

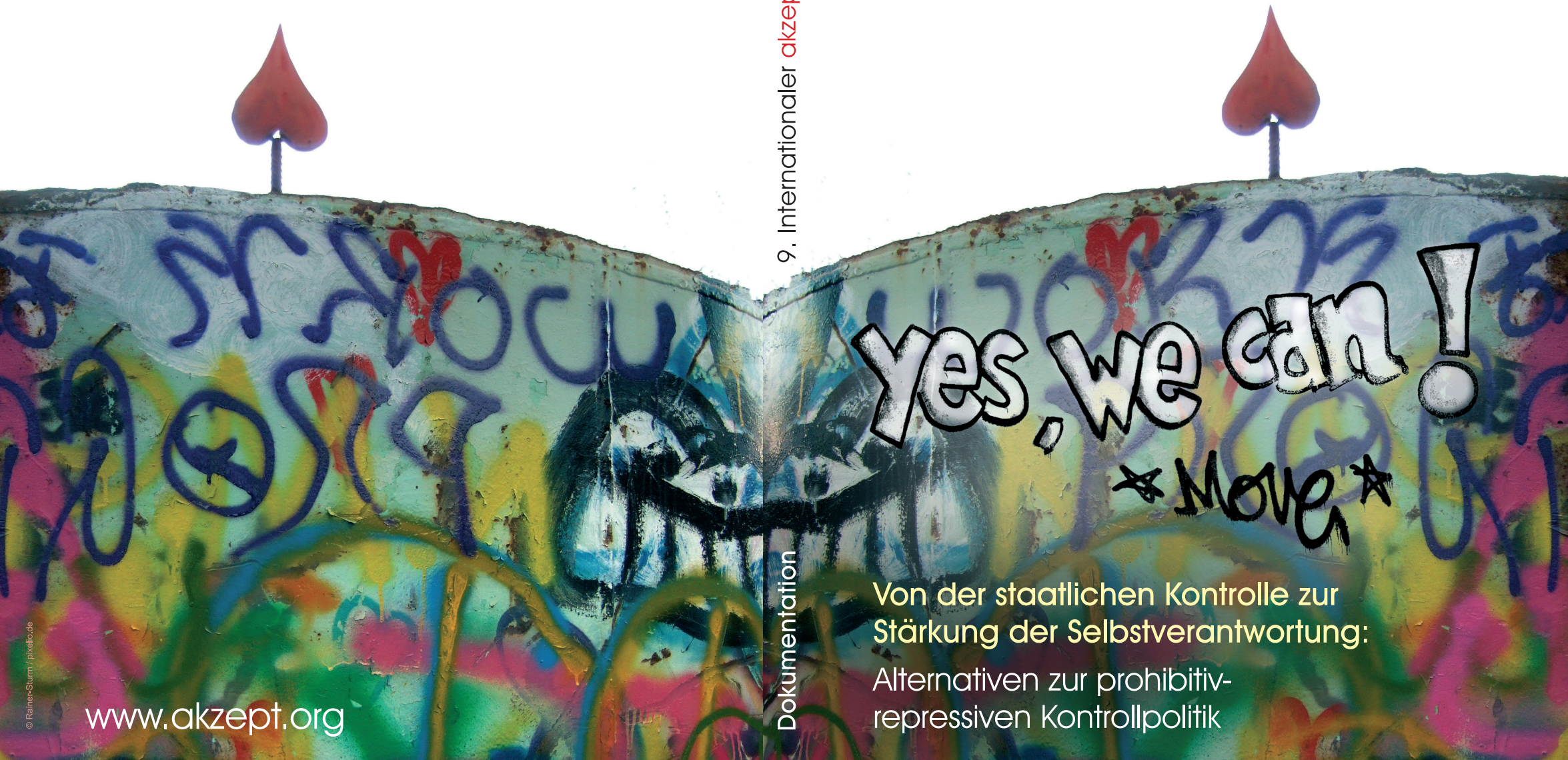
akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

9. Internationaler akzept Kongress 2009

9. Internationaler akzept Kongress in Frankfurt / Main

25. und 26 September 2009



Dokumentation

Von der staatlichen Kontrolle zur
Stärkung der Selbstverantwortung:

Alternativen zur prohibitiv-
repressiven Kontrollpolitik

www.akzept.org

9. Internationaler akzept Kongress in Frankfurt / Main

25. und 26 September 2009



Von der staatlichen Kontrolle zur Stärkung der Selbstverantwortung:

Alternativen zur prohibitiv- repressiven Kontrollpolitik

KongressveranstalterInnen: akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik in Kooperation mit der AIDS-Hilfe FFM, Bas'is e.V. FFM und der Integrativen Drogenhilfe FFM.

Der Kongress wurde unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit Berlin, der Stadt Frankfurt am Main/Drogenreferat, der Fachhochschule FFM, dem Institut für Suchtforschung an der FH Frankfurt am Main und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Hessen.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



akzept e.V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit
und humane Drogenpolitik

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Begrüßung <i>Dirk Schäffer</i> akzept e.V. Vorstand; Deutsche AIDS-Hilfe e.V.	05
Grußwort <i>Dr. Manuela Rottmann</i> , Dezernentin für Umwelt und Gesundheit der Stadt Frankfurt/Main	08
Grußwort <i>Dr. Ingo-Ilja Michels</i> Leiter des Büros der Drogenbeauftragten der Bundesregierung	12
Vorträge Plenum	
10 verschenkte Jahre der Drogenkontrollpolitik: Die globalen Drogenmärkte und die Versuche, den Drogenhandel-/anbau zu kontrollieren. <i>Franz Trautmann</i> , Trimbos Instituut Utrecht,NL	17
Gesundheitlich-soziale Auswirkungen der prohibitiven Kontrollpolitik <i>Prof. Dr. Heino Stöver</i> , FH Frankfurt/Main	32
Die ökonomischen Auswirkungen der gegenwärtigen Kontrollpolitik <i>Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel</i> , – IFT München	53
Entkriminalisierung in Portugal – ein Modell für Europa? <i>Fátima Trigueiros</i> , Substitute Permanent Correspondent to the Pompidou Group Advisor to the Executive Board Institute for Drugs and Drug Addiction, I.P.Ministry of Health	71
Die Rolle der Medien im Drogendiskurs <i>Dr. Oliver Brüchert</i> , Wolfgang Goethe-Universität,	78
Rausch als Risiko und Herausforderung <i>Dr. Wolfgang Settertobulte</i> ,.Universität Bielefeld	85

Arbeitsgruppen

AG 1: Harm Reduction – warum nicht auch bei Doping und Anabolika? <i>Prof. Dr. med. Bengt Kayser, MD PhD</i>	89
AG 2: ‚Wir wollen wissen was drin ist‘ - Drug-Checking als Verbraucherschutz und Stärkung von Mündigkeit <i>Alexander Bücheli, (Jugendberatung Streetwork, Zürich):</i> "Drug-Checking in Zürich"	93
"Drug-Checking –ziele, Erfahrungen, Perspektiven" <i>Tibor Harrach (Eve & Rave, Berlin):Rüdiger Schmolke</i> (Chill Out, Potsdam): Moderation: <i>Wolfgang Sterneck (Alice-Project / Bas!s e.V. Frankfurt/Main)</i>	103
AG 3: Die aktuellen Entwicklungen zur Entkriminalisierung in Portugal - was können wir für Deutschland lernen? <i>Jorge Roque, Encod, Portugal</i>	115
AG 4: Drogenfachgeschäfte und Cannabis Social Clubs – Kontrollalternativen und Legalisierungsmodelle – Einleitung Drogenfachgeschäfte" <i>Max Plenert (Bundesnetzwerk Drogenpolitik)</i>	117
"Cannabis Social Clubs" <i>Georg Wurth (Deutscher Hanf Verband)</i>	119
"Legalisierungskonzepte" <i>Prof Dr.Henning Schmidt-Semisch (Universität Bremen)</i>	122
Moderation: <i>Wolfgang Sterneck (Alice-Project / Bas!s e.V.)</i>	128
AG 5: Bolivien und staatlicher genehmigter Coca-Anbau für kulturelle und traditionelle Zwecke – Modell für Europa? <i>H. Dip. Gabriel Flores Palli, Presidente de la Comisión Especial de la Coca/Mitglied der CAMARA DE DIPUTADOS, La Paz, Bolivia</i>	140
<i>Joep Oomen, ENCOD Antwerpen</i>	148
AG 6: Drogenpolitik verändern: Global. National. Kommunal – unsere nächsten 5 Schritte und unsere nächsten 5 Vorhaben <i>Prof. Dr. Heino Stöver, FH Frankfurt/Main</i>	152

Beiträge zur Podiumsdiskussion

Caritas Germany Statement of the Berlin international Conference Drug Use: new forms, new answers, new politics. <i>Wolfgang Hees</i>	155
INITIATIVE NEEDED BY ONE SINGLE COUNTRY <i>Fredrick Polak</i>	157
Statement des Polizeipräsidenten Hubert Wimber, Münster	158
Josh von Soer Preis 2009	162
Laudatio <i>Urs Köthner</i>	163
Dank des Preisträgers <i>Dr. Hans-Harald Körner</i>	168
ReferentInnen und Referenten	173
Dank	178
Impressum	179

Begrüßung

Dirk Schäffer

Meine sehr geehrten Damen und Herrn, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freundinnen und Freunde
ich möchte Sie und Euch recht herzlich zum 9. Internationalen Akzept Kongress hier in Frankfurt begrüßen.

Begrüßen möchte ich die Vertreter der Stadt Frankfurt, die Dezernentin für Umwelt und Gesundheit Frau Dr. Rottmann, die Leiterin des Drogenreferates Frau Ernst sowie Herrn Fürst ebenfalls aus dem Drogenreferat der Stadt Frankfurt am Main.

Herzlich Willkommen heiße ich zudem Herrn Dr Michels und Herrn Kern aus dem Bundesministerium für Gesundheit.

Ich freue mich sehr, dass so viele Teilnehmer den Weg hierher zum 9. internationalen akzept Kongress gefunden haben um die Vorstellungen einer zukünftigen Drogenpolitik zu diskutieren.

Der akzept Kongress stellt die Auswirkungen der gegenwärtigen Drogenkontrollpolitik in den Mittelpunkt dieser 2-tägigen Veranstaltung. Es gilt zu untersuchen, welche Alternativen hilfreich und sinnvoll sein könnten um die immer noch prohibitiv geprägte Drogenpolitik mit ihren sozialen und gesundheitlichen Belastungen für Drogenkonsumenten und ihren gesamtgesellschaftlichen Folgen abzulösen.

Drogenpolitische Veränderungen benötigen immer mutiges zivilgesellschaftliches Engagement Einzelner und von Organisationen die es wagen neue Ideen zu formulieren und neue Wege zu beschreiten und Politiker die sich trauen dies umzusetzen.

akzept hat mit vielen von Ihnen und Euch vor etwa 20 Jahren begonnen die Drogenhilfelandchaft im Sinne und zum Vorteil Drogen gebrauchender Menschen zu verändern.

Die hieraus resultierten Errungenschaften wie ein Netz aus praxisnahen niedrigschwelligen Angeboten, der Ausbau der Substitutions-

behandlung, die Einrichtung von Drogenkonsumräumen sowie ein flächendeckender Spritzentausch, sind heute anerkannt und zur Normalität geworden und müssen sich vielerorts sogar gegen Kürzungen wehren.

Trotz dieser intensiven Arbeit zur Ausdifferenzierung und Humanisierung des Hilfesystems haben wir unsere Kernziele die vor vielen Jahren gemeinsam mit JES und der Deutschen Aids Hilfe formuliert wurden nicht vergessen.

Uns muss es darum gehen die eigentlichen Ursachen für tausendfachen Drogentod, gesundheitliches und soziales Elend von Drogenkonsumenten zu bekämpfen.

Um dies zu erreichen müssen wir eine Drogenpolitik durchsetzen, die über die Legalisierung bestimmter Drogen (unter Beachtung des Jugend- und Verbraucherschutzes) für ein stärkeres Maß an Kontrolle und Qualitätssicherung eintritt und den Schwarzmarkt mit all seinen negativen Folgen minimiert.

Dieser Weg wird nur gangbar sein, wenn sich auch die internationale Drogenpolitik verändert. Länder wie z.B. die Niederlande, Bolivien und Portugal schreiten hier mutig - auch gegen starken internationalen Druck - voran und dienen uns als Vorbilder. Folglich wird der 9. Internationale akzept Kongress den Blick nicht nur auf die Situation in Deutschland richten, sondern die Bemühungen eben dieser Länder in den Fokus rücken.

Mir ist es daher eine große Freude Senior *Gabriel Flores Palli*, Mitglied des bolivianischen Abgeordnetenhauses und Präsident der Kommission zum Coccaanbau aus La Paz hier begrüßen zu dürfen, Ebenso heiße ich *Fátima Trigueiros*, Mitarbeiterin im portugiesischen Gesundheitsministeriums herzlich willkommen.

It is an honour for me to introduce Mr Gabriel Flores Palli. He's a member of the Bolivian Parliament. Within the scope of this congress Senor Flores Palli will inform us about the efforts in Bolivia and Latin-American to legalise the cultural and commercial use of cocaplant.

It is also a honour for me to introduce Fátima Trigueiros from Lisboa. She's Correspondent to the Pompidou Group and Advisor to the

Institute for Drugs and Drug Addiction and associate of the Ministry of Health.

Last but not least a warm welcome to Jorge Roque. He is member of the board of directors of ENCOD.

Es gibt auch weiterhin keinerlei Beweise, dass die weltweite Verfolgung positiven Einfluss auf die Drogenkriminalität hat. Die aktuelle internationale Drogenpolitik hat ganze Bevölkerungsschichten an den Rand der Gesellschaft gedrängt. Anders als in vielen Nationalstaaten erkennt das NCB Harm Reduction als *die* zentrale Strategie zur Vermeidung von Infektionen, sozialer Ausgrenzung und Kriminalisierung bisher nicht in vollem Umfang an.

Hier sind auch weiterhin die politisch Verantwortlichen in Deutschland gefragt erfolgreiche Strategien und Maßnahmen zur Schadensminderung international zu platzieren.

Wir wollen mit diesem Kongress Alternativen zur aktuellen Drogenpolitik in Deutschland aufzeigen und diskutieren,

Viele von uns eint hierbei das Ziel durch eine Legalisierung Kontrolle über den Schwarzmarkt zu gewinnen und den politisch Verantwortlichen Kontroll-, Verbraucher- und Jugendschutzinstrumente an die Hand zu geben, die das Ausmaß von Drogentodesfällen und gesundheitlichen Schädigungen drastisch reduzieren.

Dies ist die einzige realistische Möglichkeit kriminellen Organisationen das Heft des Handelns aus der Hand zu nehmen.

Dies ist genug der Vorrede.

Mir bleibt nur noch Ihnen und Euch 2 spannende Tage und anregende Diskussionen zu wünschen - das vielfältige Programm bietet ihnen hierzu eine ausgezeichnete Grundlage.

Grußwort

Dr. Manuela Rottmann
Stadträtin für Umwelt und Gesundheit der Stadt Frankfurt am Main

Sehr geehrte Damen und Herren.

Als Stadträtin für Umwelt und Gesundheit freue ich mich, Sie alle im Namen des Magistrats hier in der lebendigen und schönen Stadt Frankfurt am Main begrüßen zu können.

