

Stillstand in der Drogenpolitik?

Prof. Dr. Horst Bossong

(Veranstaltung der VHS,
Essen am 30.09.12)



Gliederung

- (1) Drogenstrafrecht – Drogenhilfe – Drogenprävention:
Defizite in der Rationalität und Zielklarheit
 - (2) Resignation, geschäftiger Stillstand und die Frage
„what works?“
 - (3) Optionen drogenpolitischer Kohärenz
- Aus aktuellem Anlass: Druckraum ./ . Saufraum

Der Drogenabhängige im Strafrecht: Täterkonstruktion

- Selbstschädigung oder Fremdschädigung
- Der entscheidungs- und schuldfähige Delinquent
- Der schuldunfähige Hangtäter (§ 64 StGB)

□ Die denkbar inkonsequenteste Konstruktion:

Der Drogenkonsument ist Straftäter, der i.d.R. als suchtkrank gilt und zwar bestraft, aber möglichst nicht in Strafhaft genommen, sondern einer therapeutischen Behandlung unterworfen werden soll.

Der Drogendealer als Verbrecher

- Zunächst: Der Drogendealer verkauft ein Konsumgut, für das es eine (gesamtgesellschaftlich ziemlich geringe) Nachfrage gibt.
- Es handelt sich um ein Konsumgut, das u.U. süchtig macht, in gewissem Grade gesundheitsschädigend wirkt, aber durchaus nicht zwangsläufig zum Tode führt.
- Im realen Drogenumgang kommt es vornehmlich auf die Dosierung und den Reinheitsgehalt, die Applikationsweise, Konsumhäufigkeit, Konstitution des Konsumenten und die Begleitumstände (das Setting) des Konsums an.

Unerwünschtes und Verbrecherisches

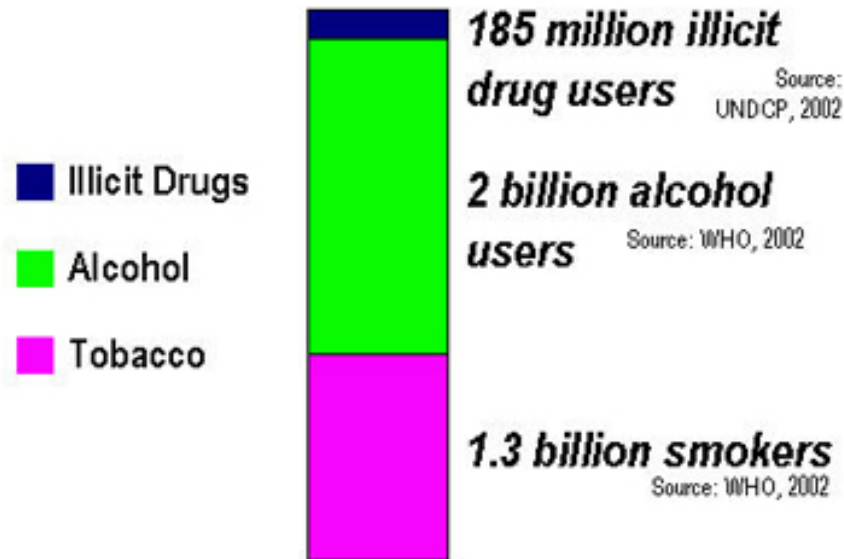
- Seit Emile Durkheim (1895) wissen wir:
Die Stringenz der Verfolgung und Ahndung abweichenden Verhaltens wächst in dem Maße, wie das hierauf gerichtete moralische Empfinden der (dominierenden) Bevölkerung wächst. D.h. was zuvor als unschicklich, tadelnswert usw. galt, wird fortan zur Straftat; die betreffenden Taten bzw. Verhaltensweisen „werden energischer missbilligt und gehen aus der Gattung der rein moralischen Vergehen in die der Verbrechen über“ (Regeln der soziologischen Methode. 1965: 158).

 Allerdings gilt auch der umgekehrte Fall!

