikotinsucht“, während für ICD-10 der Tabak die Problemsubstanz ist.⁹² Auch die *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen* spricht lieber von Tabakabhängigkeit, „da sowohl psychische als auch physiologische Komponenten beim Tabakkonsum das Abhängigkeitssyndrom begründen.“⁹³ Eins ist damit zumindest klar: Nikotin allein kann nicht ausreichend sein, um mit dem Suchtbegriff zu hantieren. Und in der Tat: Betrachtet man die

⁸⁸ Thimm, Katja/Gerald Traufetter: „Das Hirn trickst das Ich aus“. In: *Der Spiegel* 52/2004. S. 116-120.

⁸⁹ Board of Trustees, Committee on Medicolegal Problems, American Medical Association: *Insanity Defense in Criminal Trials and Limitation of Psychiatric Testimony*. In: *Journal of the American Medical Association* 251 (1984) 22. S. 2978. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁹⁰ Marsh, A.: *Smoking: Habit or Choice?* In: *Population Trends* 37 (1984). S. 18. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

⁹¹ Starr, Chauncey: *Social benefit versus technological risk*. In: *Science* 165 (1969). S. 1232-1238. Zitiert in: Warburton, David M.: *Is Nicotine Use An Addiction?* In: *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society* 4 (1989). S. 168.

⁹² U.S. Department of Health and Human Services (Hrsg.): *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction, a Report of the Surgeon General*. Washington, D.C., 1988. S. 7.
WHO (Hrsg.): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD- 10)*. Genf, 1992. S. 75-76.

American Psychiatric Association (Hrsg.): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D.C., 1994. S. 181, 244, 245.

⁹³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 2*. S. 12. Köln, 2003. (http://www.dhs-intern.de/pdf/Suchtm_Reihe_Tabak.pdf). Download am 16.1.2005.

gesellschaftlichen Vorzüge des Rauchens, scheint eigentlich kaum noch eine Abhängigkeit nötig zu sein, um einen fortgesetzten Konsum zu erklären.

Das „Erlebnis Rauchen“ beschäftigt zahlreiche Sinne und sorgt für eine Gesamterfahrung, die mit kaum einem anderen Produkt vergleichbar ist. Henner Hess hat dies anschaulich beschrieben:

„Das Öffnen der Packung, das Herausnehmen der Zigarette (bzw. der ganze Ritus des Selbstdrehens), das Balancieren der Zigarette zwischen Fingern und Lippen, das Ritual des Anzündens, das faszinierende Spiel mit der Flamme, das genüßliche Einziehen und Ausblasen des Rauchs, das Betrachten des Rauchs in der Luft, der Geschmack des Rauches im Mund, das Spüren der Wirkungen des Nikotins, das Abklopfen der Asche, das Spiel mit der Zigarette zwischen den Fingern, das Ablegen und Wiederaufnehmen der Zigarette, die Bewegungen der Hand mit der Zigarette im Gespräch, schließlich das Ausdrücken – es gibt kaum andere Produkte, die eine so enge Verknüpfung mit Körpersprache und Mimik ermöglichen, und kaum andere Verhaltensweisen, die in so kurzer Zeit eine solche Fülle von Erlebnisqualitäten bieten (es sei denn das Rauchen von Pfeifen oder Zigarren).“⁹⁴

Zigarettenrauchen hat ganz klar soziale Funktionen. Es ist eine Tätigkeit, die ein Gefühl der Gemeinsamkeit hervorruft:

„Durch das Anbieten einer Zigarette oder der Frage nach Feuer kann man leicht Kontakt schaffen, Sympathie bekunden und Barrieren überwinden, woraus sich häufig weiterführende Kommunikationsprozesse entwickeln. Gemeinsames Rauchen verbindet, schafft Gemeinschaft und kann die Geselligkeit erhöhen.“⁹⁵