Wir sind ein bisschen stolz darauf, dass sie sich Frankfurt als Tagungsort für Ihren „9. Internationalen akzept Kongress“ ausgewählt haben. Ich sehe hierin auch eine Anerkennung und Bestätigung für die von uns in den letzten 20 Jahren geleistete pragmatische und innovative Drogenpolitik.

Frankfurt hatte lange Zeit das Image, eine kalte und unbehauste Stadt zu sein. Uns wurde allzu gerne das Etikett „Bankfurt“ oder auch „Junkfurt“ angeheftet. Dies war die augenscheinliche Differenz zwischen der kalten Finanzmetropole und dem Elend das sich mit der Drogenabhängigkeit verbindet, welche auch räumlich unmittelbar in der Taunusanlage sichtbar wurde.

Dies hat sich in den letzten 20 Jahren deutlich verändert. Bei den in den letzten Jahren durchgeführten City-Rankings zur Ermittlung der Lebensqualität erreichte Frankfurt regelmäßig einen der vorderen Plätze. Auch die eigenen Einwohner sind immer zufriedener mit ihrer Stadt, kaum noch jemand möchte wegziehen.

Es gibt natürlich viele Gründe für diesen Imagewandel, die ich hier nicht alle darstellen kann. Zu diesem positiven Wandel hat aber offensichtlich auch die Art und Weise, wie die Stadt Frankfurt mit der Drogensituation in den letzten 20 Jahren umgegangen ist, beigetragen. Gestützt wird dies durch die jährlich vom Statistikamt der Stadt durchgeführte Befragung zu den drängendsten Problemen in der Stadt. Ergebnis: Während Mitte der 90er Jahre noch über 20 Prozent der Frankfurter Bürgerinnen und Bürger das Drogenproblem

als das größte nannten, gilt dies inzwischen nur noch für 2 % der Stadtbevölkerung.

Ich freue mich ganz besonders darüber, dass es in Frankfurt gelungen ist, pragmatisch, überparteilich und ausgesprochen interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Diese Tatsache trägt sicherlich auch dazu bei, dass Frankfurt national und international in den letzten 20 Jahren eine Vorreiterrolle bei der Entwicklung der Drogenpolitik und beim Ausbau des Drogenhilfesystems einnehmen konnte.

So wurde in Frankfurt 1994 der erste Konsumraum in Deutschland eingerichtet; Frankfurt war die treibende Kraft in dem fast 20-jährigen Kampf um die Durchsetzung der diamorphin-gestützten Behandlung als Bestandteil der Regelversorgung, etc.

Und wir haben mit der Einrichtung der interdisziplinär arbeitenden „Montagsrunde“ eine neue Philosophie im Umgang mit der Drogenproblematik verwirklicht: **„Es geht nur gemeinsam.“** Als erste Stadt in Deutschland setzte Frankfurt auf eine integrierte Form der Zusammenarbeit von Hilfe und Repression. Diese Zusammenarbeit ist bis heute von enormer Bedeutung, obwohl sie natürlich immer wieder neu austariert werden muss.

Wie wichtig die Herstellung dieses Gleichgewichtes war, hat sich 1993 bei der Auflösung der „Offenen Drogenszene“ in der Taunusanlage gezeigt. Diese „offene Drogenszene“, in der sich an manchen Tagen bis zu 1000 Drogenabhängige aufhielten, hatte sich zu einer Art Ghetto entwickelt. Damals ist es wirklich gelungen, die „offene Drogenszene“ mit der Maßgabe aufzulösen, dass den Abhängigen annehmbare Alternativen angeboten werden konnten, die Belastungen für die gesamte Stadtbevölkerung zurückgingen und der öffentliche Raum Taunusanlage wieder für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglich wurde.

Auf Erfolgen in der Drogenpolitik kann man sich nicht ausruhen. Eine einmal erreichte Akzeptanz in der Bevölkerung ist keine sichere Bank. So geriet bei einer Zeitungskampagne über das Bahnhofsviertel in den letzten Wochen etwas aus dem Blick, dass auch Drogensüchtige ein Recht haben, sich im öffentlichen Raum aufzuhalten, wenn bestimmte Regeln eingehalten werden.

Der 9. Internationale akzept-Kongress will die gegenwärtige Drogenkontrollpolitik kritisch hinterfragen. Darauf weist schon sein programmatischer Titel hin, zumindest immanent: „Von der staatlichen Kontrolle zur Stärkung der Selbstverantwortung: Alternativen zur prohibitiv-repressiven Kontrollpolitik“

Ich glaube, dass Sie als Mitglieder des Bundesverbandes akzept und ich als Gesundheitsdezernentin der Stadt Frankfurt in vielen Bereichen der Drogenpolitik, einen übereinstimmenden kritischen Blick haben und etwas bewegen wollen. So waren beispielsweise einige ihrer Frankfurter Mitglieder im letzten Jahr dankenswerterweise auch an der Vorbereitung der „Frankfurter Konferenz zu einer integrierten Drogenpolitik und Drogenarbeit“ beteiligt. Diese Konferenz hat am Schluss „Frankfurter Thesen für eine künftige integrierte Drogenpolitik“ verabschiedet. Nicht nur bei der Forderung, Drug-Checking einzuführen, sehe ich Schnittmengen mit Themen, mit denen Sie sich auch im Rahmen ihres Kongresses beschäftigen werden.

Darüber hinaus hat akzept in der Vergangenheit unsere Drogenpolitik in vielen Feldern tatkräftig unterstützt. Jüngstes Beispiel war die Durchsetzung der diamorphingestützten Behandlung. Für Ihre Unterstützung bei diesem Prozess möchte ich mich bei Ihnen noch herzlich bedanken.

Lassen Sie mich zum Schluss aber auch noch darauf hinweisen, dass es aufgrund unserer unterschiedlichen Ausgangspunkte auch unterschiedliche Einschätzungen und Herangehensweisen gibt, vielleicht auch geben muss.

Wenn Sie auf diesem Kongress der Frage nachgehen wollen, ob Alternativen zur prohibitiven Drogenpolitik zu geringeren sozialen und gesundheitlichen Belastungen von Drogenkonsumenten, deren Angehörigen und Familien beitragen können, finde ich dies eine notwendige und spannende Diskussion. Aber als Kommunalpolitikerin hätte ich mir auch gewünscht, dass Sie ergänzend auch nach Wegen suchen, wie die Belastungen für eine Stadtgesellschaft verringert werden können. Mit der Aufhebung von Prohibition, Illegalität, Entkriminalisierung, etc. löst sich das Problem von Spritzen oder Pöbeleien ja nicht in Luft auf.

Und im Zusammenhang mit der „Allgemeinheit“ ist auch mein zweiter „Anstoß“ zu verstehen: Die Politik muss immer die Frage stellen, gibt es auch eine Strategie für die Durchsetzung von inhaltlich überzeugenden Positionen und Forderungen. Oder konkreter: ich wünschte mir sehr, dass sie der Frage der Strategie in Ihrer Tagung auch Raum geben.

Ich sehe durchaus die schizophrene Situation in unserer Gesellschaft, dass die Einstufung von psychoaktiven Substanzen in legal und illegal nicht zwangsläufig etwas über das Gefährdungspotential der Mittel aussagt. Ich sehe durchaus auch, dass die Kriminalisierung von Drogenabhängigen nicht weiterführt. Ich sehe aber auch, dass dem riskanten Alkoholkonsum vieler Jugendlicher nicht nur mit suchtpreventiven, sondern auch konsequenten Jugendschutzmaßnahmen begegnet werden muss. Ich könnte eine Vielzahl an weiteren Beispielen nennen, die verdeutlichen, wie notwendig eine in sich stimmige (kohärente), ausbalancierte und pragmatische Drogenpolitik ist.

Der Diskurs, wie die Gesellschaft zu einem rationalen Umgang mit psychoaktiven Substanzen kommen kann, steht noch immer auf der Agenda.

Ich hoffe, dass Ihr Kongress hierzu einen Beitrag leisten kann.

Ich wünsche Ihrem Kongress einen spannenden, produktiven Verlauf und hoffe, dass am Ende Ergebnisse stehen werden, die unsere gemeinsamen Interessen in der Drogenpolitik nach vorne bringen können.

Grußwort

Dr. Ingo-Ilja Michels

Leiter des Büros der Drogenbeauftragten der Bundesregierung

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich freue mich, den 9. akzept Kongress im Namen der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing – die leider heute nicht persönlich hier sein kann - mit eröffnen zu können.

Der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik ist dafür bekannt, dass seine Kongresse mitunter nicht dem gängigen Diskurs in der Landschaft der Suchtkrankenhilfe folgen, sondern Themen aufgreifen, die das politische und soziale Umfeld, in dem Suchtkrankenhilfe stattfindet, einbezieht. Diesmal ist die Kontrollpolitik staatlicher Organisationen das Thema, also es geht um die Frage, wie eine Gesellschaft den Umgang mit psychotropen Substanzen handhabt.

Der Anlass ist insofern gut gewählt, weil in diesem Jahr in Wien im Rahmen des Treffens der UN Commission on Narcotic Drugs (CND) die Mitgliedsstaaten eine Bewertung der Beschlüsse der Sondertagung über die gemeinsame Bekämpfung des Drogenproblems (sog. UNGASS) von 1988 vorgenommen haben. Die dortigen grundlegenden Beschlüsse bilden seither den Rahmen für die weltweite Zusammenarbeit in der Drogenpolitik.

In diesem Rahmen ist der Verkehr von bestimmten psychoaktiven Substanzen durch Internationale Suchtstoffabkommen besonderen Kontrollmaßnahmen unterworfen, weil davon ausgegangen wird, dass mit dem Konsum dieser Substanzen – insbesondere Heroin, Kokain, Cannabis und Amphetamine – ein hohes Gesundheitsrisiko verbunden ist.

Neue Erkenntnisse der Neurobiologie der Sucht lassen uns besser verstehen, warum der Konsum von psychoaktiven Substanzen zu Abhängigkeit und Gesundheitsschäden führen kann, warum Konsumenten trotz subjektiven Willens nicht in der Lage sind, den Konsum zu reduzieren oder aufzugeben, trotz negativer Folgen.

Aber wir wissen noch immer recht wenig über die Rolle von Umweltfaktoren und der sozialen Situation. Wir wissen zudem noch wenig über den Einfluss der Verfügbarkeit von Suchtmitteln bzw. deren Einschränkung durch gesetzliche Maßnahmen einschließlich von Verboten. Und wir wissen noch immer wenig darüber, ob und wie staatliche und internationale Kontrollsysteme Einfluss nehmen auf die Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und auf professionelle Hilfesysteme.

Im System der Vereinten Nationen gibt es schon die Auffassung, dass internationale Kontrollsysteme dazu beitragen, die negativen sozialen und gesundheitlichen Folgen des Konsums bestimmter psychoaktiver Substanzen, deren Anbau und Verkehr gemäß der Internationalen Suchtstoffabkommen verboten wurde, zu reduzieren durch Maßnahmen, die sowohl das Angebot von wie die Nachfrage nach diesen Substanzen beeinflussen. Gleichwohl muss eine nüchterne Bilanzierung der Wirkungen verschiedener drogenpolitischer Maßnahmen zu dem Ergebnis kommen, dass die hochgesteckten Ziele bei weitem nicht erreicht wurden.

Das war schon der Fall im Jahr 2003, wo im Rahmen eines Ministertreffens eine Zwischenbilanz der Internationalen Drogenpolitik gezogen wurde und wo in der verabschiedeten *Gemeinsame Erklärung* weniger von Erfolgen als vielmehr von den großen Anstrengungen, die weiterhin in allen Bereichen notwendig seien, die Rede war.

Im Oktober 2008 legte die CND-Vorsitzende, die Namibische Botschafterin bei der UN in Wien, die Entwürfe für eine neue "Politische Erklärung" und einen „Aktionsplan“ vor. Diese Entwürfe wurden in zahlreichen Zwischensitzungen der CND und in Informellen Konsultationen beraten. Diese Verhandlungen verliefen äußerst schwierig, weil sich die Staaten in der Bewertung der vergangenen Dekade nicht einig waren und weil in einigen Bereichen sehr unterschiedliche Grundauffassungen über die künftigen Schwerpunkte bestanden. Außerdem war bei vielen Staaten keine Bereitschaft für neue Ansätze und Schwerpunkte in der Drogenpolitik vorhanden. Einen breiten Raum, weil am heftigsten umstritten, nahmen dabei die Auseinandersetzungen über das Thema „harm

reduction“ (als neuer Ansatz im Rahmen der Nachfragereduzierung) und über die Grundsätze der Alternativen Entwicklung ein.

Ein Hochrangiges Treffen im Rahmen der 52. CND verabschiedete schließlich am 12. März 2009 die neue "Politische Erklärung" sowie einen "Aktionsplan". Darin verpflichten sich die Mitgliedsstaaten, die internationale Drogenpolitik im Einklang mit der Charta der VN, dem Völkerrecht und der Allgemeinen Menschenrechtserklärung und unter Beachtung der Menschenrechte und Grundfreiheiten, der Würde des Menschen und des Gleichheitsgrundsatzes umzusetzen.

Die drei Suchtsstoffkonventionen von 1961, 1971 und 1988 bleiben unverändert in Kraft. Eine Änderung bzw. Aktualisierung wurde nicht vorgeschlagen oder befürwortet. Die Dokumente stellen fest, dass trotz einiger Fortschritte auf lokaler, regionaler und internationaler Ebene noch erhebliche Herausforderungen bestehen, um die illegale Produktion, den Handel und den Konsum von Drogen deutlich zu verringern oder zumindest zu stabilisieren. Sie nimmt außerdem mit Sorge zur Kenntnis, dass Produktion und Handel mit Opium, Kokain, Cannabis und Synthetischen Drogen sowie die Abzweigung von Vorläuferstoffen ständig und deutlich zugenommen haben und dass die Ziele der Politischen Erklärung von 1998 *nicht* erfüllt wurden. Darüber hinaus wird festgestellt, dass sich eine mächtige, kriminell organisierte Industrie entwickelt hat, die enorme Gewinne macht und dieses illegal erworbene Geld wäscht. Zwar wird das Ziel einer „*Gesellschaft ohne Drogenmissbrauch*“ angestrebt, aber an anderer Stelle einschränkend vermerkt, dass es um die „*Verringerung und - wenn möglich - Beseitigung der Verfügbarkeit und des Gebrauchs von Drogen geht, um Gesundheit und Wohlergehen der Menschheit zu gewährleisten...*“.

Eine wichtige Erkenntnis des Review Prozesses ist, dass die Datenlage in allen drogenrelevanten Bereichen schlecht ist und ebenso ein Bedarf an verstärkter Förderung von Forschung und Evaluierung besteht, um eine bessere „*evidence base*“ für drogenpolitische Maßnahmen zu schaffen. Die Staaten verpflichten sich, bestimmten Gruppen besondere Aufmerksamkeit und Anstrengungen zu widmen, wie z.B. Jugendlichen oder Frauen angesichts

ihrer spezifischen Betroffenheit oder den von HIV/AIDS Betroffenen bzw. den hiervon Bedrohten. Ebenso wird die Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln für therapeutische Zwecke als ein besonderes Anliegen bezeichnet, um die Versorgung von Patienten, die auf Betäubungsmittel (insbesondere Schmerzmittel) angewiesen sind, zu verbessern.