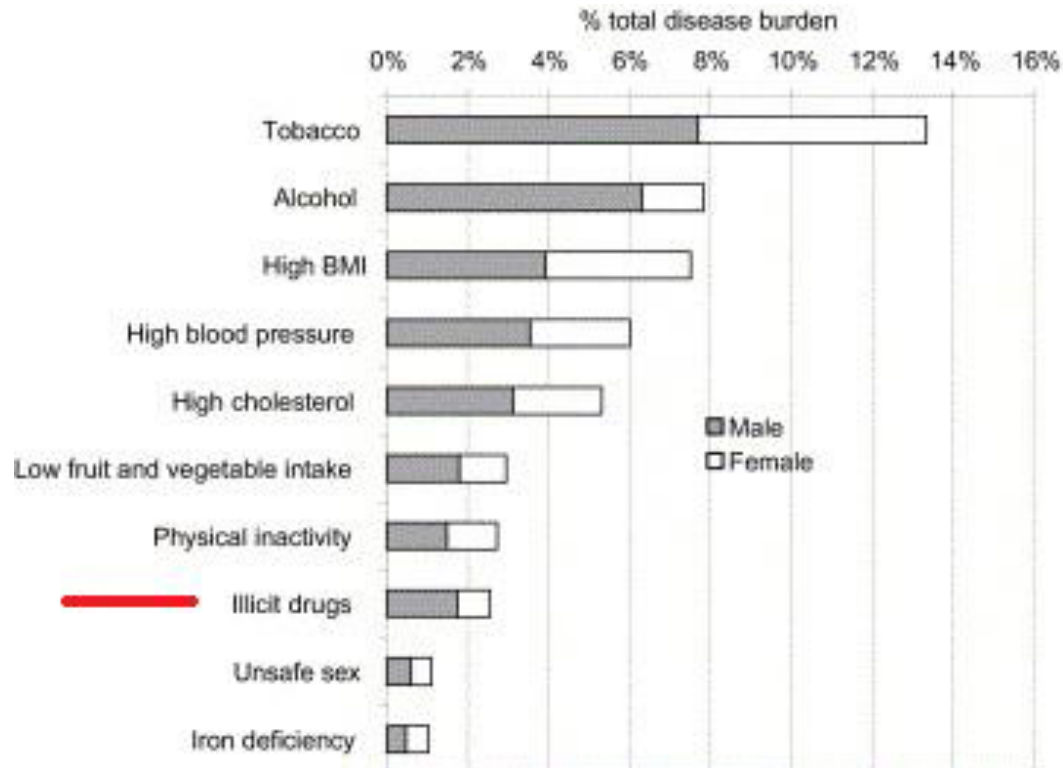
Prohibition, Schwarzmarkt und Folgekosten

- Wo immer ein nachgefragtes profitables Konsumgut verboten wird, entwickelt sich ein Schwarzmarkt.
- Kann dieser nicht wirksam unterbunden werden, entstehen gesellschaftliche Folgeprobleme (damit verbunden: Folgekosten), die u.U. unverhältnismäßig größere Dimensionen annehmen können als das Ursprungsproblem.
- Im Drogensektor sind dies bspw.:
 - internationaler Schwarzhandel einschl. Gewalt- und Bandenkriminalität;
 - Verquickung zwischen Drogenhandel, Waffenhandel, Menschenhandel, Terrorismus usw.;
 - Begleit- und Beschaffungskriminalität auf Seiten der Konsumenten;
 - Beeinträchtigung der innerstädtischen öffentlichen Ordnung;
 - Prohibitionsbedingte gesundheitliche Folgeprobleme und ggf. letale Fehldosierungen unter den Konsumenten;
 - unverhältnismäßig hohe Kosten für Repression, Prävention und Behandlung.