Nicht zuletzt deshalb wurde die Zigarette vor dem Pub zu einer gemeinschaftlichen Erfahrung, nachdem Ende März 2004 in Irland das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen komplett verboten worden war. Darüber hinaus ist Rauchen ein „Vehikel der Selbstdarstellung“⁹⁶: Der Raucher kann eine Identität aufbauen und sie aufrechterhalten. Er kann durch die Art seines Rauchens und durch die von ihm bevorzugte Marke ein Image kreieren, ganz in der Art, wie auch die jeweils gewählte Automarke ein Teil dessen ist, wie sich ein Autofahrer vor seinem Umfeld zu definieren versucht. Aber damit nicht genug: Zeiträume und Aktivitäten können durch das Rauchen strukturiert werden:

⁹⁴ Hess, Henner: *Rauchen: Geschichte, Geschäfte, Gefahren*. Frankfurt a.M., 1989. S. 143f.

⁹⁵ Kleinichen, Heinke: *Eine Interviewstudie über Gelegenheitsraucher*.

(http://www.archido.de/eldok/diplom/mag_hkleinichen_02.pdf). Magisterarbeit, Bremen 2002. S. 11.

⁹⁶ Hess, Henner: *Rauchen: Geschichte, Geschäfte, Gefahren*. Frankfurt a.M., 1989. S. 144.

„Durch das Rauchen lassen sich Arbeitspausen begründen, Pausen ausfüllen und Langeweile reduzieren. Es eignet sich zum Überbrücken zum Wartezeiten und zum Einleiten von ‚Auszeiten‘. Bestimmte Aktivitäten können durch das begleitende Rauchen eine zeitliche Strukturierung erhalten. Man kann etwas für eine Zigarettenlänge tun oder eine letzte Zigarette rauchen bevor man z.B. eine Party verläßt. Die ‚Zigarettenlänge‘ ist zur Zeiteinheit geworden.“⁹⁷

Für Kinder und Jugendliche ist Rauchen der Teil einer Welt, in die sie erst hereinwachsen müssen: „Die Zigarette hat eine Bedeutung als Merkmal der Erwachsenenwelt, zugleich als Symbol der individuellen Freiheit und der Opposition“⁹⁸ Die Anziehungskraft der Zigarette für Kinder und Jugendliche liegt darin, daß „der Wunsch zu renommieren und ein Bemühen, mit Erwachsenen gleich zu ziehen“⁹⁹ wahrscheinlich unvermeidlich mit dem Älterwerden und der Pubertät einhergeht. Es gibt viele Gründe, warum Rauchen für Menschen jeden Alters attraktiv ist, und die meisten haben nichts mit Nikotin oder seinen Wirkungen zu tun.

Menschen wägen die Vor- und Nachteile einer bestimmten Handlungsweise ab, in unserem Fall die des Rauchens. Und betrachtet man all die subjektiv in einer Situation empfundenen Vorzüge des Rauchens im Gegensatz zu den weit entfernt liegenden möglichen gesundheitlichen Konsequenzen, kann bei der Gesamtrechnung für den Raucher durchaus ein „Plus“ herauskommen. Gesundheit hat für viele Menschen nicht die oberste Priorität im Leben, der sie alles andere unterordnen.¹⁰⁰ Nehmen wir all diejenigen, die ganz entgegen den Ratschlägen ihres Arztes weiterhin riskanten Sportarten nachgehen, ungeschützten Sex haben oder bei ihrer ungesunden Ernährung bleiben. Dies kann durchaus eine bewußte Entscheidung gegen eine „gesunde“ Lebensweise sein, denn „eine schlechte Entscheidung bleibt eine Entscheidung“¹⁰¹, für die keinerlei Sucht oder Abhängigkeit verantwortlich sein muß. Wenn aus dem empfundenen „Plus“ beispielsweise des Rauchers ein „Minus“ wird, wenn die Motivation zum Rauchstopp stark genug ist, wird es um einiges wahrscheinlicher, daß er endgültig die letzte Zigarette ausdrückt. Daß die Motivation zum Rauchverzicht entscheidend ist für einen Erfolg, darüber sind sich alle einig, sogar die Vertreter der Abhängigkeitstheorie.

⁹⁷ Kleinichen, Heinke: *Eine Interviewstudie über Gelegenheitsraucher*.

(http://www.archido.de/eldok/diplom/mag_hkleinichen_02.pdf). Magisterarbeit, Bremen 2002. S. 12.