Daneben werden spezifische Verpflichtungen für die einzelnen drogenpolitischen Aktionsfelder festgeschrieben, etwa Programme der Nachfragereduzierung, die auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen und eine Bandbreite von Elementen umfassen, zu denen die Primärprävention, die Frühintervention, die Behandlung und Pflege, die Rehabilitation und soziale Wiedereingliederung sowie drogenbezogene Hilfsangebote („*drug related support services*“) zählen. Der Terminus "Harm Reduction" wurde im Dokument ausdrücklich vermieden, aber unter Führung der deutschen Delegation haben 26 Mitgliedsstaaten erklärt, dass sie unter "drug related support services" auch Harm Reduction Maßnahmen verstehen.

Die nachhaltige Kontrolle des Anbaus von Drogenpflanzen umfasst die Komponenten Alternative Entwicklung, Pflanzenvernichtung und Rechtsdurchsetzung. Maßnahmen aus diesen drei Bereichen sollen angemessen koordiniert und zeitlich abgestimmt durchgeführt werden, müssen nachhaltig und langfristig angelegt sein und müssen vor allem auch zur Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Situation sowie zur Beseitigung der Armut in der jeweiligen Region beitragen.

Ein neuer Schwerpunkt in den Dokumenten ist das "public health-Prinzip", denn von vielen Seiten wurde kritisiert, dass dem Aspekt Gesundheit in der Vergangenheit nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wurde, während dem Gesichtspunkt der Kontrolle und Sicherheit zumeist mehr Bedeutung zukam - und noch zukommt. Deshalb hatte die EU gefordert, dass die Gesundheit in den Mittelpunkt der Drogenpolitik gerückt und zum eigentlichen Ziel der Drogenpolitik gemacht werden müsse. Dies ist nicht befriedigend gelungen. Vielmehr bezeichnet die Politische Erklärung „health and welfare of humankind“ nur als einen Teilaspekt des obersten Ziels der Drogenpolitik, während das „ultimate goal“ nach wie vor die

Verringerung der Verfügbarkeit und des Konsums von Drogen sein soll.

Sie sehen, es gibt keine Statik in der internationalen Debatte, aber die Veränderungsprozesse werden mühsam errungen und verlaufen langsam. Deshalb ist es nützlich, wenn sich Nichtregierungsorganisationen Gedanken machen über Alternativen, über neue Möglichkeiten, mit der internationalen Drogenproblematik angemessen umzugehen.

Die Drogenbeauftragte und das Bundesministerium für Gesundheit haben bereits Vorfeld der Wiener Konferenz und auch danach den Dialog mit internationalen NGO's geführt, um in diesen Fragen einen fortlaufenden Diskurs zu festigen und die jeweiligen Standpunkte besser zu verstehen. Dieser Dialog soll fortgesetzt werden.

Ich erhoffe mir von diesem Kongress dazu Impulse, er darf freilich nicht beharren in "Entweder-Oder"-Formeln, denn einfache Lösungen gibt es nicht für komplizierte Probleme.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit und bin gespannt auf die Tagung.



Dr. Manuela Rottmann, Dirk Schäffer

Vorträge

10 verschenkte Jahre der Drogenkontrollpolitik: Die globalen Drogenmärkte und die Versuche, den Drogenhandel-/anbau zu kontrollieren.

Franz Trautmann, Trimbos Instituut Utrecht, NL

Die Effekte der heutigen Drogenpolitik. Entwicklungen von Drogenpolitik und Drogenproblemen 1998-2007

Trimbos/RAND Studie des weltweiten illegalen Drogenmarkts 1998-2007

Inhalt:

- Analyse wie der weltweite illegale Drogenmarkt funktioniert
- -Kokain, Heroin, Marihuana, Amphetamine (ATS)
- Umfangsschätzung des Drogenmarkts
- Schätzung der ökonomischen Kosten von Drogenkonsum
- Wie hat der Markt sich entwickelt in der Periode 1998-2007
- Drogenpolitische Entwicklungen in dieser Periode
- Was war der Einfluss der Drogenpolitik auf den Markt
- Analyse der unbeabsichtigten Effekte von Drogenpolitik

Methodologische Aspekte

- Keine primäre Datensammlung
- Analyse vorhandener Daten / Quellen
- MCDDA, UNODC, nationale / regionale Studien,

Expertenaussagen

- Analyse von Daten in 18 Ländern
- Unterschiedliche Begriffe und Terminologie in verschiedenen Ländern (z.B. problematischer Drogenkonsum)
- Empirische Probleme:
 - Unterschiedliche Qualität der verfügbaren Daten
 - Datenmangel
 - Inkonsistente Daten (z.B. Unterschiede in Altersgruppen und Erhebungsintervallen)
- Daten in nicht-westlichen Ländern sehr spärlich

Fokus dieses Vortrags

- Unterschiedliche Schätzungen wirtschaftlicher Daten zum Drogenmarkt Beispiel: Drogenmarktumfang
- Drogenpolitik 1998-2007: Demand reduction
 - Supply reduction
- Drogenprobleme 1998-2007:
 - Konsum
 - Produktion und Handel
- Unbeabsichtigte Konsequenzen
- Analyse der Drogenpolitik

Umfangsschätzungen des weltweiten Drogenmarkts

In Berechnungen werden Daten verwendet zu Konsumprävalenz; 'Einzelhandelspreis' ;Konsummuster (regelmäßig/gelegentlich);

- um auf nationalem Niveau Schätzungen zu erstellen für Konsum und Ausgaben für den Kauf von Cannabis, Opiaten, Kokain und amphetaminartigen Mitteln (ATS) in ± 2005.
- Wegen substantieller Ungewissheiten Beschränkung auf Schätzungsspektrum

Umfangsschätzungen des Cannabis retail market					
		UNOCD 2003	Rand Low	Rand Best	Rand High
North America	Expenditures (Billions)	€56.6	€7.8	€17.3	€36.1
	Metric Tons Consumed	6.034	1.609	3.600	7.492
Oceania	Expenditures (Billions)	€5.5	€1.4	€3.1	€6.5
	Metric Tons Consumed	684	118.9	266.1	553.6
West/ Central Europe	Expenditures (Billions)	€35.2	€6.1	€13.5	€28.5
	Metric Tons Consumed	6.051	1.165	2.607	5.424

UNODC 2003: € 125 billion world retail market, more than the markets for cocaine and opiates combined;
North America 45%, Western/Central Europe 28% of the world market;

UNODC: US consumption per user 167 gr at €10 pg, resulting in retail cannabis expenditures exceeding €40 billion more than 40 times estimates of ONDCP

Unterschiede in der Berechnungsweise

Unsere Berechnung:

- Konsumtage auf Jahrbasis (auf Grundlage von US Daten aus 2005):
 - 'regelmäßig' (im vorigen Monat): Durchschnitt 150,3 (Median 104)
 - '-gelegentlich' (im vorigen Jahr): Durchschnitt 29,8 (Median 5)
 - Menge (Marijuana) pro Joint: 0,2 – 0,5 g
 - 'regelmäßiger' Konsum pro Tag 1 g (auf Grundlage vorhandener Studien)
 - 'gelegentlich' pro Tag (geschätzt als 50% des regelmäßigen Konsums): 0,5 g
 - Preisinformation von Konsumenten

UNODC Daten:

- US Konsum pro Konsument 167 g für €10 pro g (fußend auf 'Konsum im vorigen Jahr')

Drogenproblem und Drogenpolitik: 18 Länder Sample für Detailstudie

Kriterien für Auswahl ('purposive sampling'):

- Größe (China und Indien);
- Wichtige Rolle in Produktion und/oder Handel (Kolumbien, Mexiko, Türkei);
- Weit verbreiteter Konsum (USA);
- Deckung unterschiedlicher Regionen in der Welt;
- Unterschiede des Drogenproblems (Produktion, Handel und Konsum);
- Unterschiedliche sozio-ökonomische Situation in der Periode 1998-2007:
 - 'Western': Stabil/ reich
 - 'Transitional': Wandel der Gesellschaftsstruktur
 - 'Developing': Sozio-ökonomische Entwicklung

Länder Sample

Australien	Die Niederlande
<i>Brasilien</i>	Portugal
Kanada	<i>Russland</i>
<i>China</i>	Südafrika
<i>Kolumbien</i>	Schweden
Tschechische Republik	Schweiz
Ungarn	<i>Türkei</i>
<i>Indien</i>	Großbritannien
<i>Mexiko</i>	USA

Allgemeine drogenpolitische Trends

Die Ausgaben für die Drogenpolitik sind in vielen Ländern drastisch gestiegen;
Der größte Teil der Ausgaben wird für Supply Reduction (Bekämpfung) eingesetzt.
Maßnahmen gegen Produktion und Handel sind deutlich intensiviert.
Präventions-, Behandlungs- und Harm Reduction Maßnahmen sind intensiviert.
Harm Reduction Maßnahmen werden in immer mehr Ländern eingeführt

Drogenpolitikausgaben in vier Ländern

	Total drug policy expenditures	Demand reduction	Supply reduction
Hungary 2000	€22million	€4 million*1	€16 million
Hungary 2007	€40million	€7million*1	€30 million
Czech Republic 2002	€7 million*2	€6 million	€1 million*3
Czech Republic 2006	€13 million*2	€7 million	€6 million*3
United States 2004 *4	\$13 billion	\$5 billion	\$7 billion
United States 2006*4	\$12 billion	\$5 billion	\$8 billion
The Netherlands	€2,185 million	€540 million*5	€1,646 million

1. Figure includes expenditures for treatment, harm reduction and other social care.
2. National/federal budget (i.e. not including local/state budgets).
3. Not including the expenditures for the national drug squad which increased from €3,395,000 in 2003 (2002 figures are not available) to €3,757,000.
4. These figures show the executed budget and only include federal expenditures and exclude some major items, in particular the costs of prosecution and imprisonment. It is usually assumed that state and local governments spend as much as the federal government. Total national expenditures, dominated by enforcement, are probably around \$35 billion.
5. Figure includes expenditures for prevention, treatment and harm reduction.

Angleichung von Drogenpolitik: Demand Reduction

- Drogenprävention genießt wachsende politische Unterstützung
- Nachdruck liegt auf erwiesenen effektiven Programmen
- Für wenige Programme Effektivität nachgewiesen
- Und selbst dann: Effekt bescheiden
- Viele der verwendeten Programme sind erwiesen ineffektiv
- Zunehmende politische und finanzielle Unterstützung von Behandlung
- Substitutionsbehandlung in immer mehr Ländern: In allen 27 EU Mitgliedsländern und auch in Ländern, in denen man es nicht direkt erwarten würde, z.B. in China und Iran
- Auch andere Harm Reduction Maßnahmen breiten sich aus
- Spritzenvergabe in vielen Ländern; Sogar in den der USA , aber – ohne Unterstützung von der nationalen Ebene
- Bestrafung von Drogenkonsum weniger populär
- In vielen Ländern ist Drogenkonsum entkriminalisiert, am deutlichsten sichtbar bei Marihuana
- Administrative Bestrafung von Besitz von kleinen Mengen für den eigenen Konsum
- Verhaftungen führen in nur wenigen Fällen zu Haftstrafen
- Druck ausüben in Richtung Behandlung

Angleichung von Drogenpolitik: Supply Reduction

- Zunehmend hartes Vorgehen gegen Produzenten und Händler
- Mehr Verhaftungen
- Längere Gefängnisstrafen
- In den USA Zahl von drogen-relatierten Gefangenen besonders hoch
- Das zehnfache im Vergleich zum europäischen Durchschnitt

EU Daten zu Verhaftungen für Verstöße gegen das BTMG

In den meisten Ländern sind Konsum und Besitz nach wie vor der Grund für den größten Teil der Verhaftungen; Cannabis-relatierte Verstöße dominieren.

Allerdings: Nur ein sehr kleiner Teil (der Cannabis-relatierten) Verstöße resultiert in Gefängnisstrafen.

Siehe Abb. nächste Seite

Index of European arrests for drug offenses by drug,2001-2006

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
All reports (936866)	100	108	114	130	135	136
Cannabis (550878)	100	109	117	135	134	134
Heroin (77242)	100	90	81	85	89	86
Cocaine (100117)	100	119	128	148	167	161
Amphetamine (41069)	100	104	130	151	133	141
Ecstasy (17598)	100	115	99	136	115	102

(EMCDDA Fig.DLO-3.)

Verhaftungen für Konsum/Besitz und Dealen/Handel

	1998	2005	2005 Use + possession for use	2005 Dealing + trafficking
Czech Republic	1,530	2,128	7.8%	92.2%
Hungary	6,670	7,616	91.7%	8.3%
Netherlands	12,616	20,548	30.9%	68.8%
Portugal	11,395	11,825	52.9%	47.1%
Sweden	11,490	18,844	86.1%	13.9%
Switzerland	63,220*1	56,342*1 (2006)	83% (2006)	15%*2 (2006)
Turkey	8,360 (2002)	13,229	48.0%	52.0%
United Kingdom	130,643	122,459 (2004)	86.4%	13.6%

1. Drug use offences, including cases linked with dealing and/or trafficking
2. 2% for 'unknown offences'

Drogenkonsum

In den westlichen Ländern ist der Drogenkonsum weitgehend stabil oder rückläufig.

Die Marihuana Prävalenzrate unter Jugendlichen ist in den meisten Ländern fallend.

Heroinabhängige Population: Umfang nimmt ab, Alter steigt

Der Kokainkonsum steigt in Europa, fällt in den USA.

Das Bild vom ATS Konsum ist komplex aber Konsumentenzahlen sind nach wie vor bescheiden (ein paar Ausnahmen, z.B.

Tschechische Republik)

Experimentieren mit Cannabis weitverbreitet in westlichen Ländern

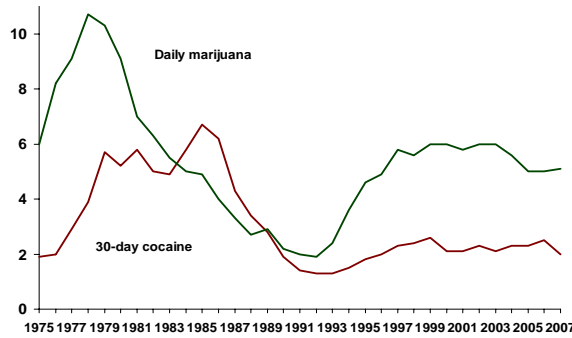
Prevalence of past year And lifetime marijuana use, among younger groups, in 8 nations ca. 2004

Country (age range)	Lifetime	Last Year
France (15-34)	43,6	16,7
UK (15-34)	41,4	16,3
Netherlands (15-34)	32,3	9,5
USA (26-34)	56,7	19,9
Canada (25-34)	56,8	18,0
Australia (20-29)	54,5	26,0
Sweden (15-34)	19,1	4,8
New Zealand (25-34)	62,0	18,0

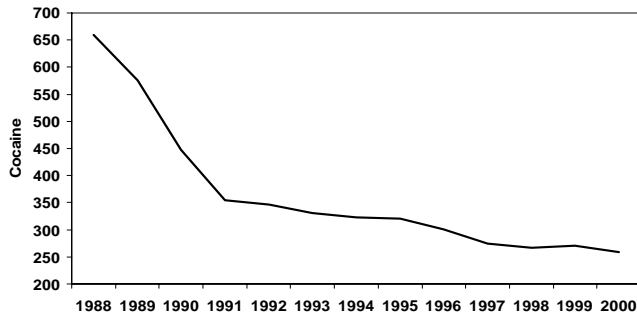
Marihuana und Kokainkonsum in US High Senior Use 1975 – 2007



Marihuana und Kokainkonsum in US High School Senior Use 1975-2007



Total US Kokain Konsum 1988-2000 (in Tonnen)



Konsumindikatoren dürftig für nicht-westliche Länder

- Cannabiskonsum im allgemeinen niedriger
z.B. 2005 Survey Mexico City: Life-time Prävalenz 3.2% von 12-17-Jährigen; US Zahlen 10 mal so hoch
- Heroinkonsum stabil mit Ausnahme von größeren Epidemien in Russland und Zentralasien
- Kokainkonsum bescheiden in nicht-westlichen und einigen südamerikanischen Ländern
Mexico nach wie vor bescheidenes Konsumniveau trotz prominenter Durchfuhrrolle
- ATS undeutlich
- Prävalenzdata stabilisieren in einigen weit-entwickelten Übergangs-ländern
- Drogenkonsumprävalenz steigt in Entwicklungsländern

Veränderungen in der Produktion bescheiden: Opiat- und Kokain

Die Produktion van Opiaten und Kokain konzentriert sich auf sehr beschränkte Anzahl Länder;
Afghanistan ist bei weitem der größte Opium-produzent, Kolumbien der größte Cocaproduzent.