Stichwort: Umfang der Drogennachfrage



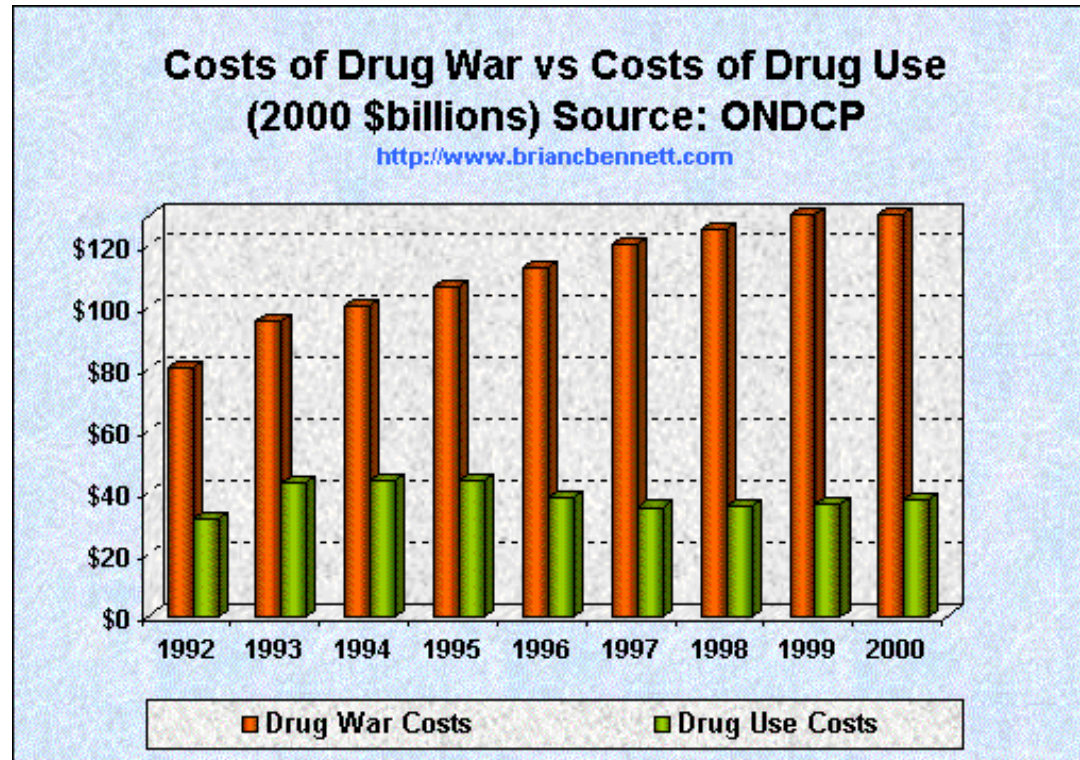
Stichwort: Relativität der Gefährlichkeit



Umsätze, Profite, Kosten

- Lt. UNO-Schätzungen beläuft sich der weltweite Umsatz im illegalen Drogenmarkt auf 400 - 500 Mrd. Euro/Jahr.
- „Experten schätzen die jährlichen Kosten für Polizei und Justiz auf über 40 Mrd. Euro. Trotzdem gibt es keine Hinweise, dass diese Ausgaben einen messbaren Effekt auf die Drogenkriminalität haben“ (UN-Office on Drugs and Crime 2005).
- In Deutschland belaufen sich die Gesamtaufwendungen von Bund, Ländern und Kommunen für Prävention und Drogenhilfe lt. Berechnungen von Sarah Mostardt u.a. (2010) auf etwa 5 - 6 Mrd. Euro/Jahr (nicht eingerechnet Kosten medizinischer Akut- und Folgebehandlungen).

Kosten des War on Drugs



Drogenhilfe

- Zielhierarchie:
 - Überlebenssicherung
 - (gesundheitliche) Schadensreduzierung
 - Konsum(selbst)kontrolle (z.B. Reduzierung der Konsumhäufigkeit, Vermeidung riskanter Konsummuster)
 - Abstinenz oder ärztlich verordnete Substitution und bio-psycho-soziale Stabilisierung
 - „Leben in Würde“ (z.B. alt gewordene Drogenabhängige)

Aktuelle Daten

- rd. 80% der Heroinabhängigen stehen im ärztlicher Methadonbehandlung, viele von ihnen mit gelegentlichem bis regelmäßigem sog. Beikonsum;
- lediglich rd. 0,2% der Heroinabhängigen stehen in ärztlicher Diamorphinbehandlung;
- rd. $\frac{1}{3}$ der *stationär* abstinentztherapeutisch Behandelten beenden planmäßig ihre Therapie, bis zu 60% brechen die Behandlung vorzeitig ab; rd. $\frac{1}{4}$ der *ambulant* Behandelten beenden planmäßig, etwa 50% brechen ab, rd. $\frac{1}{4}$ werden in andere Maß-nahmen weitervermittelt (Quelle: Sonntag u.a. 2009).