⁹⁸ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Tabakabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 2*. S. 41. Köln, 2003. (http://www.dhs-intern.de/pdf/Suchtm_Reihe_Tabak.pdf). Download am 16.1.2005.

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Warburton, David M.: *Commentary on 'Tobacco, Nicotine and Addiction'*. Reading, 1989. S. 7.

¹⁰¹ Schaler, Jeffrey A.: *Addiction is a Choice*. Washington und LaSalle, 2000. S. 36. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

V.

Früher war der letzte Tag des Monats immer der „Wüstenrot-Tag“, zum Jahreswechsel werden wir mittlerweile regelmäßig mit einer ganzen Batterie von Argumenten beglückt, warum wir mit dem Rauchen aufhören sollten. Ebenso verhält es sich mit der Begründung von Rauchverboten. Ein wichtiger Teil dieser „Argumentations-Stalinorgeln“ ist immer auch die Feststellung, daß Rauchen süchtig mache und die Abhängigen durch Rauchverbote eine zusätzliche Motivation erhielten, ihr Laster aufzugeben. Gerade weil die Unterstellung von Sucht ein so integraler Teil der Rechtfertigung von Anti-Tabak-Maßnahmen ist, sollte sie nicht unkritisch übernommen werden. Und in der Tat finden sich bei allen Beteiligten handfeste Gründe, warum ein süchtiger Raucher besser ist als ein gewohnheitsmäßiger Raucher.

Rauchen wird zunehmend sozial unerwünscht, und immer wieder stehen Raucher unter dem Druck, eine Erklärung für ihr vermeintlich irrationales, potentiell gefährliches und zudem für ihre Mitmenschen manchmal auch einfach unangenehme Verhalten zu finden. Drogenabhängige – und solche, die sich dafür halten – tendieren dazu, ihr Verhalten unter Minimierung ihrer persönlichen Verantwortlichkeit zu erklären.¹⁰² Mit dem Hinweis „Ich bin ja süchtig“ kann der Raucher auf einen Schlag diesen Vorwürfen entgehen. Immerhin ist er nicht selbst für sein Verhalten verantwortlich, sondern die süchtigmachende Substanz, die ihn in seinen Klauen gefangen hält: „Gewohnheitsmäßige Diebe kommen ins Gefängnis, Kleptomane erhalten Sympathie.“¹⁰³ Es macht für einen Raucher also durchaus Sinn, sich selbst als abhängig zu sehen und so eine Menge Verantwortung mit einem Schlag abzugeben. Im äußersten Fall hat dies sogar juristische Relevanz, beispielsweise wenn es um Millionenklagen gegen die Tabakindustrie geht, die für gesundheitliche Schäden geradestehen soll, an deren Entstehen der „Süchtige“ vermeintlich unschuldig ist.

Wer sich für süchtig hält, ist unter Garantie ein treuer Kunde. Allzu unglücklich dürfte also auch die Tabakindustrie nicht sein, wenn sich viele Raucher für unfähig halten, ihre Angewohnheit abzulegen. Wichtig ist hier höchstens noch die Unterscheidung, was der Durchschnittsraucher von seiner „Sucht“ denkt und wie sich dies vor Gerichten widerlegen

¹⁰² Davies, J.B.: *The myth of addiction*. London, 1997

Davies, J.B.: *Pharmacology versus social processes: Competing or complementary views on the nature of addiction?* In: *Pharmacology and Therapeutics* 80 (1998) 3. S. 265-275.

Arens, Dale M.: *Nicotine as an Addictive Substance: A Critical Examination of the Basic Concepts and Empirical Evidence*. In: *Journal of Drug Issues* 31 (2001) 2. S. 325-394.