Welche Länder produzieren ist unverändert, lediglich geringfügige Verschiebungen in Produktionsmengen zwischen Ländern.

Veränderungen in der Produktion undeutlich und eher negativ: ATS

ATS Produktion ist verbreitet über mehrere Länder.

Die Zahl der produzierenden Länder ist gewachsen in den letzten zehn Jahren.

Neue Produktionsländer sind hauptsächlich Transitionsländer.

Die ATS-Produktion ist divers, von kleinen Küchenlabors zu großen Massenproduktionslabors.

Es gibt einige Verschiebungen in Produktionsmengen von Ländern mit intensivierten Kontrollen in Länder mit weniger scharfen Kontrollen

Veränderungen in der Produktion eher negativ: Cannabis

Cannabisproduktion ist in mehr als 172 Ländern bekannt.

Die Haschischproduktion ist auf weniger Länder konzentriert als Marihuanaproduktion;

(Haschischproduktion in 58 Ländern, Marihuanaproduktion in 116 Ländern).

Mexico und Marokko sind bedeutende Exporteure aber ohne Bedeutung als Konsumländer

Generell steigt die Anzahl der in Marihuanaproduktion involvierten Länder.

Die Marihuanaproduktion nimmt sehr unterschiedliche Formen an: vom kleinen Eigenbau zuhause zum industriellen Anbau in großem Rahmen

Veränderungen im Handel

Der Impact von Maßnahmen gegen den Handel auf verhandelte Mengen ist schwer messbar.

So sind Beschlagnahmen eher Indikator für Handelsrouten als für verhandelte Mengen

Veränderungen in Handelsrouten kommen regelmäßig vor, z.B.

Zentralasiatische Heroinroute seit 1995

West afrikanische Kokainroute seit 2005

Beispiele unbeabsichtigter Folgen der Drogenpolitik für den Drogenmarkt

Zunehmende umfangreiche Beschlagnahmen auf Handelsrouten führen sehr wahrscheinlich zu größerer Exportnachfrage.

Gewalt unter Produzenten, Händlern und Konsumenten ist großenteils zu erklären als Folge verschärfter Kontrollmaßnahmen.

Ein umfangreicher Schwarzmarkt generiert / stimuliert Korruption.

Als Folge der Bekämpfung von Methamphetaminproduktion Umwelt- und Gesundheitsschäden durch die Ersetzung von großen

Methamphetamin-laboratorien durch kleinere, die sehr unterschiedliche Ingredienzen verwenden.

Drogenpreise sind gesunken, z.B. in EU

Drug type	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cannabis resin	100	99	90	70	73	70
Herbal cannabis	100	98	88	80	85	83
Cocaine	100	93	88	83	79	76
Heroin brown	100	90	82	81	91	87
Amphetamines	100	91	93	85	80	89

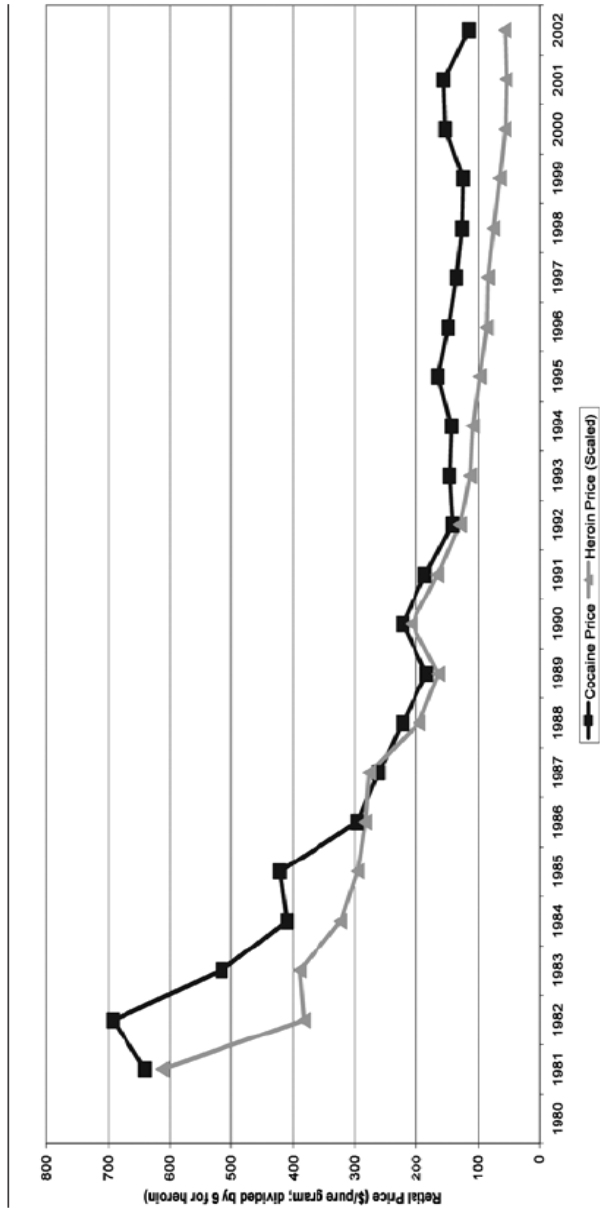
*(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction;
<http://emcdda.europa.eu/stats08/pppfig1>)*

The trends represent the available information on national street-level prices (either typical or mean prices, depending on countries and data available) for each drug in the EU Member States and Norway, weighted by country population sizes to form an overall EU trend. Prices have been adjusted for national inflation rates (base year 2001) and all series indexed to a base of 100 in 2001.

US Kokain und Heroinpreise sind gesunken

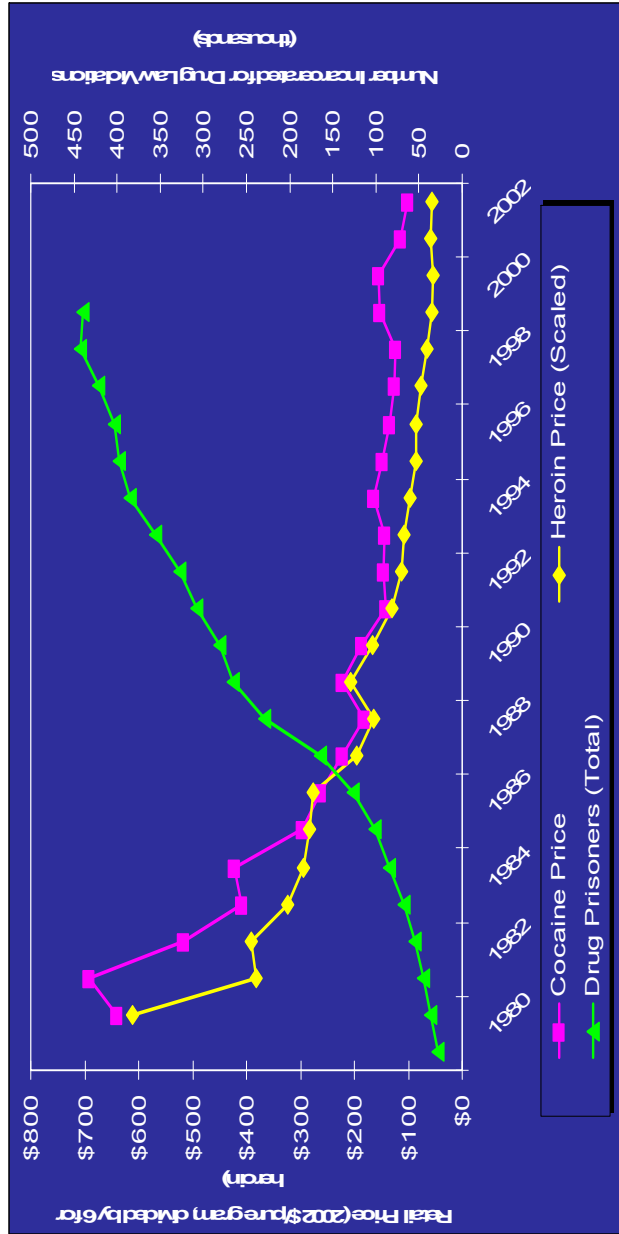
Abb. →

Figure 1: Cocaine and Heroin Prices, United States, 1980-2003



(Office of National Drug Control Policy, 2004)

USA: Drogenbekämpfung intensiviert, Preise gesunken



Schlussfolgerungen: Kontrollmaßnahmen haben minimalen Effekt auf das weltweite Drogenangebot

Beispiele:

Die Zunahme der Kontrollbemühungen wird nicht reflektiert in den Preisen von illegalen Drogen, insbesondere in westlichen Ländern.

Drogenpolitik kann Art und Ort (der negativen Folgen) von Produktion und Handel beeinflussen.

Interventionen haben Einfluss darauf, wo Produktion und Handel stattfinden:

Balloneffekt: Kontrollmaßnahmen in Peru und Bolivien haben in der Verschiebung der Cocaproduktion nach Kolumbien geführt

‚Schließung‘ der Kokain-Schmuggelroute von den Niederländischen Antillen nach Europe hat die Entwicklung der westafrikanischen Route unterstützt

Peter Reuter & Franz Trautmann:

A Report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007. European Commission. Brussels 2009; Trimbo Institute; [www.trimbos.nl](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm)

http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm

Die Kosten der Prohibition: Rechts-, sozial- und gesundheitliche Auswirkungen des Drogenverbots auf DrogenkonsumentInnen, Drogenhilfe und Drogenpolitik

Prof.Dr.Heino Stöver, FH Frankfurt/M.

Einleitung

Im Kontext der Drogenhilfe und der angewandten Maßnahmen und Methoden wird viel über Effizienz, Effektivität, Evidenzbasierung, Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation diskutiert – aber werden diese Begriffe auch auf die Drogenpolitik selbst angewandt? Wohl kaum, denn sonst gäbe es zwischenzeitlich mehr Antworten auf dringende Fragen: Erreicht die Drogenpolitik mit dem Verbot bestimmter psychotroper Substanzen einerseits und dem Angebot von „Therapie statt Strafe“ sowie mit Einstellungen der Verfahren andererseits ihre Ziele? Sind die Mittel des Strafaufschubs für einen Therapiebeginn (§§35 ff. BtMG) nachhaltig wirksam, im Sinne einer Aufrechterhaltung von Abstinenz, bzw. Fortsetzung der Behandlung? Wie ist es um General- und Spezialprävention bestellt, d. h. um das Verhindern von Ordnungswidrigkeiten/Straftaten und die Stärkung des gesellschaftlichen und individuellen Rechtsbewusstseins durch eine ordnungsgemäße Durchführung aller Strafverfahren sowie die Gewährleistung der Rechtssicherheit und –gleichheit durch eine einheitliche Rechts- und Strafpraxis? Welche Auswirkungen haben Strafandrohung und Verbote trotz offenkundig massenhafter Übertretungen (am deutlichsten am Beispiel Cannabis) überhaupt? Sind Veränderungen/Verringerungen in der Verbreitung von Drogenkonsum Ausdruck von Zeitgeist und Jugendkultur oder Erfolge der Teilprohibition? Welche Auswirkungen hat das selektive Drogenverbot auf die Ausrichtung und Ausgestaltung der Drogenhilfe und die Gesundheit der DrogenkonsumentInnen? Zumindest die letzte Frage können wir mittlerweile beantworten: Je größer die polizeiliche Repression gegen Heroinkonsumenten, desto mehr Drogentote: Zu diesem Schluss kommt eine Studie der Universität Zürich, die die

Entwicklung der Todesfälle seit 1975 analysierte (Nordt/Stohler 2009).

Die Kriminalisierung der KonsumentInnen verbotener psychotroper Substanzen steht in der Kritik, vor allem aufgrund offensichtlicher Mängel: der Betäubungsmittelverkehr soll zwar durch das Betäubungsmittelgesetz geregelt werden, im Grunde überlässt man ihn aber der Anarchie des Schwarzmarktes - eben ohne Qualitäts- und Preiskontrollen, ohne Jugend- und Verbraucherschutz, und ohne Steuereinnahmen (siehe Beckley Foundation 2010; Caritas 2009).

In einem (über-)kontrollierten sonstigen Staat-Bürger-Verhältnis besteht die Drogenpolitik im wesentlichen aus einer „So tun als ob - Strategie“: so als könnten die Verbote Suchtverhalten und die Suche nach Rausch grundsätzlich steuern, begrenzen oder gänzlich eindämmen. Diese realitätsferne Sichtweise stellt eher Symbol- und willfährige Ausgrenzungspolitik dar, als eine intelligente Regelung von offensichtlich vorhandenen Rausch- und Genussbedürfnissen vieler BürgerInnen. Diese Prohibitions-Strategie ist nicht nur wenig intelligent, sie ist auch enorm teuer, wenn wir uns die Ausgaben und vor allem ihre Relationen ansehen: Setzt man die Kosten für "Repression" in Verhältnis zu den Ausgaben für "Hilfen" ergibt sich ein Verhältnis von 9:1 (Pfeiffer-Gerschel/Flöter 2009).

Es scheint, als hätten wir nicht nur ein Drogenproblem, sondern auch ein massives Drogenpolitikproblem - Legitimationsprobleme von Drogenpolitik durch einen Verlust an Glaubwürdigkeit und Vertrauen. Gleichbehandlung und Verbraucherschutz kann man von dieser „Kontrollkonstruktion“ nicht erwarten.

