

Vom Laster zur Modellsucht. Einige Anmerkungen zur Karriere des Tabakproblems

Henning Schmidt-Semisch

Ronald L. Akers (1991: 778) hat in seinem Artikel „Addiction: The troublesome Concept“ die These vertreten, dass es sich bei der „Sucht“ vor allem um ein stigmatisierendes Etikett handle, das ausgesprochen geeignet sei, „to be applied to any hard-to-stop undesirable habit, especially if the person applying the term wants to show how serious the problem is.“ Denn, so Akers weiter, alles was Sucht erzeugend sei, sei böse; was keine Sucht erzeuge, sei hingegen wahrscheinlich auch nicht so schlimm: „A tobacco-smoking habit is bad enough, but it is even worse when one thinks of it as an addiction.“ Zugleich bedeute diese Label, „that the person is suffering from an illness caused by the chemical action of the drug on the physiological process of the body. Addicts are seen as under the sinister control of a disease over which they have no control, for which they are not responsible, and should not be condemned. They need treatment to be cured of the disease“.

Nach Akers ist Sucht also eine spezifische Form der Problematisierung, die auf die Ernsthaftigkeit des vermeintlichen Problems verweist, dieses auf spezifische Weise rahmt und damit zugleich bestimmte Interventionsformen nahe legt. So gesehen könnte man die in den vergangenen Jahren sich mehrende Rede von der *Nikotinsucht* durchaus als Produkt der durch kollektive Akteure betriebenen, erfolgreichen Durchsetzung eines neuen „Problemmusters“ (Schetsche 2000) betrachten, denn als Folge neuer wissenschaftlicher oder gar objektiver Erkenntnisse. Ich werde mich daher in diesem Beitrag nicht mit der Frage beschäftigen, ob es Nikotinsucht wirklich gibt oder wie sie richtig zu definieren wäre¹, sondern mich darauf beschränken, den Prozess ihrer Problematisierung nachzuzeichnen: In einem ersten Schritt (I.) gehe ich zunächst kurz auf die Entwicklung jener Problemmuster ein, die in den vergangenen ca. 500 Jahren (bis zu den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts) die Debatten über den Tabak bestimmten. In einem zweiten Schritt (II.) zeichne ich sodann nach, wie sich seit den 50er Jahren zunächst ein Gefährlichkeitsdiskurs entwickelt, der gegen Ende der 80er Jahre durch das Problemmuster der Sucht komplementiert wird. Abschließend (III.) werde ich einige Überlegungen dazu anstellen, warum dieses Problemmuster der Nikotinsucht so „erfolgreich“ durchgesetzt werden konnte und welche Funktionen sich möglicherweise damit verbinden .

I.

Die europäische Karriere des Tabaks beginnt – wie die vieler anderer, heutiger Rausch- und Genussmittel – zunächst einigermaßen „unproblematisch“ als Heilmittel: Im 16. Jahrhundert findet er Anwendung bei Flechten, Krätze und anderen Hauterkrankungen, bei Kopfschmerzen, bei Magenproblemen und Leberbeschwerden, bei Asthma, Seitenstechen und Schwindsucht, zur Entschleimung von Lunge, Herz und Leber und schließlich als allgemeines Desinfektionsmittel gegen die Pest.² Bereits mit Beginn des 17. Jahrhunderts entwickelte sich aller-

¹ Vgl. zu dieser Auseinandersetzung um die Nikotinsucht ausführlich z.B. Opitz 2000; Batra 2000; Schoberberger/Kunze 1999; sowie die detaillierte kritische Studie von Frenk/Dar 2000 und deren Rezeption in: Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004; Kolte/Schmidt-Semisch 2003; Kolte 2002. Zur allgemeinen Problematisierung und Diskussion des Suchtbegriffs vgl. z.B. Degkwitz 2002; Peele 1998; Schmidt-Semisch 1997; Luik 1996; Scheerer 1995; Herwig-Lempp 1994; Peele/Brodsky 1992; Akers 1991.

² Zugleich bediente man sich seiner aber auch zur Auffrischung der Sinne, zur Kräftigung des Geistes, zur Konzentration der Gedanken sowie zur allgemeinen Aktivierung des Körpers. Kein Wunder also, dass der Tabak am Ende des 16. Jahrhunderts als Universalheilmittel galt, das keineswegs nur rauchend konsumiert wurde, sondern

dings um den Tabak herum eine erste regelrechte Drogenkrise: Zu dieser Zeit nämlich wurde sein Gebrauch zu Genusszwecken immer populärer und blieb – anderes als der Gebrauch mancher anderer Genussmittel und Luxusgegenstände – nicht auf eine kleine Oberschicht beschränkt. Vielmehr war seine Verbreitung sowohl in geographischer als auch sozialer und demographischer Hinsicht recht umfassend, wozu vor allem „Seeleute, Kaufleute und Händler sowie besonders die Soldateska des ausgehenden 16. Jahrhunderts, am nachhaltigsten jene des Dreißigjährigen Krieges“ (Hengartner 1996: 116), beitrugen.

Mit dieser Verbreitung seines Genussgebrauchs wuchs auch die Zahl derer, die dem Tabak nichts abgewinnen konnten oder ihn gar zutiefst verabscheuten. Neben moralischen und religiösen Anfeindungen beklagte man zu jener Zeit in merkantilistischer Manier vor allem den erheblichen Geldabfluss in fremde und feindliche Länder (etwa aus England oder Deutschland nach Spanien oder Portugal).³ Die staatlichen Steuerungsmaßnahmen, die den Konsum des Tabaks eindämmen oder verhindern sollten, reichten dabei von immensen Zöllen (etwa in England) über die rechtliche Beschränkung des legalen Gebrauchs auf medizinische Zwecke (etwa in Kursachsen, Bayern und vielen kleineren Fürstentümern) bis hin zur Totalprohibition (z.B. in der Türkei und in Russland). Die Strafen, die auf Besitz, Handel oder Gebrauch von Tabak standen, waren die damals gebräuchlichen: Von Land zu Land verschieden, wurde man mit Arrest, Zwangsarbeit, Geld- und Prügelstrafe, Einbrennen von Zeichen, Aufreißen der Lippen und der Nase oder mit der Todesstrafe bestraft.

Meistens endeten die verschiedenen Prohibitionen der damaligen Zeit, wenn die jeweiligen Herrscher erkannten, dass sich aus dem Tabakhandel große Summen für den Staatshaushalt ziehen ließen, und an die Stelle der Verbote traten überall Reglementierungen, die diese Einkünfte garantieren sollten. Der Prohibition folgte die Steuerpolitik.

Nachdem in weiten Teilen Europas auf diese Weise der Tabakhandel privat organisiert und schließlich staatlich protegiert wurde, verstummte die religiös, politisch und ökonomisch motivierte Kritik am Rauchen weitgehend (vgl. auch Hengartner/Merki 1993: 382). Stattdessen problematisierte man von nun an vor allem zwei Aspekte: Gesundheitsschädlichkeit und Geruchsbelästigung. Dabei wurde die Gesundheitsschädlichkeit des Tabakkonsums zwar recht früh (bereits im 17. und 18. Jahrhundert) von Medizinern thematisiert, in seiner Verbreitung blieb dieses Problemmuster allerdings bis ins 20. Jahrhundert hinein nahezu vollständig auf Gelehrtenkreise beschränkt und hatte praktisch keine Auswirkungen auf das Bewusstsein und damit den alltäglichen Konsum breiter Bevölkerungsschichten.