¹⁰³ Arens, Dale: *Drug Addiction as Demonic Possession*. In: *Overland* 158 (2000). S. 19-24. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

läßt. Und in der Tat finden sich in amerikanischen Statistiken zum Rauchverhalten Hinweise darauf, daß man sowohl die Etikettierung von Rauchen als „Sucht“ 1988 durch den *Surgeon General* wie auch das nachfolgende Projekt ASSIST (*American Stop Smoking Intervention Study*), das in zahlreichen US-Bundesstaaten verschiedenste Tabakkontrollmaßnahmen durchgesetzt hat, als „Rohrkrepierer“ bezeichnen könnte. Norman Kjøno hat dies untersucht: Ein rapider Abwärtstrend im Prozentsatz von Rauchern in der Bevölkerung hat sich seit Beginn der 90er-Jahre stabilisiert, während sich die seit 1965 zu beobachtende Zunahme von Ex-Rauchern in der Bevölkerung umgekehrt hat und nach 1993 rückläufig geworden ist.¹⁰⁴ Noch erschreckender wird es, wenn man einen Blick auf das Rauchverhalten von Jugendlichen wirft: Gab es bis 1988 einen beständigen Rückgang von 14- bis 17-jährigen Rauchern, hat sich dieser Trend in den 90er-Jahren umgekehrt und erreichte 1997 ein Hoch, wie es zuletzt 1978 erreicht worden war. Eine Reduzierung der Anzahl jugendlicher Raucher wurde von 1997 bis 2002 zwar mit Hilfe von exzessiver Besteuerung und zunehmend restriktiven Gesetzen erreicht, jedoch gab es einen vergleichbaren Rückgang bereits Ende der 70er-Jahre, während die Tabakindustrie mit starken Preissenkungen vergeblich versuchte, diese Entwicklung aufzuhalten.¹⁰⁵ Was sich jedoch aus der Propagierung des „süchtigen Rauchers“ und aus den dramatischen Tabakkontrollmaßnahmen ergeben hat, ist ein stabilisierter Markt, sowohl für die Tabakindustrie wie auch für die Hersteller von Ersatzpräparaten wie Nikotinkaugummis, -pflastern oder -nasensprays.

An dieser Stelle kommt die Pharmaindustrie ins Spiel, schließlich ist das Geschäft mit eben diesen Nikotinersatzpräparaten völlig abhängig davon, wieviele Raucher tatsächlich ihre Angewohnheit ablegen wollen – und wieviele davon sich nicht in der Lage sehen, dies ohne Unterstützung zu versuchen. Der Markt mit diesen Mittelchen beläuft sich allein in den USA mittlerweile über auf eine halbe Milliarde Dollar jährlich¹⁰⁶, bis 2007 soll er gar auf 1,5 Milliarden Dollar angewachsen sein.¹⁰⁷ In Deutschland waren es 2003 immerhin 27,7 Millionen Euro.¹⁰⁸ Diese Zahlen klingen verdächtig nach hunderten von Millionen Gründen

¹⁰⁴ Kjøno, Norman: *Youth Smoking / Adult Tobacco Use*.

(<http://www.forces.org/writers/kjono/pdf/smokrate.pdf>). Stand: 2003. Download am 27.1.2005.

¹⁰⁵ Ebd.

¹⁰⁶ Schneider, Steve: *New Technology for Smoking Cessation*. (<http://www.cambrex.com/Content/pharma/Article.asp?ClassId=103&ContentId=1059>). Download am 28.1.2005.

¹⁰⁷ Health Resources Publishing (Hrsg.): *Smoking Cessation Market Expected To Grow Remarkably Over the Next Decade*. (<http://www.wellnessjunction.com/athome/smoking/1005news.htm>). Stand: 2001. Download am 28.1.2005.

¹⁰⁸ Salz, Jürgen: *Raucherentwöhnung: Kauen und Kleben*. (<http://www.wiwo.de/pswiwo/fn/ww2/sfn/buildww/id/126/id/61012/bt/2/SH/0/depot/0/>). Stand: 7.6.2004. Download am 28.1.2005.

jährlich für die Pharmaindustrie, nicht nur die Theorie des süchtigen Rauchers voranzutreiben, sondern auch jedem Raucher auf Erden das Leben so unangenehm wie möglich zu machen.