Drogenabhängige im Hilfesystem

- Ein erheblicher Teil der Erstklienten der Drogenhilfe (Abhängige harter Drogen) bewegt sich über viele Jahre im Hilfesystem, ohne dass es zu nachhaltigen Betreuungs- bzw. Behandlungserfolgen kommt.
- Ein nicht unerheblicher Teil der Drogenhilfeklienten verbringt mehr (Lebens-) Zeit in Haft und mehr Zeit im niedrighschwelligen Bereich der Suchtbegleitung als in rehabilitativer/ärztlicher Therapie.
- Bei einem ganz erheblichen Teil der erfolgreich behandelten Drogenabhängigen gelingt die berufliche (Re-) Integration nur unzureichend bis gar nicht; eine zunehmende Anzahl gilt als erwerbsunfähig.
- In beträchtlichem Maße ist Drogenhilfe Betreuung und Begleitung hochgradig verelendeter Personen mit deutlich geminderten (Re-) Integrationschancen.

Die Paradoxie zwischen niedrigschwelliger Arbeit und Drogenpolitikziel

- Die ökonomische Rationalitätsthese von Karl-Hans Hartwig und Ingo Pies (1995: 96):
 - Die individuellen Kosten des illegalen Drogengebrauchs sowie die der Sucht sind relativ hoch.
 - Das Ziel der Drogenpolitik lautet: Finger weg von den Drogen!
 - Mit den überlebenssichernden, gesundheitsschützenden und akzeptanzorientierten Hilfen werden die individuellen Kosten minimiert.
 - Der Sozialstaat fordert Gesundheitsschutz und Überlebenshilfe, der Prohibitionsstaat fordert gegenüber den Normabweichlern Härte und Konsequenz. Beides ist im Prinzip nicht in Einklang zu bringen.

Drogenprävention: Drei Anmerkungen

- Werner Lindner/ Thomas Freund (2001: 88):

„Man setzt „mehr oder weniger stillschweigend auf die prinzipielle Nicht-Falsifizierbarkeit von Präventionsversprechen, die Prävention gegen jedwede Nachfrage abschirmen: Sinken die Fallzahlen, wird dies umstandslos auf eine erfolgreiche Präventionsarbeit zurückgeführt, die natürlich dringend fortgesetzt werden muss. Steigen die Fallzahlen weiter an, rettet man sich unter Verweis auf die vielen intervenierenden Variablen, die Rückschlüsse auf das Scheitern der präventiven Maßnahmen verhindern und argumentiert zugleich damit, dass die Problemraten womöglich weitaus prekärer ausgefallen wären, hätte man die Vorbeugung unterlassen...“.

- Stephan Quensel (2004: 41):

„Die gegenwärtigen Präventionsprogramme sind weitgehend gescheitert; ihre Ziele sind unklar, ihre Evaluation versagt“.

- Alfred Springer (2000: 22):

Es ist zu vermuten, dass die „beiden kulturellen Bewegungen ‚Nachfragereduktion durch Prävention‘ und ‚kulturell gebundener bzw. an bestimmte Lebensstil-Konzepte gebundener Drogengebrauch‘ sich parallel zu einander entwickeln – offenkundig ohne von der jeweils anderen ausreichend Notiz zu nehmen“.

Selbstreferenzielle Geschäftigkeit

- Ein elaboriertes und ständig verfeinertes System des Qualitätsmanagements und der Behandlungs-/Hilfemethodik
- Umfangreiche und immer präzisere Leistungsdokumentation
- Hochgradig diversifizierte Organisations- und stabile Systemstrukturen
- Ein umfangreiches Angebot diverser Fort- und Weiterqualifizierungen
- im Vergleich zu früher: relativ transparente Output- statt input-Finanzierungsmodi
- Im Großen und Ganzen werden alle „Spezialitäten“ des Drogensuchtthemas relativ zuverlässig bedient und beantwortet und aus öffentlichen Mitteln finanziert.

What works? – Ein Zwischenresümee

- Im internationalen Drogengeschäft hat sich über die Jahre die Situation dramatisch verschärft und ist inzwischen völlig aus dem Ruder gelaufen.
- Im nationalen Drogensektor gelingt es den Strafverfolgungsbehörden trotz aller Bemühungen nicht, das Drogenangebot spürbar zurückzudrängen; die Strafvollzugsanstalten stellen heute „intramurale Drogenszenen dar, wo trotz schärfster Kontrollen alle Arten von Arzneimitteln und Betäubungsmitteln zu erwerben ... (und) Misshandlungen, Drogenschmuggel, Drogentod durch Überdosis und Suizidversuche“ u.ä.m. an der Tagesordnung sind (Harald H. Körner (2001).
- Im Drogenhilfesektor werden nach massivem Ausbau der Angebote in den 1990er und frühen 2000er Jahren zwar die Einrichtungen gut angenommen; zusätzlichen Effizienzgewinne (höhere Erfolgsquoten usw.) sind aber nicht erkennbar.
- In der Drogenprävention wird mit sehr viel öffentlichem Geld zwar viel getan; durchschlagende Effekte lassen sich aber nicht nachweisen.