Das Versagen globaler Drogenkontrollpolitik, oder „Verlorene Jahre “

Die deutsche Drogenkontrollpolitik kann nur im Kontext globaler UNO-Drogenkontrollpolitik verstanden werden: Sie hat durch eine Vielzahl von Verflechtungen und Verpflichtungen wenig Gestaltungsspielraum. Besonders deutlich wird das Dilemma angesichts hoffnungslos unrealistischer Zielvorgaben der UNO. Die UN-

Orientierung der letzten zehn Jahre „A drug free world – we can make it!“ macht deutlich, dass noch immer so getan wird, als ob der globale Drogenkrieg zu gewinnen sei. Der am Vorabend des UN-Treffens zur Drogenpolitik der nächsten zehn Jahre im März 2009 in Wien veröffentlichte Bericht der Europäischen Kommission über die ‚Erfolge‘ der Versuche der UN-Kontrollpolitik in den letzten zehn Jahren hat ein klares, gleichwohl erschütterndes Ergebnis: zehn verlorene Jahre – verschwendete Zeit! Der Bericht sagt deutlich: „Allgemein gesprochen hat sich die Situation in einigen der reichen Länder ein wenig verbessert, während sie für andere Länder schlechter geworden ist, und sich für einige Länder sogar erheblich und substantiell verschlechtert hat, unter ihnen einige Entwicklungsländer oder Länder in Transition“ (Reuter/Trautmann 2009), d. h. im Übergangsstadium von einer auf zentraler Planung beruhenden Wirtschaftsform in eine marktwirtschaftlich organisierte Gesellschaftsordnung.

Die Zahl der intravenösen DrogenkonsumentInnen hat weltweit 15 Millionen erreicht und macht zehn Prozent der globalen HIV-Infektionen aus; für HBV/HCV sind keine Zahlen bekannt. Vor dem Hintergrund der Prohibition gegenüber einem erheblichen Teil psychotroper Substanzen ist der herrschende drogenpolitische Diskurs im Wesentlichen ein Problematisierungs- und Stigmatisierungsdiskurs. Es ist selten die Rede von positiven, gelingenden Beispielen der Integration und Kontrolle des Drogenkonsums bzw. eines nicht-stoffgebundenen Verhaltens, sondern es erfolgt eine Fixierung auf die zwei bis fünf Prozent starke intensiv Cannabis rauchende Gruppe, auf die binge-Trinker, auf die 0,5 Prozent Lotto-Süchtigen, die jeweils für die Gesamtheit genommen wird. Und welche Folgen und unbeabsichtigten Nebenwirkungen hat die Teilprohibition auf allen gesellschaftlichen Ebenen:

Stigmatisierung, Ausgrenzungen, sozialer Ausschluss und immense gesundheitliche Probleme der KonsumentInnen, Korruption bei Polizei und Zoll, Arbeitsüberlastung der Richter, Hehlerei, Bandenbildung, Prostitution, von Familientragödien bis hin zu nationalen immer rasanter eskalierenden Drogenkriegskatastrophen (z.B. Mexiko, siehe Justice in Mexico Project 2010) oder gar geopolitischen Veränderungen?

Eine kurze Geschichte der BtMG-Entwicklung und der Widerstände dagegen

Eine Gesamtsicht auf das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) ist deshalb so wichtig, weil die aktuelle Diskussion oftmals zu kurz greift, indem sie nur auf die Drogenhilfe-bezogenen BtMG-Paragrafen fokussiert (z. B. §§ 29, 35 ff.), aber den Kriminalisierungsprozess mit all seinen Folgen für die Betroffenen aus dem Blick verliert. Dieser Prozess ist gekennzeichnet durch Diskriminierung und Ausgrenzung der Menschen, die nur eine andere Drogenpräferenz leben, als die Mehrheit der Bevölkerung.

Anfang der 70er Jahre waren die Auseinandersetzungen mit dem BtMG stärker, z. B. im Streik vieler Berliner Drogenberatungsstellen gegen die gesetzliche Verquickung von Justiz und Hilfe. Es gab Zusammenschlüsse von Hilfeeinrichtungen, wie z. B. die „AG Nord“, die das Diskriminierungs-potential des selektiven Drogenverbots in vielen Aktionen deutlich gemacht haben, „Smoke Ins“, Aktionen gegen die Verquickung von Justiz und Hilfe, gegen den Zwang zur Therapie. Das Drogenverbot war auch eine Herausforderung, auf die sich Anhänger der sich nun gerade auflösenden politisch linken Gruppierungen der Post-Studentenzeiten stürzten und den Zusammenhang von staatlicher Willkür und Verfolgung von Minderheiten thematisierten und skandalisierten. Der gesellschaftliche Aufbruch basierte auf Hedonismus, Freiwilligkeit in den Entscheidungen und Aufklärung, nicht auf Zwangstherapie und Entmündigung (vgl. Stöver 1995). Das Ergebnis dieser starken Politisierung des Drogenthemas waren ideologische Grabenkämpfe zwischen Anhängern der ‚Anti-Psychiatrie‘ und den harten therapeutischen Konfrontationsschulen (siehe Müller/Schuller/Tschesche 1983). Aber es wurden in dieser Zeit wichtige Zusammenhänge benannt und wichtige Fragen gestellt, wie denn Zwang und Therapie miteinander vereinbar sind, ob eine auf Freiwilligkeit aufbauende Gesundheitsversorgung Drogenabhängiger wirksam sein kann, und wie die Betroffenen wieder mobilisiert werden können etc. Bei der Frage, welche Effekte eine auf stationäre Drogenhilfe ausgerichtete Drogenpolitik hat, ging es um eine kritische Auseinandersetzung mit dem Modell der so genannten „Therapiekette“, bei dem Abhängige

die Stationen ‚Beratung‘, ‚Entzug‘, ‚stationäre Langzeittherapie‘ sowie ‚Nachsorge‘ in dieser Reihenfolge zu durchlaufen hatten, um so das Ziel der dauerhaften Abstinenz zu erreichen. Der Aufbau einer differenzierten, mit der Justiz kooperierenden Drogenhilfeinfrastruktur in Deutschland war unaufhaltsam. Die Kritiker dieser Entwicklung bemängelten vor allem:

- Die *Abstinenzorientierung* als ausschließliches Ziel und gar Voraussetzung der Hilfe
- Die Fixierung auf „*Leidensdruck-Erzeugung*“ (mit therapeutisch-justiziellen Mitteln) und „*helfenden Zwang*“ als probate Mittel der vermeintlicher Motivationsförderung
- Eine *lineares statt zirkuläres Verständnis von Suchtbewältigung* und –beendigung: Sucht als chronisch rezidivierende Erkrankung bedeutet, dass der Rückfall der Normalfall ist, und damit muss therapeutisch gearbeitet werden
- die anachronistische Entwicklung der Drogenhilfe hin zu *stationären, hierarchisch geführten Großeinrichtungen*, wo doch die Antipsychiatrie-Bewegung gerade die psychiatrischen Großeinrichtungen auflöste. Zu deutlich war es geworden, dass diese Institutionen für Menschen mit Drogenabhängigkeiten erhebliche neue Probleme und problematische Szenen schufen, statt sie zu auflösen.
- Die *ökonomischen Eigeninteressen* der Therapieriesen entwickelten eine Ausbau-Euphorie, die von der Politik und der allgemeinen Öffentlichkeit unterstützt und finanziert wurde - endlich schien man ein Instrument zur Bekämpfung des Drogenkonsums zu haben.
- Die *Verkrankung der Abhängigen*, denen ein Therapiebedürfnis von langer Dauer unterstellt wurde (bis zu 24 Monaten stationärer Langzeittherapie plus Nachsorge). TherapeutInnen waren geradezu beseelt von der Vorstellung der Umerziehung. Sie waren die Definiteure der Störung und Erkrankung, der nur mit sozialen und psychotherapeutischen Mitteln beizukommen war.
- Die *Menschenrechtsverletzungen* in zum Teil entwürdigenden Zuständen der Großeinrichtungen.

Die Kritik an diesem Modell eindimensional abstinenz-orientierter Beratungs- und Therapiezentren hätte noch viele Jahre weitergeführt werden können – ohne große Erfolge. Erst das Auftreten von HIV/AIDS in der Population der DrogenkonsumentInnen etwa ab 1982 hat die gesellschaftliche Aufmerksamkeit gebunden und hat die gesundheitliche und soziale Verelendung vieler Menschen, die nicht, noch nicht oder nicht mehr in der Lage, bereit oder willens waren, sich in den Prozess der ‚therapeutischen Kette‘ zu begeben, deutlich gemacht. Plötzlich war klar, dass das hochschwellige, viele Voraussetzungen erfordernde Drogenhilfesystem an den Möglichkeiten und Ressourcen vieler Menschen vorbei ging: Allein der Kontakt war schon zielgerichtet auf die Therapiekette, ein zieloffener Kontakt, der auf Freiwilligkeit setzte schien unmöglich zu sein. Dies war die Geburtsstunde der akzeptierenden Drogenarbeit, die den scheinbar selbstverständlichen Zusammenhang von Therapie und Hilfe auf den Boden der Tatsachen brachte und Hilfen für Menschen einforderte, die eben nicht von der Therapiekette erreicht wurden (Herwig-Lempp/Stöver 1988). Hilfe auch für Abhängige, die keinen „Leidensdruck“ spürten, sich in stationäre Einrichtungen zu begeben, ambulant, auf Freiwilligkeit basierend – das war das Credo. Die AIDS-Hilfen, einige kleinere Initiativen und Vereine waren bedeutende Motoren dieser Bewegung, anfangs belächelt und diffamiert, brachten sie das System der Drogenhilfe in den einzelnen Städten durcheinander (vgl. Stöver 1999). Die essentiell wichtige Frage nach der Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck ist vor allem über die AIDS-Hilfen beantwortet worden (Schuller/Stöver 1989).

Mit der Rückkehr der Medizin ab Ende der 1980er Jahre über die Substitutionsbehandlung zuerst nur für HIV-infizierte bzw. an Aids erkrankter Drogenabhängiger kam dann eine weitere Komponente ins Spiel, die vor allem die ambulante Versorgung vieler Drogenabhängigen verbesserte. Ab Anfang/Mitte der 90er Jahre war Drogenpolitik nun eher (lokale) Gesundheitspolitik und Drogen-/AIDS-Hilfe, und nicht mehr der große Wurf gesellschaftlichen Aufbruchs (in dem Drogen z. T. eine Katalysatorfunktion zugeschrieben wurde, auszusteigen!). Gesamtgesellschaftliche, z. T. radikale Perspektiven wurden von realpolitischen Orientierungen überlagert. Dies ist auch der Hintergrund für den Perspektivenwechsel des drogenpolitischen

Widerstandes: Nicht mehr das gesamte Gesetzeswerk „Betäubungsmittelgesetz“ wurde Gegenstand kritischer Analysen und Auseinandersetzungen, sondern einzelne Veränderungen und Verbesserungen wurden diskutiert (z. B. Straffreiheit der Spritzenvergabe, Besitz geringer Mengen zum Eigenverbrauch etc.; vgl. Stöver 2009). Der Zusammenhang von Kriminalisierung und Drogenhilfe ist in den letzten 30 Jahren stets benannt worden – zwar mit unterschiedlichen Ausrichtungen und Zielperspektiven (vgl. Schmidt-Semisch 1995), aber die Infragestellung des gesamten Betäubungsmittelgesetzes ist dabei immer stärker in den Hintergrund getreten. Sowohl die Wiederholung immer derselben Forderung, als auch die internationalen und auch nationalen Kräfteverhältnisse haben realpolitisch nur einzelne Aspekte der Kriminalisierungspolitik thematisieren lassen: Ordnungs-/Gesundheits- und Sozialpolitik. Die große drogenpolitische oder volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Kriminalisierung jedoch, die alle Aspekte der Prohibition benennt (Kosten und übrige Auswirkungen auf Gerichte, Polizei, Justizvollzug, Krankenhäuser, Mortalität, Morbidität etc.) ist nie aufgemacht worden.

Bei aller Thematisierung des Modeworts „Evidenz-Basierung“ ist dies nie auf die (teilprohibitive) Drogenpolitik selbst angewandt worden: Es gibt keine öffentlich oder privat geförderten Forschungsprojekte, die untersuchen, wie effektiv und effizient eigentlich diese Drogenpolitik ist, und welche Risiken, Neben- und Wechselwirkungen Kriminalisierung auf die Gesundheit der DrogenkonsumentInnen hat, und welche Folgen eines nicht-strafrechtlich bewehrten Umgangs zu erwarten wären, oder aus anderen Zusammenhängen und Regionen Europas bereits bekannt und ggf. übertragbar sind. Einige Arbeiten (z. B. Gegenhuber/Werdenich/Kryspin-Exner 2009) haben in den letzten Jahren gezeigt, dass trotz „richterlicher Therapieauflagen“ Therapiemotivationen vor allem auch über die Qualität der Behandlung erzeugt werden können, also erst im therapeutischen Prozess. Klienten mit Auflagen schneiden im End-ergebnis nicht schlechter ab, als Klienten ohne. Allerdings kann man auch fragen, ob es nicht sinnvoll wäre, den staatlich ausgeübten „helfenden Zwang“ ganz aufzuheben, also über den Verzicht auf eine Bestrafung der Abhängigen eine Herauslösung aus der Kriminalisierungsdynamik zu erreichen.

Entkriminalisierung durch immer ausdifferenziertere Drogenhilfe?

Jenseits der strukturellen Bedrohung durch das Strafrecht haben viele in der Drogenhilfe geglaubt, man müsse nur die Angebote so stark ausdifferenzieren, dass eine massive Lebenslagenverbesserung für Drogenabhängige erreicht werden könne:

Kontaktläden, Drogenkonsumräume, Betreutes Wohnen, streetwork, mittlerweile mehr als 72.200 Menschen in Substitutionsbehandlung (Stand: 1.7.2008), psychosoziale Betreuung, Heroinverschreibung an bislang noch einige wenige, also unmittelbare Innovationen im Drogenhilfesektor (vgl. Michels/Stöver 1999). Und ganz sicher waren und sind viele dieser Angebote lebensrettend, wirken sozial und gesundheitlich stabilisierend, und tragen zur Verbesserung der Lebensqualität vieler KlientInnen bei. Und natürlich hilft Drogenhilfe dabei, besondere schwarzmarktinduzierte Risiken zu vermindern, die Härte der Kriminalisierung abzumildern und offene Drogenszenen zu verhindern. Die Grenzen dieser akzeptierenden Drogenarbeit sind allerdings täglich spürbar, wenn nämlich für die KlientInnen trotz aller Routinen und Vorsichtsmaßnahmen die Folgen der Prohibition in Gestalt unkalkulierbarer Substanzen auf der Straße und/oder der Strafverfolgungsbehörden ins Spiel kommen. Und Deutschland hat auf der Seite der Polizei und die gute Kooperation bei der Einrichtung der mehr als 20 Drogenkonsumräume wenig aufzubieten, was einen pragmatischen Umgang mit dem offensichtlich vorhandenen Drogenpolitikproblem darstellen würde. Das liegt daran, dass die Polizeiarbeit in Deutschland durch das Legalitätsprinzip gekennzeichnet ist, im Gegensatz etwa zum in den Niederlanden üblichen Opportunitätsprinzip. Das bedeutet auch, dass von der deutschen Polizeistrategie keine Anstöße für eine wirksame Abmilderung der Verfolgungshärte zu erwarten ist (Ausnahme: „Polizeipräsidenten fordern: Heroin vom Staat“; SPIEGEL 5/97). Lediglich der Polizeipräsident der Stadt Münster (Wimber 2010) wagt eine Realitätsprüfung: in Bezug auf den Drogenkonsum geht er in einem veröffentlichten Brief von einer "weitgehenden Erfolglosigkeit staatlicher Repression" aus und prangert die "politische Unbeweglichkeit" etwa mit Blick auf den Konsum von Marihuana an.