Weitaus mehr Beachtung – und zwar bereits seit dem 17. Jahrhundert – erhielt die Geruchsbelästigung durch den Tabakrauch, die im 19. Jahrhundert systematischen Eingang in die Benimm- und Anstandsbücher der damaligen Zeit fand: Sie untersagten das Rauchen in bestimmten Situationen, etwa im Beisein höher gestellter Personen, vor allem aber auch in der Gegenwart von Damen (für die das Rauchen im übrigen ohnehin als unschicklich galt), legten das Ausspülen des Mundes und das Lüften der Räumlichkeiten vor dem Empfang von Besuch nahe oder kritisierten das Verschicken von nach Tabakrauch riechenden Briefen. Auch begann sich zu jener Zeit die räumliche Abtrennung der Raucher herauszubilden: Beispiele hierfür sind etwa die so genannten Rauchzimmer oder die in den 60er und 70er Jahren des 19. Jahrhunderts eingerichteten Raucherabteile in den Eisenbahnen, in denen die Raucher ihrem Laster frönen konnten.

auch als wesentlicher Bestandteil von Extrakten, Salben, Tinkturen, Aufgüssen und Pulvern (vgl. ausführlicher Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004: 15ff.; Dieterich 1998: 12f.; Sandgruber 1986: 166ff.; sehr illustrativ ist in diesem Zusammenhang auch die Lektüre älterer Werke, etwa Oppel 1890; Hartwich 1911; Corti 1930).

³ Vgl. etwa Dieterich 1998: 15f.; Austin 1996: 57.; Hengartner/Merki 1993: 379; Precht/Baumgartner 1993: 16ff.; Hess 1987: 21ff.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam es dann in verschiedenen europäischen Ländern zur Gründung von Anti-Tabak-Vereinigungen⁴, deren Bestrebungen allerdings in der wissenschaftlichen Literatur der damaligen Zeit belächelt und deren Rolle als „mehr oder wenig traurig“ (Corti 1930: 300) angesehen wurde.⁵ Etwas wirkmächtiger waren hingegen die us-amerikanischen Tabakgegner, die sich vor allem aus jenen protestantisch-fundamentalistischen Gruppierungen zusammensetzten, die auch beim Verbot von Alkohol und Opium eine wichtige Rolle gespielt hatten und die ganz in der Tradition der puritanischen Lustverneinung einen moralischen Kreuzzug „gegen moderne verdorbene Sitten aller Art, gegen Boxkämpfe, Glücksspiele, öffentliche Tanzveranstaltungen, Jazz, gegen das Trinken von Alkohol“ (Hess 1987:50) und schließlich gegen den Tabakgenuss in jeder Form führten. Zwar war auch diesen Anti-Tabakkampagnen nicht jener Erfolg beschieden, den die Anti-Alkohol-Bewegung mit der Prohibition von 1919-1933 verzeichnen konnte, gleichwohl aber führten sie in einigen Bundesstaaten zu Gesetzen, die das Rauchen in der Öffentlichkeit und den Verkauf von Zigaretten völlig verboten. Diese Prohibitionen zeigten allerdings kaum den gewünschten Effekt und blieben daher auch (abgesehen von einigen Jugendschutzbestimmungen) nur kurze Zeit in Kraft (1927 wurde das letzte abgeschafft).

Bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, so kann man die skizzierte Entwicklung zusammenfassen, gab es zwar immer Gegner des Tabaks und des Rauchens, ihre Problematisierungen, vor allem aber freilich ihre Aktivitäten und Erfolge und damit ihre Reichweite waren allerdings räumlich und zeitlich äußerst begrenzt. In Bezug auf die Gesundheitsgefahren war wohl eine Argumentation leitend, die insbesondere vor dem Exzess warnte. So schreibt etwa Louis Lewin 1927, dass es zwar keine Organfunktion gebe, die nicht durch „unmäßiges Rauchen“ leiden könne, und dass „das Tabakrauchen Jugendlicher eine körperstörende Gefahr“ sei, hält aber den „vernünftigen Tabakgenuss“ nicht (wie etwa ungünstige Arbeitsbedingungen) für „lebenszeitverkürzend“ (Lewin 1980: 405-410). Diese Haltung zum Tabak war wohl vor allem insoweit berechtigt, als man in jener Zeit tatsächlich weniger rauchte und z.B. – schon auf Grund des damals verwandten Tabaks – nicht inhalierte. Aber auch als sich der Tabakrauch durch den Erfindungsgeist der Industrie änderte und inhalierbar wurde⁶, hielt man das Rauchen weiterhin und in erster Linie für ein *Laster*, das nicht sonderlich schädlich war und dessen man sich auch nicht zu schämen brauchte.

II.

Diese Sicht auf den Tabak und das Rauchen änderte sich grundlegend, als seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts die medizinischen Untersuchungen durch neue Forschungsmethoden ergänzt wurden: Nun führte man Reihenuntersuchungen an großen Mengen von Probanden durch, stellte statistische Vergleiche zwischen Rauchern und Nicht-Rauchern an und erkannte

⁴ Eine Liste dieser Vereinigungen findet sich etwa bei Hofstätter 1924: 162ff.

⁵ Eine, wenn auch einigermaßen ambivalente Anti-Tabakpolitik wurde wenige Jahre später auch von den Nationalsozialisten betrieben: Einerseits erhoben sie das Nichtrauchen zur nationalsozialistischen Pflicht, andererseits lieferten sie aber Millionen von Zigaretten an die Fronten ihrer „Maschinenkriege“. Kurt Pohlisch zufolge verlor in dieser Zeit der Genusskomplex des Rauchens generell an Bedeutung, während die pharmakologischen Wirkungen des Tabaks und vor allem auch die sozialpsychologischen Funktionen des Rauchens in den Vordergrund traten. „Zugespitzt könnte man also sagen: So wie am Ende des Nationalsozialismus nicht die propagierte Volksgemeinschaft, sondern die Atomisierung der Gesellschaft stand, so hinterließen die Nazis nicht die von ihnen herbeigesehnte tabaklose, sondern eine mehr denn je auf den Tabak angewiesene, um nicht zu sagen: von ihm abhängige Gesellschaft (...) Wer in dieser Zeit, zumal als Mann und in der Armee, die letzte Periode seiner Sozialisation erlebte, fand im Tabak mit hoher Wahrscheinlichkeit einen ständigen Begleiter“ (Merki 1998: 38; vgl. auch Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004: 49ff. sowie Proctor 199: 170ff.).

⁶ Vgl. hierzu ausführlicher Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004: 45 sowie Precht/Baumgartner 1998: 52ff.

anhand weit zurück reichender Langzeituntersuchungen signifikante Korrelationen zwischen dem Zigarettenrauchen und Krankheiten wie Lungenkrebs bzw. zwischen dem im Tabak enthaltenen Teer und Krebserkrankungen im Allgemeinen.⁷ Folgenreich war in diesem Zusammenhang „der berühmte Report des amerikanischen Surgeon General Luther Terry, der 1964 den Zusammenhang zwischen Rauchen und Krebs offiziell anerkannte und ihm politische Macht verlieh“ (Knoblauch 1994: 252). Dieser Zusammenhang zwischen Rauchen und bestimmten Gesundheitsrisiken wurde seit Erscheinen dieses Werkes in unzähligen Untersuchungen bestätigt, von den Massenmedien begierig aufgenommen und hat die Debatte über den Tabak bzw. das Rauchen in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhundert im Sinne eines *Gefährlichkeitsdiskurses* dominiert⁸: Der Tabak wurde zu einer mit medizinisch-epidemiologischen Argumenten bekämpften, schädlichen Substanz, deren Konsum nun als gesundheitsgefährdend galt und den man als unvernünftig ansah.