Paranoia? Nicht unbedingt. Beispielsweise die amerikanische *Robert Wood Johnson Foundation* – eine Stiftung, deren Acht-Milliarden-Dollar-Vermögen zu einem großen Anteil aus Aktien des Pharmakonzerns Johnson & Johnson besteht, hat bereits in den vergangenen Jahren viel Geld dafür ausgegeben, strikte Tabakkontrollmaßnahmen durchzusetzen. Wirft man einen Blick auf die von der Stiftung geförderten Projekte, gab es unter anderem von 1999 bis 2004 stolze 50 Millionen Dollar für das *National Center For Tobacco-Free Kids*, bis 2007 sollen weitere 14 Millionen Dollar folgen. Knapp 10 Millionen Dollar erhält das *Smoking Cessation Leadership Center*, weitere 8 Millionen gingen auf das Konto des *National Tobacco Control Technical Assistance Consortium*.¹⁰⁹ Im Jahresbericht 2003 lesen sich die Ziele der *Robert Wood Johnson Foundation* wie folgt:

„Die Stiftung unterstützt Gesetzesänderungen, die den Tabakkonsum durch Prävention und Behandlung reduzieren [...]. Diese Maßnahmen beinhalten umfassende Gesetze für rauchfreie Luft, Tabaksteuererhöhungen und die erweiterte Übernahme von Tabakabhängigkeits-Behandlungen durch staatliche und private Stellen.“¹¹⁰

In den kommenden fünf Jahren sollen für diese Ziele weitere 100 Millionen Dollar ausgegeben werden.¹¹¹ Und sie alle fördern den Verkauf von pharmazeutischen Nikotin-Produkten. Wie praktisch, daß auch weitere Pharma-Riesen „im Boot“ sitzen: 1999 startete die WHO eine Kooperation mit den Konzernen Novartis, Pharmacia & Upjohn und Glaxo Wellcome im Rahmen eines europäischen Partnerschaftsprojekts zur Tabakabhängigkeit.¹¹² Die Pharmaindustrie ist also kein passiver Nutznießer, sondern ein aktiver Player in der Antiraucherbewegung. Wenn sich nun wirtschaftliche Interessensgruppen für Gesetzgebungsverfahren oder die Erstellung von internationalen Richtlinien engagieren, die ihnen einen deutlichen Nutzen bringen, sollte Mißtrauen angebracht sein. Immerhin geht es dann nicht mehr nur um die Gesundheit der Bevölkerung, hier sind ganz klar auch finanzielle Interessen im Spiel.

¹⁰⁹ Robert Wood Johnson Foundation (Hrsg.): *Grants* (<http://www.rwjf.org/search/searchResults.jsp?col=grants&searchchoice=3&nh=224&st=1&tx=&allls=on&ia=Tobacco+Use&viewallresults=true&sortBy=grantamount:>). Download am 28.1.2005.

¹¹⁰ Robert Wood Johnson Foundation (Hrsg.): *Making a Difference. Annual Report 2003*. (http://www.rwjf.org/publications/publicationsPdfs/2003annual_entire.pdf). Princeton, N.J., 2004. S. 23. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

¹¹¹ Ebd.

¹¹² WHO (Hrsg.): *WHO launches partnership with the pharmaceutical industry to help smokers quit*. (<http://www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-04.html>). Stand: 30.1.1999. Download am 28.1.2005.

Der aktuelle Kampf gegen das Rauchen paßt in einen allgemeinen Trend, unerwünschte Verhaltensweisen zu „medikalisieren“ und sie damit in die Domäne der medizinischen Zunft zu ziehen. Lungenkrebs beispielsweise ist ganz klar eine Krankheit. Ob aber das Rauchen als Tätigkeit, auch wenn es zu der Entstehung von Lungenkrebs beitragen kann, ebenfalls eine Krankheit ist, eine Sucht, die behandelt werden muß, steht auf einem ganz anderen Blatt. Der Journalist Jörg Blech hat ein viel beachtetes Buch über Krankheiten geschrieben, die in erster Linie dazu dienen, den Absatz von pharmazeutischen Produkten zu erhöhen.¹¹³ Thomas Szasz hat vor der Entwicklung eines „therapeutischen Staats“ gewarnt, der schon allein durch seinen globalen volksgesundheitlichen Anspruch die Freiheit jedes Einzelnen gefährdet.¹¹⁴ Nehmen wir als Beispiel die Forderungen nach der Übernahme von Raucherentwöhnungstherapien durch die Krankenkassen,¹¹⁵ die ein deutliches Zeichen für die Interessen der Pharmaindustrie sind. Auf den Willen zum Rauchstopp kommt es an, und wenn ein Raucher nicht einmal genug Motivation aufbringt, um sein Geld statt in Zigaretten in Nikotinersatzpräparate zu investieren, kann es mit diesem Willen nicht allzu weit her sein. Wer diese Bevölkerungsgruppe auf Kosten der Sozialsysteme dennoch mit pharmazeutischen Nikotinprodukten versorgen will, handelt im Interesse der Hersteller, nicht aber im Interesse eines endgültigen Rauchverzichts.