Und so war denn auch der gesamte „Drogentourismus“ vieler Bundestags- und Landtagsabgeordneter in die Niederlande fast vergebens: Die Bilder von den ersten Konsumräumen, Spritzenautomaten, geschützten Straßenstrichen, harm reduction-Maßnahmen bei der Polizei (z. B. Spritzenmitgabe nach Entlassung aus der Polizeiuntersuchung), einem Altersheim für Alt-Junkies, oder den Mc Smokes/McDrives waren fast vergeblich – sie dienten ein eher der Illustration all dessen, was möglich ist. Seit einigen Jahren führt der „Drogentourismus“ der Abgeordneten nicht mehr nach Holland, sondern in die Schweiz. Viele der Innovationen, die wir heute kennen und eingeführt haben: Spritzenvergabe allgemein, Spritzenvergabe im Gefängnis (in Deutschland nur noch in einem von 220 Gefängnissen insgesamt), Methadonverschreibung, Heroinvergabe oder Drogenkonsumräume. Auch das Thema gendersensible Drogenarbeit hat seine Wurzeln in der Schweiz.

Das Beispiel ‚DieCannabiskampagne‘

Vor fünf Jahren hat *akzept*, der Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, zusammen mit vielen anderen Institutionen eine Initiative zur Entkriminalisierung von CannabiskonsumentInnen gestartet, basierend auf einem Minimalkonsens von vier Forderungen:

- Entkriminalisierung der KonsumentInnen: Straffreiheit für den Besitz „geringer Mengen“ bis zu 30 Gramm Cannabis
- Zulassung von Hanf als Medizin, Unterstützung der Erforschung weiterer therapeutischer Potentiale und medizinischer Einsatzgebiete
- Straffreiheit des Anbaus von Cannabis für den Eigenbedarf
- Zurücknahme der gegenwärtig diskriminierenden Führerscheinregelung: Differenzierung im Führerscheinrecht zwischen aktuellem und zurückliegendem Konsum von Cannabis

In der Durchführung dieser Kampagne konnte man deutlich spüren, wie sehr das Lagerdenken auch auf Seiten der EntkriminalisierungsunterstützerInnen ausgeprägt ist. Da gab es ganz viele, denen 30 Gramm straffreier Besitz nicht genug waren, und denen das alles nicht weit genug ging. Und die überhaupt diesen Minimalkonsensweg für nicht gehenswert hielten. Anderen wiederum ging das doch zu weit und es schien zu unrealistisch. Das Fazit des Endberichtes 2002 lautete wie folgt:

„Die Diskussion um eine Cannabisreformpolitik verläuft wellenartig: Je nach Zeitgeist und Angemessenheit von liberaler Grundstimmung in der Gesellschaft variiert die Zustimmung in der Bevölkerung und in der Politik von Zustimmung bis Ablehnung. Im Moment scheint das Stimmungsbarometer jüngsten Umfragen zufolge langsam in die Richtung Liberalisierung des Cannabis-Verbots auszuschnellen. Welche Auswirkung das auf die Politik haben wird, lässt sich erst nach der Bundestagswahl am 22.9. 2002 besser bestimmen. Welche Koalition danach auch immer regieren wird, es wird schwierig (bleiben) kleinere Reformfortschritte durchzusetzen. Trotz aller gegenwärtigen Bereitschaft das Thema „Cannabis“ nach oben auf die Tagesordnung drogenpolitischer Diskussionen zu setzen, bleibt das Thema mit großer Symbolik behaftet – und auch 20 Jahre (heimliche) Integration des Cannabiskonsums in den Lebensalltag vieler hunderttausend Menschen scheint daran wenig geändert zu haben: Lethargie, ‚Amotivationales Syndrom‘, Einstiegsdroge, physische Ruinösität, psychischer Abbau – all das sind die Begriffe mit denen Cannabis verbunden und z. T. gleichgesetzt wird.“

Dieses Fazit war aus heutiger Sicht recht optimistisch: Auch in den Jahren danach hat sich keine weitere Liberalisierung ergeben. Immer noch wird ein Großteil der jährlich ca. 250.000 polizeilich festgestellten Drogendelikte im Zusammenhang mit Cannabis begangen, die Mehrheit davon wiederum bei Cannabisdelikten im Bereich zum Eigenbedarf (siehe Bundesministerium des Innern (2009). Was dennoch als Erfolg der Cannabiskampagne gewertet werden kann sind:

- Sensibilisierung der Öffentlichkeit,
- Zusammenfassung verschiedener Cannabisreform-Initiativen,

- politische Kontakte mit dem Ziel weiterer Einflussnahme,
- Anstoß zur Entwicklung fachlich fundierter und weiterführender Kontrollalternativen,
- internationaler Austausch.

Die Kosten der Prohibition – das Beispiel Justizvollzug

Da wir keine Daten aus der Drogenpolitikforschung haben, müssen uns bei all diesen Fragen nach den Kosten der Prohibition auf Vermutungen bezüglich der indirekten Kosten beschränken.

Zu allererst muss der Bereich der Kriminalisierung und Inhaftierung angesprochen werden. Am Beispiel der indirekten Kosten im Bereich des Justizvollzugs lässt sich verdeutlichen, wie Drogenkonsum die Sicherungs- und Behandlungsaufgabe des Justizvollzuges konterkariert und immer aufs Neue gefährdet. Die Institution Gefängnis ist in ihren Ausführungsmöglichkeiten, in ihrer Durchführbarkeit wesentlich beeinflusst von der hohen Prävalenz von Drogenkonsum und den gesundheitlichen Folgewirkungen. In vielen Bereichen sagen Strafvollzugspraktiker, dass die Durchführung der Haftstrafe gar noch mit dem Anspruch eines Behandlungsvollzuges massiv beeinträchtigt wird von der großen Zahl inhaftierter DrogengebraucherInnen. Wir müssen von mindestens 22 bis 30 Prozent ausgehen, die i.v. DrogenkonsumentInnen sind, obwohl laut Bundesamt für Statistik nur 14 Prozent aufgrund eines Betäubungsmitteldeliktes inhaftiert worden sind. Jüngste Studien haben deutlich gemacht, dass die HIV-Prävalenz bei etwa einem Prozent, die HCV-Prävalenz bei 14 bis 17% aller Inhaftierten liegt (Schulte et al. 2008; Radun et al. 2007). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, sind aktuelle/ehemalige intravenöse Drogenkonsumenten (> 73-fach), HCV- (> 20-fach) und HIV-Infektionen (> 16-fach) in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (siehe Tabelle 1).

	IDUs	HCV	HIV
Haftanstalten^{1,2}	21,9% - 29,6%	14,3% - 17,6%	0,8% - 1,2%
Allgemeinbevölkerung	0,3% ³	0,4% - 0,7% ⁴	0,05% ⁵
Faktor	73 – 99-fach	20 - 44-fach	16 - 24-fach

Tabelle 1: Anteil intravenöser Drogenkonsumenten (IDUs) und drogenassoziierter Infektionserkrankungen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung, Quellen: ¹ Radun et al. 2007; ² Schulte et al.; ³ EBDD 2006; ⁴ RKI 2007; ⁵ UNAIDS 2005.

Suchtmedizinische Versorgungssituation in Haft

Während sich in Freiheit eine Vielzahl verschiedenschwelliger Hilfen mit unterschiedlichen Zielsetzungen in den letzten 20 Jahren entwickelt haben (Suchtbegleitung, Harm Reduction/ schadensmindernde Maßnahmen, ambulante Therapie, Substitutionsbehandlung etc. vgl. Böllinger & Stöver 2002), ist das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Vollzug überwiegend immer noch reduziert auf abstinenzorientierte Hilfen. Dies geht einher mit der Setzung eines drogenfreien Gefängnisses und der Vorstellung, der Vollzug wäre ein Institution, die Drogenabhängigkeit erfolgreich zu überwinden oder ‚auszuschalten‘. Gleichzeitig wird das Signal an die Gesellschaft gesendet, Gefängnisse seien drogenfrei, der Sicherheitsauftrag sei erfolgreich erfüllt – eine Politik, die innerhalb und außerhalb von Gefängnissen eine große sozialpsychologische und politische Bedeutung erhält. Drogenkonsum im Gefängnis mit all seinen Risiken kann so in einer Ausblendung von Ambivalenz und Reduktion von Komplexität erfolgreich ausgeklammert werden.

Zugrunde liegt dieser Politik ein fehlendes oder falsches Verständnis von „Abhängigkeit“. Insbesondere Opiatabhängigkeit ist als eine schwere, chronisch rezidivierende Erkrankung zu verstehen, in denen der Rückfall (oder ‚Beikonsum‘) naturgemäß häufig auftritt und in die Behandlungskonzeption integriert werden muss (vgl. Michels et al. 2009). Auch wenn der Konsum psychotroper Sub-

stanzen während der Haftzeit reduziert oder gar eingestellt wird, bedeutet dies unmittelbar nach Haftentlassung nicht selten erneute Rückfälle („Kompensationskonsum“ für die Zwangsabstinenz), für OpiatkonsumentInnen sogar mit stark erhöhtem Mortalitätsrisiko (vgl. Heinemann et al. 2002). Insofern ist verstärkt daran zu arbeiten, das Verständnis und den Umgang mit Suchterkrankungen sowohl bei MedizinerInnen als auch bei der Gefängnisleitung zu verbessern und aktiv und offensiv solche Suchtprobleme in Haft anzusprechen.

Die Eindimensionalität der Ausrichtung der Hilfen auf abstinenzorientierte Angebote (weil sie scheinbar mit dem Vollzugsziel, „auf ein Leben ohne Straftaten vorbereiten zu wollen“, identisch sind) blendet die gesundheitlichen und sozialen Versorgungsnotwendigkeiten von Gefangenen mit langjährig fortgesetztem Drogenkonsum und damit zusammenhängenden Gesundheitsbelastungen aus. Abstinenz ist für viele langjährig Drogen konsumierende Gefangene nicht oder nicht mehr eine realistische Option. Suchtbegleitung, als eine offensiv auf Schadensbegrenzung abzielende Begleitung des Drogenabhängigen, ist innerhalb des Strafvollzuges so gut wie nicht entwickelt worden. Insbesondere die Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Gefangene fristet nur ein Schattendasein in Deutschland (Stöver et al. 2009). An diesem Beispiel zeigt sich ein Beispiel von gesundheitlicher Ungleichheit: Drogenabhängigen stehen nicht dieselben erfolgreichen und wirksamen Präventions- und Behandlungsangebote zur Verfügung, wie in Freiheit. Nur etwa 500-700 (von 20.000) i.v. Drogenabhängigen in Haft erhalten eine Substitutionsbehandlung, nur in einer Haftanstalt (JVA für Frauen Lichtenberg/Berlin) werden sterile Spritzen an drogenabhängige Frauen vergeben (von mehr als 220 Haftanstalten in Deutschland).

Die hohe Konzentration von intravenösen Drogenkonsumenten mit assoziierten Folgeerkrankungen (Studien verdeutlichen, dass „Inhaftierung“ einen unabhängigen Prädiktor für den Erwerb einer HCV- Infektion darstellt) in deutschen Haftanstalten erfordert adäquate Antworten. Dies gilt insbesondere unter der Berücksichtigung, dass das Setting Gefängnis zum einen – aufgrund einer hohen Durchlaufquote von kurzzeitig Inhaftierten - eine hohe Bedeutung für die Gesundheit der übrigen Gesellschaft hat, und

dass zum anderen die außerhalb von Haftanstalten erwiesenermaßen effizienten Therapien ebenso erfolgreich unter Haftbedingungen durchgeführt werden können (Stöver et al. 2008).

Entkriminalisierende Praxis

Das Betäubungsmittelgesetz ist in mehreren Bereichen sehr bedeutsam gewesen in der Behinderung gebotener adäquater - heute würde man sagen - evidenz-basierter Hilfen, die aus dem Ausland bekannt sind, die weitflächig eingesetzt worden sind und die aber in Deutschland auf Grund bestimmter Paragraphen (z. B. §§ 13, 29 BtmG) nicht umgesetzt werden konnten. Die schnelle Hilfe für z. B. Opioidabhängige, die nötig war angesichts der HIV/AIDS-Krise stand in den ersten zehn Jahren immer im Verdacht Rechtsnormen zu übertreten. Dies wird schnell klar anhand der Beispiele ‚Substitutionsbehandlung‘ oder ‚Abgabe steriler Einwegspritzen‘. Dies sind Antworten auf besondere Risiken, die mit besseren, zur Verfügung stehenden, bekannten, erprobten und erforschten Mitteln hätten bewältigt werden können. Die engen rechtlichen Rahmenbedingungen führten in beiden Bereichen zu einem Zeitverzug bis zur Einführung von zehn Jahren (Spritzenvergabe) bzw. 15 Jahren (Substitutionsbehandlung, die in Deutschland annähernd flächendeckend erst Mitte bis Ende der 90iger Jahre wirksam wurde), was nichts anderes bedeutet, als dass wir wertvolle Jahre verloren haben. Als die Substitutionsbehandlung einen Effekt auf den Gesundheitsstatus vieler KlientInnen entfalten konnte, hatte diese Klientel die um 15 Jahre verzögerte Einführung der Behandlung bereits überbrückt mit einem massiven Mischdrogengebrauch. Nachdem in Deutschland Anfang der 90er Jahre die so genannte ‚Roche-Phase‘ vorbei war (benannt nach der Medikamentenfirma F. Hoffmann-La Roche AG und gekennzeichnet durch einen hohen Barbiturat-/Benzodiazepingebrauch), ist die Substitutionsbehandlung auf ganz andere Voraussetzungen gestoßen, als etwa zehn Jahre vorher in der Schweiz oder 15 Jahre vorher in Holland, Länder in denen bereits seit vielen Jahren substituiert wurde. Was Fachleute daraus lernen können ist, dass sie noch offensiver und vor allem wieder (fach-)politischer sein müssen, denn es sind die Politiker, die

– ideologisch-moralisch verblindet - nicht begreifen, was die Nicht-Nutzung bewährter Hilfestrategien und -instrumente bedeuten kann (siehe Heroinbehandlung gegenwärtig in Deutschland). Die Opiat-abhängigkeit ist eine derart schwere Erkrankung für viele langjährig konsumierende, dass man überhaupt nicht auf erwiesenermaßen erprobte und bewährte Mittel verzichten darf.

Ähnlich verhielt es sich mit der Abgabe steriler Einwegspritzen. Diese wurde bereits Anfang 1982 begonnen, erfuhr aber erst 1992 mit der simplen Zufügung eines Satzes im BtMG eine Legalisierung. Auch in diesem Fall wurden im Grunde genommen durch das gesetzliche Regelwerk Jahre verschwendet, weil viele Apotheker rechtlich verunsichert waren und sich deswegen zunächst nicht an der Abgabe beteiligten. Der Bundesapothekerverband sprach sich anfänglich unter Verweis auf § 29 BtmG gegen eine Spritzenvergabe aus, weil man befürchtete, dass durch die Abgabe der Straftatbestand der Beihilfe zum unerlaubten Gebrauch von Betäubungsmitteln erfüllt sei. Eine frühe klarstellende Regelung hätte sehr viel Nutzen gebracht. Aber auch andere Bereiche werden in hohem Maße von Befürwortern der Prohibition diffamiert oder sind Restriktion unterworfen worden. Das langsame Herausbilden des Fachs Suchtmedizin, also die sehr zögerliche Spezialisierung von Ärzten in diesem Bereich, das Comeback der Ärzte in der Suchtbehandlung, hängt ja nicht zuletzt – bis heute – mit dem Image der „Dirty Medicine“ zusammen, die durch Strafverfolgung/-drohung ständig untermauert wird. Das hat dazu beigetragen, dass sich viele Ärzte anfangs nicht in diesen Bereich hineingewagt haben und es zum Teil auch heute noch nicht tun, trotzdem gerade dort dringend Hilfe benötigt wird.