Allerdings hatte das bloße Wissen um die Schädlichkeit des Rauchen, das seit den 60er Jahre verbreitet wurde, nur sehr geringe Auswirkungen auf den Zigarettenkonsum: Die mit viel Macht und Geld propagierte medizinische Kritik konnte diese Entwicklung nicht aufhalten. Schon nach der Veröffentlichung z.B. des ersten Berichts des englischen Royal College of Physicians im Jahre 1962 sank zwar der Konsum kurzzeitig ab, kletterte dann aber wieder schnell auf die alte Höhe. Das gleiche geschah zwei Jahre später nach dem Erscheinen des – bereits erwähnten – Terry-Report (vgl. Brecher 1972: 234).

Dieses Scheitern der (auch in den folgenden Jahren) umfangreichen Aufklärungsversuche führte allerdings, so Knoblauch (1994: 252ff.), in den USA und insbesondere in Kalifornien zur Entstehung einer neuen Nichtraucherbewegung, die sich seit Beginn der 80er Jahre zunehmend auch aus Regierungsbeamten, Vertretern staatlicher Gesundheitsorganisationen, akademischen Public Health-Forschern, ‚moralischen Führern‘ von Nichtraucherorganisationen und (liberalen) Politikern zusammensetzte: „Vor allen Dingen die Public Health-Experten entwickelten eine Politik, die sich mit großen Krankenhausketten und den staatlichen Gesundheitsverwaltungen zu einem ‚epidemiologisch-ökonomischen Präventionskomplex‘ verbünden ließ: sie etablierten sich in der staatlichen Gesundheitsbürokratie, in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bildeten eigene Institutionen nach Art des Non-Profit Managements (...) Die Ausbildung von Social Movement Organizations wurde begleitet von einem Trend zu Professionalisierung.“ Deshalb seien diese Organisationen immer weniger von ihren Mitgliedern abhängig gewesen und hätten ihre Gelder zunehmend aus anderen Quellen, insbesondere Stiftungen, Regierungen u.ä. erschlossen. Gleichzeitig wurden sie „mehr und mehr von Pro-

⁷ Es soll an dieser Stelle zumindest erwähnt werden, dass der Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs schon viele Jahre zuvor von deutschen Wissenschaftlern im Dritten Reich konstatiert, diese Erkenntnis aber nach Ende des Krieges bewusst aus dem Diskurs ausgeklammert wurde. Robert Proctor (1999: 172), der sich ausgiebig mit der Krebsbekämpfung und –forschung im Dritten Reich befasst hat, bemerkt hierzu: „Popular memory of Nazi tobacco temperance may well have handicapped the post war German antitobacco movement, though this would have to be explored as a topic in its own right. It does seem to have shaped how we regard the history of the science involved: the myth that English and American scientists were first to show that smoking causes lung cancer (...) was a convenient one – both for scholars in the victorious nations and for Germans trying to forget the immediate past.“

⁸ Die meisten Autoren der vergangenen Jahre gehen davon aus, dass Raucher ein verdoppeltes, starke Raucher gar ein vervierfaches (allgemeines) Krebsrisiko gegenüber Nichtrauchern aufweisen. Besonders erhöht sei dabei das Lungenkrebs-Risiko, aber auch das Risiko, etwa an Blasen-, Bauchspeicheldrüsen-, Speiseröhren- oder Harnwegskrebs zu erkranken. Zudem riskierten Rauchende in erhöhtem Maße auch andere Lungenerkrankungen (v.a. Lungenemphysem, Husten, Minderung der Lungenfunktion), Herz-Kreislaufkrankungen (etwa Arteriosklerose, akute Gefäßverschlüsse), Schwangerschaftskomplikationen (z.B. vermindertes Geburtsgewicht, erhöhte Mortalität von Fetus und Neugeborenen) sowie eine allgemeine Schwächung des Immunsystems (vgl. ausführlicher Adlkofer 2000: 47ff.).

fessionellen besetzt, die durch den geschickten Einsatz von Massenmedien den Eindruck erwecken, für eine breite Öffentlichkeit zu sprechen“ (Knoblauch 1994: 255f.). Zudem, so Knoblauch weiter, hätten sich im Laufe der 80er Jahre die Themen bzw. Problemmuster der amerikanischen Nichtraucherbewegung verschoben: Nachdem der Surgeon General Koop 1986 das Passivrauchen offiziell als gesundheitsschädlich bezeichnet und „A Smoke-Free Society by the Year 2000“ ausgerufen hatte, publizierte er dann 1988 die Schrift „Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General“, die zu dem Ergebnis kommt: „The central conclusion of this report is that cigarette smoking should be understood as a manifestation of nicotine addiction, and that the extent to which smokers are addicted to nicotine is comparable with addiction to ‘hard’ drugs such as heroin and cocaine.“ Diese Parallelisierung zwischen Heroin, Kokain und Nikotin wird in dem Bericht so weit getrieben, dass das Tabakrauchen vollständig auf die Nikotinaufnahme reduziert wird: „Nicotine is an addictive drug, and the primary purpose of smoking tobacco is to deliver a dose of nicotine rapidly to receptors in the brain. This generates a pleasurable sensation of the smoker, which, with repeated experience, rapidly consolidates into physiological and psychological addiction reinforced by pronounced withdrawal symptoms“ (US-Department 1988: 183).

Ergänzt wurde dieser Report des Surgeon General durch „Guidelines“ des US Departments of Health and Human Services (1989) hinsichtlich der „Media Strategies for Smoking Control“, die unter anderem Anregungen zu einer „creative epidemiology“ sowie Argumentationsrahmen der unterschiedlichsten Art lieferten. Dabei seien, so Knoblauch (1994: 263), die Argumente weniger an Wahrheitsansprüchen, sondern vielmehr an den Gegenargumenten orientiert gewesen, denen sie begegnen sollten. Zugleich wurde „darauf geachtet, dass die Rhetorik der Nichtraucherbewegung explizit den Rahmen ‚Raucher‘ versus ‚Nichtraucher‘ vermeidet. Dies und die rhetorisch konstruierte Konfliktlinie zur Tabakindustrie erlaubte zudem ein ‚Frame-Bridging‘ für Raucher, die nun als Opfer der Werbung und als Süchtige ‚entschuldigt‘ sind.“ Die neue Problematisierung des Rauchens als Sucht, so Knoblauch weiter, attackierte also nicht mehr die Raucher, sondern „zum mittlerweile als selbstverständlich angesehenen Schutz der Nichtraucher vor der ebenso unbestrittenen Luftverpestung durch Rauchen richten sich die Angriffe nun hauptsächlich gegen die Tabakindustrie, die als ohnehin öffentlich wenig beliebt gilt. Vorherrschend ist ein Public Health-Rahmen, der den Schutz der Volksgesundheit betont und das Nichtrauchen als Teil des selbstverständlichen Rechts auf gesunde Umwelt ansieht.“

Es sind genau diese Argumentationsmuster, die parallel auch die (nun *globalen*) Aktivitäten und Publikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hinsichtlich des Tabaks bestimmen sollten. Die WHO hatte sich überhaupt erst seit den 70er Jahren in nennenswertem Ausmaß mit dem Tabak befasst, und hier 1971 vor allem gefordert, „to reduce tobacco smoking and to prevent the extension of the habit, with special attention to young people and pregnant women“ (WHA 24.48). Die WHO erhob diese Forderung seinerzeit nicht nur nicht unter dem Stichwort der Sucht, sondern jene WHO Expertengruppe, die sich seit den späten 40er Jahren mit so genannten „abhängig machenden Drogen“ befasste, sortierte den Tabak (1974 in ihrem 20. Report) explizit aus dieser Kategorie aus, weil seine psychoaktive Wirkung im Vergleich zu den anderen Drogen als zu gering erachtet wurde (WHO TRS 551: 15f.). Selbst bei extrem hoher Dosierung sei die Wirkung des Tabaks nicht mit der anderer Drogen vergleichbar. Diese Auffassung sollte bis Mitte der 80er Jahre in allen WHO-Publikationen wörtlich übernommen werden.