Einige Tabakkonzerne haben mittlerweile eingeräumt, daß ihre Produkte abhängig machen, was gerne als Beleg für die Richtigkeit dieser These angeführt wird. Andererseits: Tabak oder Nikotin wird nicht deswegen süchtigmachender, weil eine Definition verändert wurde, weil die Tabakindustrie irgendetwas zugegeben hat oder weil die Pharmaindustrie nun diese These propagiert. Die freie Marktwirtschaft und das Instrument der Public Relations sorgen dafür, daß wir Tag für Tag mit Informationen überflutet werden, die den Federn zahlreicher PR-Experten im ganzen Land entspringen. Wo immer eine freie Presse existiert, gibt es auch Interessensgruppen, die diesen Sachverhalt ausnutzen und Informationen verbreiten, die ihre ganz subjektive Sicht der Dinge unterstützen. Prinzipiell ist daran nichts auszusetzen, solange man die Subjektivität der Nachricht bei ihrer Bewertung berücksichtigt. Wenn ein Pharmaunternehmen Prozentzahlen über aufhörwillige Raucher verbreitet und im Nebensatz die tollen Nikotinersatzpräparate des eigenen Hauses anpreist, ist die Absicht klar – auch

¹¹³ Blech, Jörg: *Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden*. Frankfurt a.M., 2003.

¹¹⁴ Szasz, Thomas S.: *The Therapeutic State. The Tyranny of Pharmacocracy*. In: *The Independent Review* 5 (2001) 4, S. 485-521.

¹¹⁵ Schmidt, Lutz G.: *Tabakabhängigkeit und ihre Behandlung*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (2001) 27, S. A1833.

wenn im letztlich erscheinenden Zeitungsartikel nur noch die alarmierenden Zahlen von Rauchern übrig bleiben, die gerne aufhören möchten. Nicht anders jedoch verhält es sich mit staatlichen und halbstaatlichen Stellen. Ein Bundesgesundheitsministerium, das in den vergangenen Jahren nur dadurch unangenehm aufgefallen ist, daß sich wahlweise die Krankenkassenbeiträge erhöht haben oder die Versicherten für die eine oder andere Leistung tiefer in die Tasche greifen müssen, dürfte sich zur Abwechslung sehr über positive Meldungen freuen. Wie nahe liegt es da, ein neues Programm zu initiieren, das die Raucherprävention unterstützt. Immerhin wird so Handlungsfähigkeit demonstriert, es lassen sich zur Abwechslung positive Presseartikel erzeugen, und heikle Themen sind zumindest für kurze Zeit vergessen. „Symbolische Politik“ ist der kommunikationswissenschaftliche Fachbegriff für ein solches Vorgehen. Nicht anders verhält es sich mit dem aktuell heiß debattierten Rauchverbot an Schulen: Der dramatische Anstieg von jugendlichen Rauchern entwickelte sich in den letzten Jahren, während es „Raucherecken“ an Schulen schon seit Jahrzehnten gibt. Eine Ursache für den gestiegenen Anteil von rauchenden Kindern sind die Raucherecken zweifellos nicht, und mit Verboten macht man das Rauchen nur noch interessanter für die Heranwachsenden. Aber darauf kommt es nicht an, wenn politische Kosmetik gefragt ist. Auch die WHO hat mit Imageproblemen zu kämpfen: Die 1998 gestartete *Roll Back Malaria*-Kampagne? Ein Fehlschlag. Der Kampf gegen AIDS? In argem zeitlichen Verzug.¹¹⁶ Wie nahe liegt es da, sich auf das Prestigeprojekt „Tabakkontrolle“ einzulassen, das den Publicitynerv der westlichen Welt trifft. Ebenso kritisch sollte man mit Meldungen umgehen, die beispielsweise ein „WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle“ verbreitet. Die einzige Existenzberechtigung für ein solches Zentrum besteht gerade in der vermeintlichen Bedrohung durch das Rauchen. Insofern wird man aus dieser Quelle zwar sehr viele einseitige Schreckensnachrichten zu hören bekommen, an einer ausgewogenen und objektiven Darstellung ist eine derartige Einrichtung jedoch zwangsläufig nicht interessiert.