What works? – Alternativen zu Kontrolle und Kriminalisierung

Im europäischen Kontext müssen erfolgreiche Beispiele alternativer und nachhaltig guter Drogenpolitik identifiziert werden und die Möglichkeit einer der Übernahme in deutsche Verhältnisse muss sehr genau geprüft werden. Welche Kontrollalternativen gibt es (etwa im BtMG, in der BtMVV oder im Arzneimittelgesetz - AMG)? Werden sie geprüft? Was kostet die Teilprohibition überhaupt und

wem nützt sie? Aber auch: Wie können wirksame, ernstzunehmende drogenpolitische Alternativen entwickelt werden? Die jüngste Entkriminalisierungspolitik in Portugal und neuerdings Tschechien zeigen, dass massive Veränderungen möglich sind. Portugal hat seit 2001 ein Gesetz, das den Konsum und den Besitz von Drogen zum Eigenbedarf ausdrücklich entkriminalisiert. Die Auswertung der Daten der ersten sieben Jahre mit dieser neuen Strategie bestätigt den gewählten Entkriminalisierungsansatz: Das Gesetz hat zu keinen negativen Auswirkungen auf die Verbreitung des Drogenkonsums geführt (etwa eine Zunahme des Konsums oder drogenkonsumbedingter Krankheiten). Gleichzeitig werden natürlich ausführliche Beratungs- und Therapieangebote bereitgestellt, die ohne Strafdruck in Anspruch genommen werden können. (Greenwald 2009).

Tschechien verfügt seit dem 1. Januar über die liberalsten Drogenetze in der ganzen EU. Für den eigenen Bedarf sind dort seit dem 1. Januar nicht nur 15 Gramm Marihuana, sondern auch kleine Mengen härtere Drogen: nämlich 5 LSD Trips, 2 Gramm Amph- bzw. Methamphetamine, 4 Extasy Pillen und sogar 1,5 Gramm Heroin sowie 1 Gramm Kokain erlaubt.

Am 19.10.2009 legalisierte die Obama-Regierung Cannabis als Medizin. 14 Bundesstaaten der USA haben Gesetze geschaffen, die Patienten die Anwendung von Marihuana oder Haschisch als Medizin erlauben, (in sog. "Cannabis Dispensaries"). Die DEA und andere Bundesbehörden dürfen nach einer Weisung des Justizministeriums nur noch dann aktiv werden, wenn die Cannabisapotheken gegen Staatsgesetze verstoßen.

Also warum dann überhaupt noch strafen bei Besitz zum Eigenbedarf? Obwohl in den Niederlanden Cannabisprodukte recht frei und offen verfügbar sind, ist die Konsumprävalenz im europäischen Vergleich recht gering: Nach dem Jahresbericht 2009 der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA 2009) haben 5,4% der Erwachsenen in den Niederlanden (im Alter von 15 bis 64 Jahren) in den letzten 12 Monaten Cannabiskonsum konsumiert, verglichen mit dem europäischen

Durchschnitt von 6,8 Prozent, mit der höchsten Rate von 14,6 Prozent in Italien).

Könnte dann nicht auch irgendwann §§35 BtMG abgeschafft und auf die Attraktivität von natürlich ausreichend vorhandenen Behandlungsangeboten gesetzt werden? Warum nicht auch im Therapiebereich den Markt öffnen, bei dem die attraktivsten Angebote mit den größten Effekten übrig bleiben, statt Therapie-Monopolisten zu fördern, die von der ‚strafjustitiellen Zulieferung‘ ihrer Patienten abhängen?

Lebensweltnahe Aufklärung, zielgruppenspezifische Information, Risikoreduktion, Vergabe von Präventionsmaterialien, Substitutionsbehandlung, Heroin-Programme, soziale und gesundheitlich orientierte Unterstützung und Betreuung. Das sind die entscheidenden Hebel mit denen wir letztlich den Begleiterscheinungen und den schwer wiegenden Folgen der Opiat-/Mischdrogenabhängigkeit begegnen können.

Wie weiter?

Anregungen für einen neuen und fundierten drogenpolitischen Diskurs, nach dem Motto ‚Das eine zu tun und das andere nicht zu lassen‘ meint die Grundsatzfrage nach einer Entkriminalisierung der DrogenkonsumentInnen und Legalisierung der Substanzabgabe einerseits zu stellen und andererseits sehr genau in Detailfragen rechtliche Reformen in kleinen Schritten anzuvisieren. Dass dies möglich ist, zeigt sich an folgenden Beispielen:

a) Veränderungen in der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV): im Rahmen der 23. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (23. BtMÄndV) ist der § 5 der (BtMVV) um zwei wichtige Punkte erweitert worden: Danach können Suchtmediziner maximal vier Wochen am Stück und insgesamt zwölf Wochen im Jahr auch durch nicht qualifizierte Kollegen vertreten werden. Urlaubs- und Krankheitsvertretungen werden hiermit erheblich erleichtert. Um Wochenenden und Feiertage sinnvoll zu überbrücken, ist es im Zuge der Novellierung außerdem erlaubt, den

Substitutionspatienten die erforderlichen Mittel für einen Zeitraum von bis zu zwei Tagen zu verschreiben. Diese Regelung führt vor allem in ländlichen Gegenden, in denen die notwendigen Anfahrten oft unzumutbar sind, zu erheblichen Erleichterungen. Darüber hinaus sind auf regionaler Ebene, so zum Beispiel im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen von Berlin, Niedersachsen und Hessen, sogenannte Substitutionsbörsen auf dem Vormarsch. Sie sollen im Rahmen verbindlicher Kooperationen eine wohnortnahe Vermittlung von substituierenden Ärzten gewährleisten.

Dies ist Fortschritt im Detail – für manche kaum spürbar und sicher nicht in befriedigendem Ausmaß und Tempo. Aber deutlich wird dabei, viele müssen dort noch abgeholt werden, wo sie stehen, gefangen im Abstinenzgebot. Und das bedeutet sehr viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit. Während es für einige Substanzen sehr ausgearbeitete alternative Kontrollmodelle gibt (z. B. in Bezug auf Cannabis) gibt es andere Substanzen, die überhaupt noch nicht angesprochen worden sind: Kontrollmodelle zu Kokain, Partydrogen etc.

b) Ein lange umstrittener Versuch, die wissenschaftlich begleitete Diamorphinvergabe (www.heroinstudie.de) ist im Mai 2009 vom deutschen Bundestag als krankenkassenfinanzierte Leistung anerkannt worden. Damit ist der Weg frei, die Palette der Substitutionsmittel für die Behandlung Opioidabhängiger essentiell zu erweitern und den von den herkömmlichen Substitutionsbehandlungen nicht oder nur schlecht erreichten Abhängigen wirksam zu helfen.

Konkret umsetzbare Alternativen zur prohibitiv orientierten Drogenkontrolle werden nur in geringem Umfang diskutiert.

Hilfeansätze wurden und werden soweit ausdifferenziert, dass massive Lebenslagenverbesserungen möglich sind (mehr therapeutische Angebote, Heroinvergabe etc.). Diese können aber das grundsätzliche Dilemma dieser teilprohibitiv ausgerichteten Drogenpolitik nicht aufheben: Es bleibt ein Betäubungsmittelgesetz, das massiv umgesetzt wird (ca. eine Viertel Million polizeilich festgestellte sog. „Drogendelikte“ und mehr als 57.000 straf- oder jugendgerichtliche Verurteilung, 2007) mit einer erheblichen Kriminalisierungs-, sozialen Ausgrenzung und gesundheitlichen Gefährdungs-

wirkung für die KonsumentInnen illegaler psychotroper Substanzen (vgl. Stöver 2008), und gleichzeitig einer Kapitulation vor veränderten Konsummustern (z. B. eine Vielzahl verbotsübertretender Cannabiskonsumenten). Dadurch wird das Gesetz nicht glaubwürdiger!

Die Schlussfolgerung aus der Drogen- und Aids-Hilfe umklammern- den Kriminalisierungspolitik kann nur lauten, dass die Drogen- HIV/Aids-Hilfearbeit nicht nur fachlich-methodisch, sondern immer auch politisch verstanden werden muss!



Heino Stöver

Literatur

Beckley Foundation (2010): Cannabis Policy: Moving Beyond Stalemate. Oxford University Press

Bundesministerium des Innern (2009). Polizeiliche Kriminalstatistik 2008.
Greenwald, G.: Drug Decriminalization in Portugal. Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies. Cato Institute 2009

Caritas (2009): Pressemeldung vom 21.1.2009
EMCDDA, Lisbon, (2009): 2009 Annual report on the state of the drugs problem in Europe. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Gegenhuber, B., Werdenich, W., Kryspin-Exner, I. (2009): Freiwilligkeit oder Zwang. Über die Patientenstruktur und Motivationslage bei Therapie statt Strafe für drogenabhängige Straftäter In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. Volume 3, Number 1 / März 2009

Justice in Mexico Project (2010): Drug Violence in Mexico. Data and Analysis from 2001-2009.
http://www.justicemexico.org/resources/pdf/drug_violence.pdf

Michels, I.I.; Stöver, H. (1999): Nur Hilfe hilft? Zur Ausblendung ordnungspolitischer Vorstellungen in der akzeptierenden Drogenarbeit. In: H.S. (Hrsg.): Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1999, S. 292-300

Michels, I. I.; Sander, G.; Stöver, H. (2009): Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung. Bundesgesundheitsblatt 1/2009

Müller, R.; Schuller, K.; Tschesche, A. (1983): „Freie Therapie“ als totale Institution. In: Bossong, H.; Scheerer, S., Marzahn, Chr. (Hrsg.): Sucht und Ordnung. Drogenpolitik für Helfer und Betroffene. Frankfurt a.M., S. 59-70

Nordt, C., Stohler, R., (2009): Low-threshold methadone treatment, heroin price, police activity and incidence of heroin use: The Zurich experience. In: The International Journal of Drug Policy, Volume 20, Issue 6, Pages 497-501 (November 2009)

Pfeiffer-Gerschel, T., Flöter, S. (2009): Die ökonomischen Auswirkungen der gegenwärtigen Kontrollpolitik. IFT/München. Vortrag auf dem 9. Internationalen akzept-Kongress 2009 in Frankfurt v. 24.-26.9.2009
http://www.akzept.org/kongress/pdf09/kosten_pfeiffer_gerschel.pdf

Reuter, P.; Trautmann, F.: A report on Global Illicit Drugs Markets 1998-2007. European Commission 2009

Schmidt-Semisch, H.: Die prekäre Grenze der Legalität. AG SPAK-Publ., 1994. In: Neue Kriminalpolitik 7, H. 2/1995, S. 55/56

Schuller, K.; Stöver, H. (1989): Die Zugänglichkeit zu sterilem Spritzbesteck. Modelle der HIV-Prävention für i.v. Drogengebraucher im internationalen Vergleich. In: Deutsche AIDS-Hilfe (Hrsg.): AIDS und Drogen - DAH-Forum, Bd. III, 2. Aufl., Berlin 1989, 144 S.

Schulte, B., Gansefort, D., H.S., Reimer, J. (2009): Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: Suchttherapie 10, 125-130

Stöver, H., Herwig-Lempp, J. (1988): Die Notwendigkeit akzeptierender Drogenarbeit. In: Sozialmagazin, H. 9/88, S. 38-49

Stöver, H. (1995): Illegale Drogen in Bremen. Ein Rückblick auf 20 Jahre Drogenkonsum, -hilfe und politik. In: Genuß und Mäßigkeit - Von Wein-Schlürfern, Coffee-Schwelgern und Toback- Schmauchern in Bremen. Beiträge zur Sozialgeschichte Bremens, H. 17 Hrsg. v. Chr. Marzahn, Bremen, Edition Temmen 1995, S. 178-201

Stöver, H., (Hrsg.; 1999): Akzeptierende Drogenarbeit - Eine Zwischenbilanz. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1999

Stöver, H. (2008): Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, R.; Bettinger, F.; Stehr, J. (Hrsg.): Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage (1. Auflage 2005), Wiesbaden: VS Verlag, S. 335-354

Stöver, H. (2009): Fünf Vorworte zum Leitfaden „Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik“. In: Pollähne, H., H.S. (Hrsg.; 2009): Komplemente. In Sachen: Kriminologie, Drogenhilfe, Psychotherapie, Kriminalpolitik. LIT Verlag, Münster, s. 147-164

Wimber, H. (2010): Brief Wimbers an Georg Wurth vom "Deutschen Hanf Verband"
<http://www.derwesten.de/nachrichten/politik/Polizeichef-kritisiert-harte-Drogenpolitik-und-gefaehrdet-seine-Karriere-id2475153.html>

Die ökonomischen Auswirkungen der gegenwärtigen Kontrollpolitik

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel & Dr. Stephanie Flöter, DBDD

Öffentliche Ausgaben für illegale Drogen in Deutschland 2006 Wieso, weshalb, warum?

- Ökonomische Aspekte politischer Maßnahmen werden immer wichtiger
- Eine Evaluation der Kosteneffektivität von Maßnahmen ist nicht möglich und nicht aussagekräftig ohne eine solide Basis

Eine Schätzung der öffentlichen Ausgaben für politische Antworten im Gesamtkontext „illegaler Drogen“ stellt einen wichtigen Zwischenschritt der ökonomischen Evaluation dar

Geschichtsstunde

- Hartwig, K.-H. & Pies, I. (1995)
 - Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvertgabe. Mohr (Paul Siebeck): Tübingen
- DBDD: Selected Issue (2002)
 - Public expenditure in the area of drug-demand reduction (EBDD 2003)
- DBDD: Selected Issue (2007)
 - Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe (EBDD 2008)
- Einige andere Publikationen in den Bereichen Alkohol, Tabak oder Drogen im weiteren Sinne

1) Hartwig, K.-H. & Pies, I. (1995)
Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroinvertgabe. Mohr (Paul Siebeck): Tübingen

„Wirtschaftswissenschaftlichen Überlegungen wird oft mit der Erwartung begegnet, in **ihnen gehe es ausschließlich** (...) **um Kosten-Nutzen-Analysen**, die darauf abstellen, möglichst preiswerte Politikalternativen herauszufinden. (...) doch dient eine vorsichtige Schätzung dieser Kosten (...) einer Orientierung über die Dimensionen, die das Drogenproblem als ein gesellschaftliches Problem derzeit annimmt. Die Zahlen (...) sind wichtig deshalb, weil sich hinter ihnen **letztlich konkrete Biographien und Schicksale** verbergen.“ (III)

„Wirtschaftsethischen Überlegungen wird oft mit der Erwartung begegnet, sie könnten Wertekonflikte entscheiden helfen. Auch dies ist so nicht richtig. (...) Wirtschaftsethik dient dazu, die Diskussion – nicht zu entscheiden, sondern – zu versachlichen und Denkblockaden aus dem Weg zu räumen. (...)“ (IV)

Kosten des Umgangs mit harten Drogen¹⁾

Ergebnisse

Kriminalität im engeren Sinne (Polizei, Justiz, Inhaftierungskosten): **620,5 Mio. €**

Beschaffungskriminalität (Polizei, Justiz, Inhaftierung, gestohlene Güter): **966,5 Mio. €**

Ambulante Beratung und Therapie, stationäre Therapie, Krankenhausbehandlung, Prävention und Forschung sowie Mittel zur **Anbausubstitution**: **343,2 Mio. €**

Insgesamt: **1,9 Mrd. €**

Probleme

Das Behandlungssystem in Deutschland hat sich seit Mitte der 90er Jahre beträchtlich verändert (z.B. durch die Ausweitung der Substitution)

Die Studie bezog sich hauptsächlich auf “harte Drogen”, d.h. vor allem auf Kosten im Zusammenhang mit Heroin.