Im gleichen Jahr (1986), in dem der us-amerikanische Surgeon General Everett Koop in seinem Report über die Gefahren des Passivrauchens „A Smoke-Free Society by the Year 2000“ ausruft, bezeichnet die WHO den Tabak allerdings dann das erste Mal als addictive und fordert ihren Generalsekretär auf, dafür zu sorgen, dass die WHO eine führende globale Rolle im Kampf gegen das Rauchen übernehme. Diese Forderung ist möglicherweise der Grund, wa-

rum die WHA überhaupt auf den Begriff addiction zurückgreift, denn eigentlich hatte die WHO seit 1964 ganz allgemein auf den Begriff der Sucht verzichtet und ihn durch drug dependence ersetzt. Nun taucht er im Zusammenhang mit Tabak wieder auf, in einem Kontext zumal, in dem die WHA erstmalig die jährlichen Todesopfer durch Tabak beziffert, und zwar auf 1 Million (WHA 39.14).

Eine ähnliche zeitliche Nähe besteht zwischen jenem 1988 publizierten Report des Surgeon General, in dem Nikotin mit Heroin und Kokain gleichgestellt wird, und der Veröffentlichung eines ebenfalls 1988 publizierten Berichts einer WHO-Study-Group zum Thema Smokeless Tobacco Control (WHO TRS 773). In diesem Bericht wird die von Surgeon General Koop vorgenommene Reduzierung des Tabakrauchens auf die Nikotinaufnahme noch einmal zuge-spitzt, indem nun auch das Kauen und Schnupfen von Tabak auf die vermeintliche Suchtpoten-z des Nikotins reduziert werden. Die Autoren des Berichts warnen nun vor der Strategie der Tabakproduzenten, vermehrt „smokeless tobacco“ auf den Markt zu bringen, denn diese Tabakprodukte seien nicht harmlos, sondern bewirkten im Gegenteil sogar einen höheren Blutnikotinspiegel als Zigaretten und machten daher auch mindestens genauso abhängig.⁹ Auch in den Äußerungen der WHO wird nun deutlich die Konfrontation mit der Tabakindustrie in Szene gesetzt.

1989 wird dann auf einer WHO-Konferenz beschlossen, dass Tabak ab der 10. Revision der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) auch in die Liste der „Abhängigkeit produzierenden Drogen“ aufgenommen wird. Dies ist zumindest insofern bemerkenswert, da er bis zu diesem Zeitpunkt ja vor allem deshalb nicht in die Liste der dependence-producing drugs aufgenommen worden war, weil sein psychoaktives Wirkungsprofil als zu schwach bzw. als nicht vorhanden galt. Diesen Widerspruch erkannte freilich auch das Expert Committee on Drug Dependence (WHO TRS 836: 6f.): „It should be noted that, although the dependence-producing properties and public health problems caused by tobacco were recognized at the time of the twentieth meeting, they were not included in the report since its acute effects on behaviour were minimal.“ Gleichwohl wird der Tabak nun in pragmatischer Manier zur dependence-producing drug definiert, weil, „at its present meeting, the Committee *felt* that the evidence for the dependence-producing properties of nicotine and the severe health consequences of tobacco and other forms of nicotine use warranted their inclusion in its report“ (Hervorhebung durch d.A.).

Im offiziellen Sprachgebrauch der WHO und der ICD (sowie der Ärzte und Therapeuten, die sie benutzen) ist der Tabak aufgrund des Beschlusses von 1989 (in Kraft dann ab dem 1.1.1993) also zu einer sowohl dependence-producing als auch psychoactive drug geworden. Und interessant ist in diesem Zusammenhang einmal mehr, dass die WHA die jährlichen To-

⁹ „The Study Group expressed alarm at the well financed, highly sophisticated marketing programmes that transnational tobacco manufactures have recently initiated in order to promote smokeless tobacco worldwide. It was the Group’s opinion that, if countries did not act now, tens of millions of children would become dependent on nicotine and the progress made in controlling the smoking epidemic would be nullified by the diseases caused by smokeless tobacco. After reviewing the evidence, the Group considered that governments had a unique historical opportunity to prevent this from occurring. Countries with a history of smokeless tobacco use were urged immediately to institute aggressive regulatory and educational programmes to combat it, while those with no recent history of such use were urged to ban the introduction of the various products or any other new form of tobacco in order to prevent the spread of the smokeless tobacco epidemic. The Group noted that nicotine products containing little or no tobacco were being developed and urged all countries to control them strictly. (...) There was ample evidence that the blood nicotine levels of smokeless tobacco users were as high as or even higher than those found in many cigarette smokers. Its continued use therefore, did cause addiction and dependence in humans“ (WHO TRS 773: 5-6).

desopfer durch Tabak nun 1989 auf 2 Millionen beziffert (WHA 42.19), um diese Zahl bereits 1990 noch einmal auf 3 Millionen zu erhöhen (WHA 43.16).

1995 bekräftigt die WHA noch einmal ihren Willen, die globale Rolle der WHO im Anti-Tabak-Kampf zu festigen, und regt eine internationale Konvention an. 1998 wird die *Tobacco Free Initiative* (TFI) ins Leben gerufen. Ihr erklärtes Ziel – in Anlehnung an den Surgeon General Everett Koop – ist: A Tobacco Free World. Im Jahre 1999 beschließt die WHO die Erarbeitung einer *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) und erhöht ihre Schätzung der jährlichen Todesopfer durch Tabak auf 3,5 Millionen (WHA 52.18). 2002 beziffert sie die Zahl auf mehr als 4 Millionen und gibt sie 2004 schließlich mit 4,9 Millionen an (WHO 2004). Für 2020 schätzt die WHO jährlich 8,4 Millionen und für 2030 jährlich 10 Millionen vorzeitige Todesfälle aufgrund von Tabakkonsum.

In diesen Anti-Tabak-Kampagnen und auch den sonstigen Tabak bezogenen Publikationen der WHO ist die Nikotinsucht nun jedenfalls ein fester Bestandteil, der zusammen mit dem Verweis auf die enorme Schädlichkeit des Rauchens sowie des Passivrauchens stets zur Begründung der unterschiedlichen WHO-Forderungen angeführt wird. Besonders deutlich wird dies auch in der bereits angesprochenen *Framework Convention on Tobacco Control* (WHA 56.1), die im Mai 2003 verabschiedet wurde und mit der sich die Unterzeichnerstaaten dazu verpflichten, „to reduce continually and substantially the prevalence of tobacco use and exposure to tobacco smoke“ (Art. 3). Weil „every person should be informed of the health consequences, addictive nature and mortal threat posed by tobacco consumption“ (Art. 4), sollen im gesamten Gesundheits- und Erziehungssystem „programms aimed at promoting the cessation of tobacco use“ etabliert werden, die geeignet sind „for diagnosing, counselling, preventing and treating tobacco dependence“ (Art 14). Der grundsätzliche Wandel im tabakpolitischen Diskurs und vor allem im Umgang mit Rauchern wird unmittelbar deutlich: Hatte man bis vor einigen Jahren noch davon gesprochen, dass das Rauchen die körperliche Verfassung des Rauchers schädige und ihn auf Dauer krank mache, so ist heute der Raucher zum Suchtkranken und das Rauchen selbst zur Krankheit geworden, die diagnostiziert, behandelt und der vorgebeugt werden muss.