Konfigurationsoption drogenpolitischer Kohärenz

- Ausgangspunkt wäre nicht der Spezialfall der Sucht und Suchtgefährdung, sondern der Normalfall der (alles in allem quantitativ ziemlich unbedeutenden) Nachfrage nach und des Umgangs mit einem speziellen Konsumgut.
- Hierfür steht auf dem Markt unter Legalitätsbedingungen ein „weiße“ Markt gegen Bezahlung ein entsprechendes Drogenangebot bereit, das qualitätskontrolliert und versteuert ist. Realistisch sind niedrigdosierte und nicht-injizierbare Substanzen.
- Aufgabe des Staates wäre es, *durch die Rahmung des Marktgeschehens* seinen verbraucherschützenden Pflichten gerecht zu werden, und zwar sowohl gegenüber der nicht drogenaffinen Allgemeinbevölkerung wie auch gegenüber den drogennachfragenden Marktteilnehmern.
- Die hier nötigen Instrumente stehen samt und sonders zur Verfügung und wären allenfalls zielgerichtet anzupassen; in Rede stehen das Lebensmittelrecht (einschließlich Lebensmittelkennzeichnungs- und Lebensmittelüberwachungsverordnung), das Jugendschutzgesetz, das Produkthaftungs- sowie das Verbraucherschutzgesetz.

Konfigurationsoption, Forts.

- Erst subsidiär und nur für den Sonderfall der manifesten Suchterkrankung kämen das Medizin-, Arzneimittel- und Sozialrecht zum Tragen.
- Im therapeutischen Kontext hätten strikte Reglements zu gelten: Suchtbehandlung dient der Verschlimmerungsverhütung, Besserung und Heilung, nicht schlichter konsumakzeptierender Betreuung und Begleitung.
- Folglich erwartet sie vom Kranken eine seiner Situation angemessene aktive Mitmachbereitschaft; bleibt diese aus, steht die Behandlung in Frage.
- Der (i.d.S. behandlungsunwillige) Kranke würde in die Behandlungslosigkeit zurückfallen – hier aber träfe er unter Legalitätsbedingungen nicht auf die elenden Zustände des Schwarzmarktes, sondern auf einen ihn versorgenden „weißen“ Drogenmarkt, auf dem er die benötigten Drogen *auf eigenes Risiko* kaufen kann.

Und nun das Thema: Druckraum ./.. Saufraum (1)

- Ausgangspunkt: das ordnungsbehördliche Problem der Szenenbildung in der Innenstadt (*eine Frage der Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung*)
- Ordnungsbehördliche Instrumente: Ermahnungen, Platzverweise, Ingewahrsamnahme im Einzelfall (*Problem der teleologischen Angemessenheit, Geeignetheit und der Verhältnismäßigkeit; außerdem womöglich Ressourcenprobleme*)
- Ein generelles Alkoholkonsumverbot in der Öffentlichkeit (oder an bestimmten Plätzen) erscheint u.a. mit Blick auf das Verhältnismäßigkeitsgebot nicht realisierbar.

Druckraum ./ Saufraum (2)

- Ausgangspunkt und Zwecksetzung der Drogenkonsumräume im Gefüge des BtMG
- Systematisch und empirisch besteht kein Zusammenhang zwischen Druckräumen und offenen Drogenszenen.
- Es besteht ein gravierender „Vollzugs-“ Unterschied zwischen Heroin-/ Kokainkonsum und Alkoholkonsum.
- Eine integrierte Alkoholkonsummöglichkeit (Aufhebung des Alkoholkonsumverbots in den niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen/ Tagesaufenthaltsstellen) verändert nachhaltig (und wahrscheinlich irreversibel) den Charakter dieser Einrichtungen.
- Separierte Saufräume haben mit Menschenwürde nichts zu tun; sie tendieren dazu, Abstellcontainer für verwaarloste, in der Öffentlichkeit unerwünschte *Personengruppen* zu sein.
- Es sollte deshalb bei den hergebrachten ordnungsbehördlichen Instrumenten (Ermahnung, Platzverweis, notfalls Ingewahrsamnahme) bleiben!

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!