VI.

Ob sich Rauchen als Sucht oder Abhängigkeit definieren läßt, hängt voll und ganz von der jeweils gewählten Definition ab. Eine streng wissenschaftliche Abgrenzung läßt das Rauchen ganz klar außen vor, während allgemeiner angelegte Definitionen eine solche Vielzahl von Substanzen und Aktivitäten mit einschließen, daß der Begriff „Sucht“ an sich schon wieder

¹¹⁶ Bate, Roger: *Time for Congress to Investigate WHO*. (<http://www2.techcentralstation.com/1051/printer.jsp?CID=1051-100704J>). Stand: 7.10.2004. Download am 18.10.2004.

sinnlos wird. Der Versuch, Rauchen als Sucht darzustellen, spielt sich jedoch nicht in einem unbeeinflussten wissenschaftlichen Rahmen ab, sondern hat kaum von der Hand zu weisende weitere Gesichtspunkte, die mit den pharmakologischen Eigenschaften von Tabak nichts zu tun haben. Ob für Raucher, für die beteiligten Wirtschaftsunternehmen oder für staatliche Stellen ist es manchmal nur zu angenehm, von einem süchtigen Raucher auszugehen. Auch die ständige Forderung nach einem „Normalfall Nichtrauchen“ wäre nur noch halb so gut zu begründen, müßte man auf das Sucht-Argument verzichten. Doch ist damit den betroffenen Menschen wirklich gedient, selbst wenn man sich wünscht, sie mögen alle ihre letzte Zigarette ausdrücken? Die ständige Wiederholung der Behauptung, daß Rauchen süchtig mache und das Aufhören unsagbar schwer sei, wird schnell zu einer Prophezeiung, die sich selbst erfüllt:

„Es kann auch sein, daß die Geschichten, die über die Agonie der Enthaltbarkeit herumgehen, für die Öffentlichkeit als eine sich selbst erfüllende Prophezeiung dienen: Raucher erwarten, daß es schmerzhaft ist, und daher ist es das auch. Viele geben ihre Versuche, die Angewohnheit abzulegen, bei dem ersten Zeichen von Unannehmlichkeit auf, erwarten größeren Schmerz, der in Wirklichkeit gar nicht kommt.“¹¹⁷

Ist es da nicht kontraproduktiv, Rauchern ihre vermeintliche Sucht gebetsmühlenartig zu unterstellen? 1947 stellte Lindesmith eine Definition von Opiat-Abhängigkeit auf, die auch exakt das Bewußtsein einer Sucht umfaßte. Wo der Betroffene keine Beziehung herstellte zwischen Entzugssymptomen und dem Grund für diese, konnte seiner Meinung nach auch keine Sucht vorliegen.¹¹⁸ Erschafft man sich also nicht quasi selbst eine Sucht, wenn man den Rauchern immer wieder eine angebliche Abhängigkeit einhämmert? Jeffrey Schaler schreibt:

„Je mehr Menschen an ihre Fähigkeit glauben, ihren Konsum von Drogen und Alkohol zu zügeln, desto wahrscheinlicher wird es, daß sie dies auch tun. Das Gegenteil ist ebenfalls wahr: Je mehr Menschen an ihre Unfähigkeit glauben, ihren Konsum von Drogen und Alkohol zu zügeln, desto wahrscheinlicher wird es, daß sie es nicht tun.“¹¹⁹