Um den Feldzug der WHO gegen die Nikotinsucht zu unterstützen, ist es gemäß der FCTC weiterhin geboten, dem Feind Nr.1, der Tabakindustrie und ihren Distributeuren das Leben schwer zu machen, d.h. alle Formen der Werbung zu verbieten (Art. 13), die Steuern herauf zu setzen und die Strafen für illegalen Zigarettenhandel zu erhöhen, den Verkauf von Tabakprodukten in Duty-Free-Shops zu untersagen (Art. 6), Tabakverpackungen mit Warnhinweisen und abschreckenden Bildern (Art. 11) zu versehen, den Verkauf „of tobacco products in any manner by which they are directly accessible, such as store shelves“ zu untersagen und schließlich hohe Strafen für Verkäufer, die gegen diese Auflagen verstoßen, vorzusehen. Um alle diese Maßnahmen durchzusetzen, „the Parties shall consider taking legislative action or promoting their existing laws, where necessary, to deal with criminal und civil liability, including compensation where appropriate“ (Art. 19; Hervorhebung durch d.A.). Etwas deutlicher hatte die WHO diese Forderung bereits in einer die FCTC ankündigenden Presse-Erklärung vom 26.4.1999 gestellt: „Cigarettes should be regulated like other Drugs“. Und auch das WHO Regionalbüro Europa wurde bereits 1997 in dieser Hinsicht deutlich: „Tobacco products should be classified as the drugs they are. Tobacco products deliver regulated doses of the addictive drug nicotine. The control of tobacco is increasingly coming within the jurisdiction of drug regulation agencies“ (WHO Europe, Press background 11, 12 May 1997: 3). Auch die Schuldigen werden in dieser Presserklärung eindeutig benannt, nämlich die Tabakindustrie, deren Vertreter von der WHO konsequent als „hazard merchants“ bezeichnet werden.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen kann man das Resümee ziehen, dass eine machtvolle Problematisierung dazu geführt hat, dass das Rauchen nun in einer ganz spezifischen

Weise, nämlich als Sucht gerahmt ist. Ein Blick gerade auch in die aktuelle deutschsprachige Forschungslandschaft zeigt, wie selbstverständlich es geworden ist, von Tabak- oder Nikotinabhängigkeit zu sprechen, Tabak (bzw. Nikotin) als „Suchtmittel“ zu bezeichnen (Heinz/Batra 2002; Haustein 2001), ihn im Kontext von „Suchtmedizin“ zu verhandeln (Uchtenhagen/Zieglgänsberger 2000), seine Wirkungen in die Agenda von „Suchtkongressen“ (vgl. Richter u.a. 2002; Zerdick 2000) aufzunehmen sowie zum Schwerpunktthema von Suchtzeitschriften (etwa Sucht 1/2003 und 6/2000; Suchtmagazin 1/2001; Suchttherapie 3/2002) zu machen. Batra/Buchkremer (2001: 57) sprechen gar von der Tabakabhängigkeit als einer Modellsucht bzw. dem optimalen Modell einer Abhängigkeitserkrankung (der sie schließlich gar mit einer Nikotinimpfung beizukommen können glauben). Und nicht zuletzt findet man seit einigen Jahren Weiterbildungsangebote unterschiedlicher Institute hinsichtlich spezieller Ausbildungen zum Nikotintherapeuten bzw. zur Nikotintherapeutin.

Warum konnte dieses Problemmuster Nikotinsucht so erfolgreich verankert werden und was sind die Funktionen bzw. Konsequenzen dieser Implementation?

III.

Michael Schetsche hat im Rahmen seiner „Grundlegung einer relativistischen Problemtheorie“ (2000: 87ff.) sieben Merkmale benannt, deren Vorhandensein über den Erfolg von Problematisierungen bzw. die erfolgreiche Durchsetzung neuer Problemmuster entscheiden: 1. Herstellung neuer Sinnzusammenhänge, 2. Kohärenz mit anerkanntem Wissen, 3. Entstehung institutioneller Handlungspraxen, 4. Adaption an verschiedene Transfermedien, 5. Vollständige Dichotomisierung von Schuld; 6. Selbstreplikative Struktur und 7. Existenz von Immunisierungsstrategien. Ich werde im Folgenden kurz erläutern, was unter den einzelnen Punkten zu verstehen ist, und im Anschluss jeweils fragen, inwieweit das Problemmuster der Nikotinsucht das entsprechende Merkmal aufweist:

1. *Herstellung neuer Sinnzusammenhänge*: Bei diesem Merkmal geht es Schetsche (2000: 89f.) nicht um die Tatsache der Neuheit einer Deutung, sondern entscheidend ist, „dass eine neue Deutung einen *neuen* Sinn zu stiften“ bzw. „eine *neuartige* Interpretation von Situationen, Ereignissen, Erfahrungen anzubieten vermag“. Zweifellos, so möchte man sagen, trifft dies auf das neue Problem- und Erklärungsmuster der Nikotinsucht zu: Für alle die, denen eine Reduzierung oder das Aufgeben ihrer Rauchgewohnheit nicht gelingt, bietet die Sucht eine Möglichkeit, die Verantwortung dafür nach außen bzw. in die Zigarette zu verlagern. „The addiction label“, so etwa Akers (1991: 778), „is also self-applied as an excuse for not successfully giving up the habit“. Sucht werde verstanden als eine Krankheit, die „caused by the chemical action of the drug (...) Addicts are seen as under the sinister control of a disease over which they have no control, for which they are not responsible, and should not be condemned“. Aber nicht nur den Individuen liefert die Sucht eine neue Erklärung ihres Scheiterns, sondern sie bietet auch jenen kollektiven Akteuren eine Interpretationsfolie, die mit Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen (einigermaßen erfolglos¹⁰) eine Reduzierung des Rauchens erreichen wollen – eine Interpretationsfolie zumal, die das Problem vergrößert und dramatisiert und damit mehr und weitreichendere Maßnahmen legitimiert sowie zugleich die Raucher entlastet und die Verantwortung nahezu vollständig bei der Tabakindustrie verortet.

2. *Kohärenz mit anerkanntem Wissen*: Eine neue Problemdeutung, so Schetsche (2000: 87), muss nicht unbedingt „richtig“, „wahrhaftig“ oder wahrscheinlich, sondern vor allem „möglich“ sein und plausibel erscheinen: „Das Merkmal der Kohärenz bezieht sich zum einen auf vom Abstraktionsniveau her übergeordnetes Wissen (Weltbilder bzw. Ideen, die allgemeine

¹⁰ Vgl. hierzu aktuell die jüngst erschienen, äußerst aufschlussreichen Ausführungen von Quensel 2004.

Aussagen über den Bereich formulieren, den das Problemwissen betrifft), zum anderen auf die Anschlussfähigkeit an bereits anerkannte Deutungsmuster (mit denen ähnliche, aber doch unterscheidbare Alltagssituationen interpretiert werden).“ Auch dieses Merkmal erfüllt die Nikotinsucht m.E. mustergültig: Im Hinblick auf illegale Drogen (diese Parallele bemühte ja z.B. Surgeon General Koop), aber auch bezüglich des Alkohols existiert eine (zumindest auf der Bewertungsebene) weitgehend konsentrierte, allgemeine Vorstellung von Sucht, an welche die Nikotinsucht einerseits anschlussfähig, von der sie aber andererseits aufgrund der erheblich geringeren psychoaktiven Wirkung des Tabaks auch unterscheidbar ist. Letzteres ist wahrscheinlich vor allem für die Akzeptanz des Deutungsmusters bei den so genannten Betroffenen wichtig, weil die mit den anderen Drogen assoziierte und in der Regel negativ bewertete Rauschwirkung entfällt.

3. *Entstehung institutioneller Handlungspraxen*: Problemmuster setzen sich nach Ansicht von Schetsche (2000: 88f.) umso erfolgreicher durch, je mehr sie an Handlungsproblemen des Alltags orientiert und also für eine Vielzahl von Subjekten relevant sind – ein Aspekt, der (nicht nur) in Deutschland bei einem Raucheranteil von knapp 30 Prozent der über 15-jährigen Bevölkerung bzw. einer absoluten Zahl von ca. 20 Millionen Rauchern und Raucherinnen sicherlich erfüllt ist. Problemwissen, so Schetsche weiter, sei zudem vor allem „dann besonders erfolgreich, wenn es die Grundlage für die Entstehung von Institutionen liefert, in denen es regelmäßig be- und verarbeitet wird. Weil durch jeden Anwendungsakt aufs neue belegt wird, dass die Interpretationen des Musters richtig sind und zu einer angemessenen sozialen Praxis führen, erhält es durch die permanente Verwendung einen hohen Grad an Gültigkeit. Es entstehen Arbeits- und Handlungsfelder (ggf. mit den entsprechenden Professionen), in denen die Wahrheit der Deutung im Alltag immer wieder überprüft werden kann.“ Auch in dieser Hinsicht ist das Problemmuster der Nikotinsucht „vorbildlich“: Neben unzähligen Raucherentwöhnungsangeboten, -kursen und -büchern sowie den bereits erwähnten spezialisierten Nikotintherapeuten gibt es mittlerweile eine ganze Armada von Wissenschaftlern, die sich als Mitglieder renommierter Sucht- oder z.B. auch Krebsforschungsinstitute dem Thema angenommen haben. Darüber hinaus wird das Suchtpotential des Tabaks seit einiger Zeit permanent sowohl von der Bundesdrogenbeauftragten als auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung thematisiert, die überdies durch die Unterstützung bzw. Durchführung zahlreicher z.B. schulischer Präventionsprojekte („Don’t start, be smart“ u.ä.) die Richtigkeit des Deutungsmusters unterstreichen (vgl. zum Erfolg dieser Projekte; Quensel 2004).

4. *Adaption an verschiedene Transfermedien*: Damit ist gemeint, dass es umso leichter fallen wird, ein Problemmuster durchzusetzen, wenn es für die Weitergabe in verschiedenen Medientypen geeignet ist. Auch wenn die Nikotinsucht anderen Süchte hier etwas nachstehen mag, weil sie z.B. in Bildern nicht so eindrucksvoll eingefangen werden kann, wie etwa ein physisch und psychisch verelendeter Junkie oder Alkoholiker, so kann sie doch möglicherweise gerade durch den Verweis auf diese medienwirksamen Süchte punkten – zumal gerade beim Problemmuster der Nikotinsucht insbesondere mit dem Dramatisierungsmittel der großen Zahl gearbeitet werden kann (vgl. auch Schetsche 1996: 87ff.; 107ff.). Da die Nikotinsucht überdies regelhaft zusammen mit den Gesundheitsgefahren des Rauchen thematisiert wird, ergeben sich auch darüber unterschiedlichste Darstellungsmöglichkeiten: Bilder von schwarzen Raucherlungen, Stimmen von Kehlkopfkrebs-erkrankten Patienten, die kombinierte Information von Nikotinsucht und Impotenz usw.

5. *Vollständige Dichotomisierung von Schuld*: Durch die Personalisierung von Schuld und Verantwortung, so Schetsche (2000: 99), „werden die Emotionalisierung der Problemwahrnehmung, die Skandalisierung der Berichterstattung und die ‚Übersetzung‘ in normatives Wissen gefördert.“ Wie oben bereits skizziert, wird im Kontext des Problemmusters Nikotinsucht die Schuld bei den Tabakproduzenten, genauer: bei der Zigarettenindustrie verortet.

Indem man den Gefährlichkeitsdiskurs durch die Sucht ergänzte und diese zugleich in die Zigarette hinein verlagerte, ist eine neue moralische Grammatik erzeugt worden, die direkt auf die Hersteller zielt: Denn diese Hersteller haben nun nicht mehr nur die Gesundheitsschädlichkeit, sondern überdies das Sucht-Potential ihres Produkts zu verantworten, und das macht einen erheblichen Unterschied: Auf diese Weise entsteht ein Bild, das dem des klišeehaften „Drogendealers“¹¹ insofern ähnelt, als der Zigaretten-Hersteller den Raucher durch das „Sucht erzeugende“ Nikotin gleichsam an das schädliche Produkt Zigarette „fesselt“. Auf diese Weise verwandelt sich sein ökonomisches Interesse in eine Tätigkeit mit „niederen Motiven“ und er selbst in den von der WHO so genannten „hazard merchant“, der dann zugleich medienwirksam auf Kompensations- und Strafzahlungen verklagt werden kann.

6. *Selbstreplikative Struktur des Musters*: Unter dieser selbstreplikativen Struktur versteht Schetsche (2000: 99) argumentative Bestandteile des Problemmusters, „welche die Weitergabe für seine Träger zur Pflicht machen oder sie zumindest durch Gratifikationsversprechen fördern.“ Replikationsbefehle folgen nach Schetsche (2000: 96f.) dabei aus allgemeinen Werten wie der Sorge um nahe stehende Personen, „oder sie ergeben sich aus der durch Nutzenkalkül gesteuerten Annahme, dass negative Folgen für das Subjekt nur vermieden werden können, wenn die Gefährlichkeit bestimmter Situationen allgemein bekannt ist.“ Und in der Tat provoziert sicherlich auch die Nikotinsucht solche Replikationsbefehle, weil man seine Mitmenschen vor dieser Gefahr bewahren will: „Fang gar nicht erst an...“, ist mittlerweile der Rat jedes Rauchers, aber natürlich auch Nichtraucher an junge Menschen. Gleichzeitig ist dieser Replikationsbefehl aber freilich in rechtlichem Sinne auf der Zigarettenpackung institutionalisiert. Jede Packung muss mit verpflichtenden Warnhinweisen ausgestattet sein, die (neben etlichen anderen Warnungen zur Gesundheitsgefahr) zur „Krankheit: Nikotinsucht“ u.a. lauten: „Rauchen macht sehr schnell abhängig: Fangen Sie gar nicht erst an!“ und „Ihr Arzt oder Apotheker kann Ihnen dabei helfen, das Rauchen aufzugeben.“ Zwar ist es durchaus zweifelhaft, ob diese Form der Warnung funktioniert, oder ob nicht vielmehr die Jugend – „no risk, no fun“ – daraus ihre ganz eigene Rauchmotivation ableitet – eine selbstreplikative Struktur ist durch diese Hinweise (und nicht nur durch sie) aber auf jeden Fall gegeben.