„Für viele Menschen ist es einfach, [mit dem Rauchen aufzuhören]; für die meisten ist es irgendwo zwischen einfach und schwierig; und nur für eine Minderheit ist es wirklich

¹¹⁷ Pertschuk, M.J./O.F. Pomerleau/D. Adkins/C. Hirsh: *Smoking Cessation: The Psychological Costs*. In: *Addictive Behaviors* 4 (1979) 4. S. 347. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

¹¹⁸ Lindesmith, A.: *Opiate addiction*. Evanston, Illinois, 1947.

¹¹⁹ Schaler, Jeffrey A.: *Addiction is a Choice*. Chicago und LaSalle, 2000. S. 37. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

schwierig.“¹²⁰ Dieses Zitat stammt aus dem Jahr 1979. Wenn sich daran seither etwas geändert hat, liegt dies an einer konstanten Propaganda, nicht jedoch an den grundlegenden Eigenschaften des Tabaks. Besinnen wir uns doch einfach auf unseren gesunden Menschenverstand: Seit Jahrhunderten ist Rauchen eine beliebte Angewohnheit. Seit Generationen entscheiden sich Menschen für oder an irgendeinem Punkt ihres Lebens bewußt gegen das Rauchen. Die einen zünden sich bei jeder Gelegenheit eine Zigarette an, die anderen nur in bestimmten Situationen. Rauchen kann zu einer Angewohnheit werden, sogar zu einer Gewohnheit, die man schwer wieder ablegt – aber irgendeinen zwingenden Grund zu rauchen, der außerhalb unserer freien Entscheidung liegt, gibt es sicherlich nicht.

Selbst wenn wir Rauchen als eine Tätigkeit anerkennen, von der man schwer wieder loskommt, rechtfertigt dies noch kein Eingreifen eines demokratischen Rechtsstaats. Und dies ist keine ketzerische These, sondern ein Zitat des amerikanischen *Congressional Research Service*, eines Forschungsdienstes des amerikanischen Parlaments:

„[...] Nur weil Menschen sich auf ein Verhalten einlassen, an dem Gewohnheitsbildung oder Sucht beteiligt sind, bedeutet das nicht, daß sie einen Fehler machen, solange der Einzelne sowohl die Schwierigkeiten wie auch die mögliche Notwendigkeit einer Verhaltensänderung in der Zukunft erkennt. Menschen treffen viele Entscheidungen, die schwer zu ändern sind (und von denen sie wahrscheinlich wissen, daß sie schwer zu ändern sind) – Heirat, Job, der Kauf eines Eigenheims [...] – ohne daß diese Entscheidungen als schlechte Entscheidungen gesehen werden oder als angemessene Ziele für ein Eingreifen der Regierung.“¹²¹

Meist ist es der einfache gesunde Menschenverstand, der uns dabei hilft, die Dinge wieder in der richtigen Relation zu sehen:

„Suchen Sie einfach eine ehrliche Antwort auf die Frage, wie viele Menschen wohl an Bord eines Flugzeugs gehen würden, dessen Pilot gerade eine süchtigmachende Droge (Alkohol, Heroin, Kokain, Barbiturate) zu sich genommen hat, im Gegensatz zu einem Piloten, der einfach eine Tasse Kaffee getrunken und eine Zigarette geraucht hat.“¹²²

¹²⁰ Horn, D.: *Psychological Analysis of Establishment and Maintenance of the Smoking Habit*. In: Krasnegor, N.A. (Hrsg.): *Cigarette Smoking as a Dependence Process. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 23*. Washington, D.C., 1979. S. 25. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

¹²¹ Gravelle, Jane G./Dennis Zimmerman: *CRS Report for Congress. Cigarette Taxes to Fund Health Care Reform: An Economic Analysis*. Washington, D.C., 1994. S. 19. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.

¹²² Robinson, John H./Walter S. Pritchard: *The role of nicotine in tobacco use*. In: *Psychopharmacology 108* (1992). S. 405. Eigene Übersetzung aus dem Englischen.