7. *Existenz von Immunisierungsstrategien*: Schließlich funktionieren Problemmuster besonders erfolgreich, wenn sie über Immunisierungsstrategien verfügen, also über spezifische Argumente, die „widersprechende Deutungen und explizite Kritik in Belege für die Richtigkeit des Problemmusters“ (Schetsche 2000: 99) verwandeln. Was die Nikotinsucht betrifft, so kann man in diesem Zusammenhang beispielhaft auf den so genannten Fagerström-Test verweisen: Dieser Test wird international am häufigsten zur Bestimmung einer Nikotinabhängigkeit eingesetzt und besteht aus sechs Fragen, wobei den vorgegebenen Antworten jeweils ein Punktwert zugeordnet ist. Was an dem Test erstaunt, ist vor allem die Bewertung der addierten Punktwerte etwa durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die folgendermaßen rechnet: „Je nach erreichtem Punktwert wird von einer sehr geringen (0 bis 2 Punkte), geringen (3 bis 4 Punkte), mittelschweren (5 Punkte), schweren (6 bis 7 Punkte) oder sehr schweren Form der Abhängigkeit (8 bis 10 Punkte) ausgegangen“ (Kröger 2000: 14). Aus dieser Darstellung wird einerseits deutlich, dass es zwar unterschiedliche Grade der Abhängigkeit geben mag, andererseits aber auch, dass es keinen Zigarettenkonsum zu geben (sollen) scheint, der nicht zumindest mit einer „sehr geringen“ Abhängigkeit zu assoziieren wäre: Jeder Zigarettenkonsum (unabhängig von der Anzahl der gerauchten Zigaretten und etwaiger sonstiger Motivationen) gründet und mündet in einer Nikotinabhängigkeit – andere Gründe für das Rauchen scheint es nicht zu geben. Das erinnert sehr an die Diagnose-Gepflogenheiten bei anderen Süchten: Auch hier spielt die Selbsteinschätzung des vermeintlich Süchtigen keine Rolle. Gesteht er die Abhängigkeit ein, so ist das gut, tut er dies nicht, so ist das nur ein

¹¹ Vgl. umfassend Paul/ Schmidt-Semis 1998.

weiteres Kriterium für die Diagnose Sucht. Die Leugnung, Bagatellisierung oder Rationalisierung des Drogenmissbrauchs (oder eben der Nikotinsucht), so findet man es in der medizinischen Literatur, sei regelmäßig beobachtbar und deshalb in der Diagnostik zu berücksichtigen (vgl. Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004: 125f. sowie Schmidt-Semisch 1997: 47ff.).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Durchsetzung des Problemmusters der Nikotinsucht im Sinne einer Problemkarriere äußerst „erfolgreich“ verlaufen ist: Dabei war die neue Interpretationsfolie nicht nur für die allgemeinen Rezipienten plausibel, sondern auch „to the majority of the scientific community, nicotine addiction is no longer a theory which can be legitimately questioned“ (Frenk/Dar 2000: 1). Das wiederum sagt wenig über den „objektiven Gehalt“ des Problemmusters aus, denn wie man weiß, sind es vor allem „Diskursstrategien und andere symbolische Faktoren (...) die über den Ausgang der Konkurrenz unter alternativen Deutungsmustern bestimmen. Das System der Zeichen wird dadurch nicht nur in zunehmendem Maße selbstreferentiell, sondern die symbolische Welt bringt auch soziale Praxen hervor, in denen das neue Wissen im nicht medial vermittelten Alltag angewendet und erfolgreich evaluiert werden kann. Der Erfolg – im Sinne der jeweiligen Deutung – wird dabei regelmäßig nach Maßgabe des Thomas-Theorems hergestellt. Auf soziale Probleme übertragen sagt es: Wenn eine soziale Gruppe ein Problem als real definiert, dann ist es dies für sie auch mit allen seinen Konsequenzen“ (Schetsche 2000: 219).

Und diese Konsequenzen bedeuten nun nicht nur, dass sich bei den Subjekten eine kognitive Erwartungshaltung einstellt, die den skizzierten Sucht-Diskurs im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung immer wieder neu bestätigt, dass sich das Problemmuster der (Nikotin-) Sucht also sein eigenes Klientel schafft und dass ein (neues) „Gedankengefängnis“ (Quensel) der Sucht errichtet wird.¹² Sondern vielmehr verweist das Problem-Suffiz „-sucht“ zugleich auch auf Problemaspekte und Wissensbestände, die aus verwandten „Sucht-Bereichen“ stammen: „With addiction, smoking loses both, its crucial rational and moral defence. It is not a rational, free choice, instance of autonomy, but rather an instance of pharmacological compulsion. Between them, advertising and addiction now provide a complete explanation as to why anyone smokes“ (Luik 1996: 22). Und diese Erklärung impliziert zugleich ein damit verbundenes sozialpolitisches und -pädagogisches Programm, welches sich – wie im Bereich der illegalen Drogen – einerseits gegen die Produzenten richtet¹³ und sich andererseits „mit aller Macht“ den Konsumenten widmet: „With addiction, public policy intervention to prevent smoking, even to the extent of criminalization are morally justified in that they are reasonable actions designed to save the vulnerable from irreversibly bad decisions“ (Luik 1996: 22). In dieser Logik ist es dann auch durchaus folgerichtig, dass heute nicht mehr Cannabis, sondern Tabak die Einstiegsdroge Nr. 1 ist.¹⁴ Der Spiegel, der Ende Juni 2004 mit dem Titel „Die Seuche Cannabis. Drogen an Deutschlands Schulen“ erschien, zitiert Theo Baumgärtner vom Hamburger Büro für Suchtprävention dahingehend, dass es im primärpräventiven Sinne darum zu gehen habe, „den Einstieg in die Droge hinauszuzögern. Im Grunde zählt jedes halbe Jahr.“¹⁴ Dies gelte besonders, so fahren die SpiegelautorInnen fort, „für das Tabakrauchen, das Experten für die Einstiegsdroge schlechthin halten: Nach einer Studie Baumgärtners (...) kiffen unter Schülern nur 2 Prozent der Nichtraucher, aber 38,4 Prozent der Rau-

¹² Vgl. Hierzu ausführlicher auch Kolte/Schmidt-Semisch 2004, 2003, 2002 sowie Hess/Kolte/Schmidt-Semisch 2004 (jeweils m.w.V.).

¹³ „With addiction public policy is allowed to turn its attention as well to the truly wicked – those who make and market tobacco all the while showing compassion to the helpless smoker“ (Luik 1996: 22).

¹⁴ Vgl. zur Kritik der Einstiegsdrogentheorie im Hinblick auf Cannabis, aber auch im Allgemeinen die jüngsten Ausführungen von Schneider (2004: 258f.).

cher. Deshalb gelten Anti-Rauch-Kampagnen auch als Cannabis-Prävention“ (Leurs u.a. 2004: 80).

Einiges deutet darauf hin, dass es den Protagonisten und Verbreitern der Nikotinsucht nicht nur gelungen ist, ein neues Problemmuster gesellschaftlich erfolgreich durchzusetzen, sondern es durch die Verknüpfung mit andern Suchtbereichen überdies zum Zement traditioneller Drogenpolitik werden zu lassen. Bereits im Jahre 2001 hatte die Bundesdrogenbeauftragte Marion Caspers-Merck (2001: 7) eine Liberalisierung hinsichtlich Cannabis mit dem Verweis auf Tabak und Alkohol zurückgewiesen: „Politik muss ausgewogen bleiben“, konstatierte sie, „ich kann nicht beim Umgang mit Tabak und Alkohol auf die Bremse treten und bei Cannabis gleichzeitig auf's Gas“.

Literatur

Adlkofer, F. (2000): Tabak, in: Uchtenhagen/Ziegelgansberger: Suchtmedizin, München/Jena 2000, S. 39-52

Akers, R. L. (1991): Addiction: The Troublesome Concept, in: The Journal of Drug Issues, Vol. 21 (4), S. 777-793

Austin G.A. (1996): Die europäische Drogenkrise des 16. und 17. Jahrhunderts, in: Gros, H. (Hg.), Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich, Reinbek, Bd.1, S.54ff.

Batra, A. (2000): Nikotinsucht, in: Zerdick, J. (Hg.), Suchtmedizin – aktuell. 8. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS, Berlin, S. 261-271

Batra, A./Buchkremer, G. (2001): Tabakabhängigkeit – Biologische und Psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten, in: Stetter, Friedhelm (Hg.), Suchtforschung für die Suchtkranken Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven, Geesthacht: 44-58

Caspers-Merck, Marion (2001): Cannabispolitik in der Bundesrepublik Deutschland – Antworten der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zu aktuellen Fragestellungen, in: Akzeptanz 1/2001, S. 5-7

Corti, E.C.C. (1930): Die trockene Trunkenheit. Ursprung, Kampf und Triumph des Rauchens, Leipzig (neu aufgelegt 1986, Frankfurt a. M.)

Degkwitz, P (2002): Theorien und Modelle der Entstehung und des Verlaufs von Drogenabhängigkeit, in: Böllinger, L/Stöver, H. (Hg.), Drogenpraxis – Drogenrecht – Drogenpolitik, Frankfurt, S. 45-66

Dieterich, C.-M. (1998): Dicke Luft um blauen Dunst. Geschichte und Gegenwart des Raucher/Nichtraucherkonflikte, Marburg

Frenk, H./Dar, R. (2000): A Critique of Nicotine Addiction, Boston u.a.

Hartwich, C. (1911): Die menschlichen Genussmittel. ihre Herkunft, Verbreitung, Geschichte, Anwendung, Bestandteile und Wirkung, Leipzig

Haustein, Knut-Olaf (2001): Tabakabhängigkeit, Köln

Heinz, Andreas/Batra, Anil (2002): Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Stuttgart/Berlin

Hengartner, Th./Merki, Ch. M. (1993): Heilmittel, Genussmittel, Suchtmittel: Veränderungen in Konsum und Bewertung von Tabak in der Schweiz, in: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte, Bd. 43, Hf. 3, S. 375-418

- Herwig-Lempp, J. (1994): Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Drogenkonsumenten als Subjekte, Dortmund
- Hess, H. (1987): Rauchen. Geschichte, Geschäfte, Gefahren, Frankfurt a. M./New York
- Hess, H./Kolte, B./Schmidt-Semisch, H. (2004): Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen, Freiburg i. B.
- Hofstätter, R. (1924): Die rauchende Frau. Eine klinische, psychologische und soziale Studie, Wien und Leipzig
- Knoblauch, H. (1994): Vom moralischen Kreuzzug zur Sozialtechnologie. Die Nichtraucher-kampagne in Kalifornien, in: Hitzler, R. u.a. (Hg.), Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit, Opladen, S. 248-267
- Kolte, B. (2002): Rezension zu: Frenk/Dar 2000, a.a.O., in: Akzeptanz (Herbst 2002), zugleich abrufbar unter: www.archido.de/index1.htm
- Kolte, B./Schmidt-Semisch, H. (2002): Controlled Smoking. Implications for Research on Tobacco Use, in: Journal of Drug Issues, Vol. 32, 2002, S. 647-666
- Kolte, B. /Schmidt-Semisch, H. (2003): Vom Tabakgenuss zur Nikotinsucht – und zurück. Ein Plädoyer wider den therapeutisch induzierten Fatalismus, in: Legnaro, A./Schmieder, A. (Hg.), Rauchzeichen. Zum modernen Tabakkonsum, Jahrbuch Suchtforschung, Bd. 3, Münster u.a. , S. 5-24
- Kolte, B./Schmidt-Semisch, H. (2004): Kontrolliertes Rauchen: Ein Weg zu Autonomie und Risikominderung, in: Heudtlass, Jan-Hendrik/Stöver, Heino (Hg.), Risiko mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung, Verbrauchertipps, Beratungswissen, Praxishilfen, 3. überarb. Und ergänzte Aufl. (erscheint im Herbst 2004)
- Kröger, Ch. (2000): Raucherentwöhnung in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht, hrg. v. d. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Leurs, Rainer/Meyer, Cordula/Neumann, Conny/Schmidt, Caroline/Ulrich, Andreas (2004); Ein Joint für die große Pause, in: Der Spiegel 27/2004, S. 70-82
- Lewin, L. (1980) Phantastica. Die betäubenden und erregenden Genussmittel, Linden (Nachdruck der zweiten Aufl. von 1927)
- Luik, J.C. (1996): „I Can’t HELP Myself“; Addiction as Ideology, in: Human Psychopharmacology, Vol. 11, S. 21-32
- Merki, Ch. M. (1998): Die nationalsozialistische Tabakpolitik, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte, Jg. 46, S. 19-42
- Opitz, K. (2000): Tabakabhängigkeit/Hilfen zum Entzug, in: Uchtenhagen, A./Zieglänsberger, W. (Hg.), Suchtmedizin, München/Jena 2000, S. 53-63
- Oppel, A. (1890): Der Tabak in dem Wirtschaftsleben und der Sittengeschichte der Völker, Bremen
- Paul, B./Schmidt-Semisch, H. (1998): Drogendealer. Ansichten eines verrufenen Gewerbes, Freiburg
- Peele, St. (1998): The Meaning of Addiction. An Unconventional View. San Francisco
- Peele, St./Brodsky, A. (1992): The Truth About Addiction and Recovery, New York
- Pohlisch, K. (1954): Tabak. Betrachtungen über Genuss- und Rauschpharmaka, Stuttgart
- Precht, K./Baumgartner, H. (1993): Tabak. Gewohnheiten – Konsequenzen, St. Gallen, Berlin

- Proctor, R.N. (1999): *The Nazi War on Cancer*, Princeton
- Quensel, S. (2001): „Weil es gefährlich ist“: Jugendlicher Drogenkonsum und Delinquenz. Präventive Konsequenzen aus einer Analyse eines jugendlichen ‚Risiko-Raumes‘, in: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg. 24, Nr. 3/4, S. 55-71
- Quensel, S. (2004): *Das Elend der Suchtprävention. Analyse – Kritik – Alternative*, VS-Verlag: Wiesbaden
- Richter, Gudrun/Rommelspacher, Hans/Spies, Claudia (2002): *Alkohol, Nikotin, Kokain... und kein Ende? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts*. 14. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht), Lengerich u.a.
- Sandgruber, R. (1986): *Bittersüße Genüsse. Kulturgeschichte der Genussmittel*, Wien
- Scheerer, S. (1995): *Sucht*, Reinbek
- Schetsche, M. (1996): *Die Karriere sozialer Probleme. Soziologische Einführung*, München/Wien
- Schetsche, M. (2000): *Wissenssoziologie sozialer Probleme. Grundlegung einer relativistischen Problemtheorie*, Wiesbaden
- Schmidt-Semisch, H. (1997): *Geschichte, Wirrwarr und inflationäre Verwendung des Suchtbegriffs*, in: Stöver, H. u.a.(Hg.), *Leitfaden Drogentherapie 1997*, S. 34ff
- Schneider, Wolfgang (2004): *Cannabismythen oder: Prinz Harry hat auch gekiffert*, in: Schneider, W./Gerlach, R. (Hg.), *DrogenLeben. Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik*, Berlin, S. 255-270
- Schoberberger, R./Kunze, M. (1999): *Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie*, Wien
- Uchtenhagen, A./Zieglgänsberger, W. (Hg.) (2000): *Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, München und Jena
- US-Department of Health and Human Services (“Terry-Report”) (1964): *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Services*, Rockville
- US-Department of Health and Human Services (1988): *Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General*, US Depart. Of Health and Human services, Office of the Assistant Secretary for Health, Rockville
- US-Department of Health and Human Services (1989): *Guidelines. Media Strategies for Smoking Control*. NCI Publication 89-3013, März 1989
- WHO (2004): *The World Health Organization says that tobacco is bad economics all around*. 31 May- World No Tobacco Day 2004: the vicious circle of tobacco and poverty (www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr36/en/print.html)
- Zerdick, J. (2000): *Suchtmedizin – aktuell*. 8. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS, Berlin

PD Dr. Henning Schmidt-Semisch, Diplom Kriminologe und Soziologe, Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Privatdozent am Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen, Grazer Str. 2, 28359 Bremen (schmidt-semisch@uni-bremen.de)