¹ Hartwig & Pies (1995), 19-34

DBDD: Selected Issue (2002) Public expenditure in the area of drug-demand reduction (EBDD 2003)

Arbeitsfeld		Budget		Aufwand		
		Herkunft	Betrag (Mio €)	Berech. - Grundlage	Kosten pro E/MA/IT	Betrag (Mio €)
Prävention	Information	BMGS/ BZgA	--			
	Massenmediale Aktivitäten	BMGS	6,6			
	Polizeiliche Prävention					
Schadensminimierung	Notfallhilfe					
	Notschlafstellen			61 MA	48.900 €/MA	3,0
Spezialisierte Einrichtungen	Forschung, Monitoring, Training	BMGS	1,1			
	Substitutionsbehandlung			32.447 PL	?	--
	Psychosoziale Begleitung			272 MA	48.900 €/MA	13,3
	„Graue Substitution“			20.000 PL	?	
	951 ambulante Beratungsstellen 23,9% der Klienten mit Hauptdiagnose illegale Drogen (inkl. ambulanter Behandlung)			228,7 E	253.000€/E	57,9
	Entzug			1644 PL	?	
	Stationäre Rehabilitation 25,5% der Gesamtaufwendungen von 434 Mio €	VDR	110,7			
	Eingliederung in Arbeit			1049 PL = 87 MA	48.900 €/MA	4,3
	Betreutes Wohnen			1961 PL = 163 MA	48.900 €/MA	8,0
Einrichtungen der Allgemeinen Gesundheitsversorgung	Ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Therapeuten					
	Krankenhausbehandlung 25,5% von 1.880.673 Pflegetagen (Psychiatrie, Suchtkrankheiten)			479.572 T	202,19 €/T	97,0
Strafverfolgung	Polizeiarbeit					
Rechtsprechung	Rechtsprechung					
	Strafvollzug (Btm §29,1)			3.640 PL	65.700€/ PL	239,1
	Maßregelvollzug			473 PL	65.700€/ PL	31,1
Sonstige	Landes - „Suchtbudget“ 127,1 Mio€, Drogen:23,9%	Länder	30,4			
Gesamt			148,8			453,7
Total			602,5			

57,9 Mio): 951 Beratungsstellen

*23,9% (Anteil illegale) * 253.000 (Budget) = 57,9 Mio.

Total: 602,5 Mio €

Breakdown of direct

public expenditure figures in millions of euro as reported in the Reitox national reports 2002

Germany	343,2	<p>Emergency accommodation (3,0); Psychosocial accompanying (13,3); Outpatient counselling facilities (57,9); Inpatient rehabilitation (25% of € 434 Mio (99,7)); Integration in work (4,3); Cared housing (8,0); Treatment in addiction departments in hospitals (97,0); Substitution treatment (not known but estimated minimum of 30,0); <i>Länder</i> budget 'addiction' 23,9% (drugs share) of € 127 Mio (30,0); (not included: prosecution and enforcement expenditure)</p>
---------	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DBDD: Selected Issue (2007)

Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe (EBDD 2008)

Identifizierte öffentliche Ausgaben

Bundeshaushalt **14,2 Mio.€** (nur Bundesministerium für Gesundheit (BMG), exkl. laufende Personalkosten und Büro der Drogenbeauftragten)

Gesetzliche Rentenversicherung **139,4 Mio.€** (Rehabilitation), **826 Tsd.€** für regionale Selbsthilfe und **1,4 Mio.€** für Mitgliedsorganisationen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Deutsche Suchthilfestatistik: **264 Mio.€** (Schätzung basierend auf 54% aller teilnehmenden Einrichtungen)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Krankheitskosten 2004):
2.666 Mio.€ (F10-F19)

Information aus den Ländern: bruchstückhaft

Zusätzliche Studien, Methoden und Ergebnisse: z.B. spezielle Auswertung im Rahmen der Heroinstudie, Kosteneffektivitätsanalyse von Einsparungseffekten in Gefängnissen; Studie zu Alkohol des Robert Koch-Instituts (RKI)...

Gekennzeichnete „Gesamt“ausgaben in der EU...

	Amount (EUR million)	Amount as a proportion of total public expenditure (%) (1)
Ireland	176.8	0.32
Malta	4.9	0.23
United Kingdom	1 463.8	0.18
Denmark	119.1	0.11
Poland	107.0	0.10
Portugal	69.1	0,10
Luxembourg	9.8	0.08
Greece	53.4	0.06
Slovenia	7.5	0.06
Estonia	1.9	0.05
Cyprus	3.2	0.05
Lithuania	3.5	0.05
Romania	13.5	0.04
Czech Republic	16.9	0.04
France	315.4	0.03
Slovakia	1.9	0.01
Finland	8.0	0.01
Germany	35.5 (2)	0.003
Austria	4.0 (2)	0.003
Hungary	1.0	0.002
Croatia	7.2	n.a.

(1) Total general Government expenditure in 2005. Source: Eurostat; Source of data other than (1): Reitox, national reports, 2007;

(2) The source for this information was the national report provided by Germany. This amount of money only covers expenditure within the Federal Ministry of Health covering expenses of the Federal Drug Commissioner. Expenditure for Treatment and prevention is not included.

(3) Most of the expenditure in Austria is in regional and local budgets and was therefore not collected as part of this exercise.

- mehr missings als Werte -

Gekennzeichnete Ausgaben im Gesundheitsbereich

	Medical products	Out-patient services	Hospital services	Public Health services	R&D health	Health not elsewhere classified
Czech Republic	-	11,1	-	-	-	-
Ireland	-	-	-	3,8	-	-
France	87,0	-	162,3	25,8	-	-
Luxembourg	0,3	5,2	-	0,2	0,1	-
Hungary	-	-	-	0,9	-	-
Poland	8,6	-	58,3	-	0,1	-
Portugal	-	1,0	1,4	62,1	-	-
Slovakia	-	-	-	-	-	0,1
Finland	-	-	-	-	8,0	-
United Kingdom	2,0	920,6	-	0,1	0,3	15,5

Schätzung der öffentlichen Ausgaben für illegale Drogen in Deutschland

DBDD in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der Uni Duisburg-Essen; Laufzeit: 02/2008 – 01/2009, Förderung durch BMG

Gegenstand & Umfang des Projekts: *geplant...*

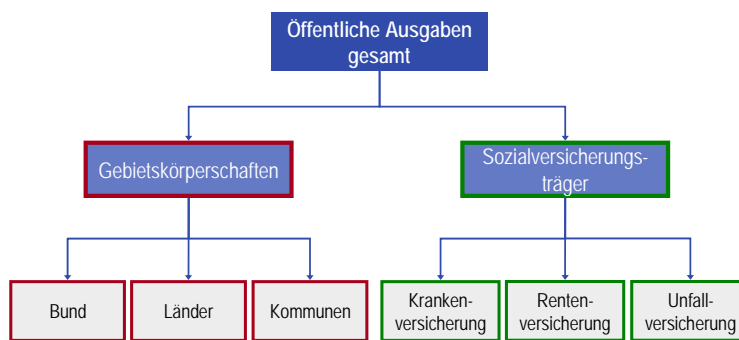
- **Direkt** vs. Indirekt

(direkte öffentliche Ausgaben vs. soziale Kosten)

- **Öffentlich** vs. Privat
(Definition „general government sector“, ESA95)
- **Gekennzeichnet („labelled“)** vs. nicht gekennzeichnet
- Gegenstand & Umfang des Projekts: *tatsächlich...*
- **Direkt** vs. Indirekt
(direkte öffentliche Ausgaben vs. Soziale Kosten)
- **Öffentlich** vs. Privat
(Definition „general government sector“, ESA95)
- **Gekennzeichnet („labelled“)** vs. **nicht gekennzeichnet**

Struktur der Datenerhebung

DBDD
IPS IIT BzGA



akzept Kongress, 25.09.2009

21

Classification of Functions of Government (COFOG)

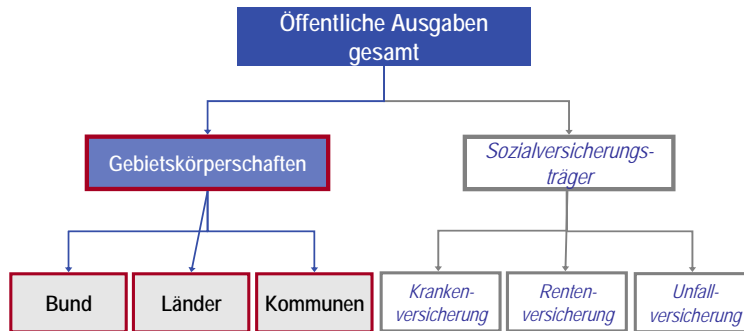
- Die „Classification of Functions of Government (**COFOG**)“ als Basis um die Struktur der öffentlichen Ausgaben zu untersuchen

- COFOG wurde von der *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) entwickelt und wird von der *United Nations Statistical Division* (UNSD) veröffentlicht
- Basis für die Berichterstattung nach **ESA95** und **EBDD**

COFOG – Struktur

- **01 – Allgemeine öffentliche Verwaltung**
- **02 – Verteidigung**
- **03 – Öffentliche Ordnung und Sicherheit**
- **04 – Wirtschaftliche Angelegenheiten**
- **05 – Umweltschutz**
- **06 – Wohnungswesen und kommunale Einrichtungen**
- **07 – Gesundheitswesen**
 - 07.1 – Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen
 - 07.2 – Ambulante Behandlung
 - 07.3 – Stationäre Behandlung
 - 07.4 – Öffentlicher Gesundheitsdienst
 - 07.5 – Angewandte Forschung und experimentelle Entwicklung
 - 07.6 – Gesundheitswesen, a.n.g.
- **08 – Freizeitgestaltung, Sport, Kultur und Religion**
- **09 – Bildungswesen**
- **10 – Soziale Sicherung**

Struktur der Datenerhebung



Classification of Functions of Government (COFOG)

Die „Classification of Functions of Government (**COFOG**)“ als Basis um die Struktur der öffentlichen Ausgaben zu untersuchen

COFOG wurde von der *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) entwickelt und wird von der *United Nations Statistical Division* (UNSD) veröffentlicht

Basis für die Berichterstattung nach **ESA95** und **EBDD**

Öffentliche Ausgaben – Bund – Methoden

1) Analyse des **Bundshaushaltsplans 2006**

Volltextsuche mit Suchbegriffen

2) Erste Zusammenstellung identifizierter Ausgaben:

BMG: Büro der Bundesdrogenbeauftragten, Maßnahmen auf dem Gebiet des Drogen- und Suchtmittelmissbrauchs

BMF: Ausstattungshilfe für die Zollverwaltungen dritter Staaten zur Bekämpfung der internationalen Rauschgiftkriminalität

3) Anfrage an das BMG:

Bestätigung der identifizierten Ausgaben und Spezifizierung
eines Anteil für illegale Drogen

Nennung von Ansprechpartnern in anderen Ministerien

4) Nach dem Schneeballprinzip Anfragen an weitere Ministerien und
nachgeordnete Behörden

BMAS, BMBF, BMF, BMFSFJ, BMI, BMJ, BMZ

BKA, ZKA, Bundesagentur für Arbeit

Öffentliche Ausgaben – Bund – *Einschränkungen*

BMF: „Daten sind wahrscheinlich unvollständig“

BMAS: „Kein Titel im direkten Zusammenhang mit illegalen Drogen
oder entsprechende Verwendung nicht aus den Daten ersichtlich“

BMI: Vermutlich drogenbezogene Ausgaben vorhanden
(Bundesgrenzschutz, BKA), aber keine Antwort erhalten

Allgemein: Zahlen basieren meistens auf Schätzungen oder
Berechnungen der Ministerien, nicht auf veröffentlichten Daten
(*objektiv und reproduzierbar?*)

Öffentliche Ausgaben – Länder - *Methoden*

Analyse der Haushaltspläne der 16 Länder
(vergleichbar mit Vorgehen auf Bundesebene)

1. Volltextsuche

2. Zusammenstellung der identifizierten Ausgaben und Anfrage an
die jeweiligen Landesdrogenbeauftragten:

Bestätigung der identifizierten Ausgaben,
Angabe eines Anteils für illegale Drogen
Angabe weitere Ansprechpartner

Schätzung nicht-gekennzeichneter Ausgaben

Massregelvollzug, Polizei, Gerichte, Justiz
Suche nach vorhandenen Sekundärdaten
Identifikation geeigneter Schätzverfahren

Öffentliche Ausgaben – Länder - *Einschränkungen*

„Suchtbudgets“ der Länder

Haushaltspläne für alle 16 Länder verfügbar, allerdings sehr heterogen;

Angaben zum Anteil illegaler Drogen am „Suchtbudget“ (meist im Gesundheits- und/oder Sozialministerium angesiedelt) von den Landesdrogen-beauftragten aus **10 Ländern** vorhanden (10,6% - 85,5%);

Ungenauere Angaben aus den Ländern;

Häufig keine Trennung zwischen „legalen“ und „illegalen“ Substanzen möglich;

Teilweise Vermischung mit anderen Aufgaben (z.B. Psychiatrie);

Mittel zur Weitergabe an Kommunen;

Schätzungen

Starke Annahmen;

Aber: transparentes Vorgehen, veröffentlichte Daten;

Öffentliche Ausgaben – Kommunen - *Methoden*

Zwei Ansätze

Anfragen an die 3 kommunalen Spitzenverbände

Deutscher Landkreistag

Deutscher Städtetag

Deutscher Städte- und Gemeindebund

und an die jeweiligen Landesverbände

Schätzung kommunaler Ausgaben für ambulante Suchthilfe aus

Daten der Deutschen Suchthilfestatistik

Öffentliche Ausgaben – Kommunen - *Ergebnisse*

Ansatz 1

Geringer (nur drei verwertbare Antworten) Rücklauf (19 von 47 verschickten Anfragen);

Häufigste Antwort: Drogenbezogene Ausgaben werden nicht gesondert erfasst und sind schwierig zu schätzen;

Daten ungenügend und daher nicht in Endergebnis eingeschlossen;

Aber:

Schätzung drogenbezogener Ausgaben scheint zumindest für einen geringen Teil der Verbände möglich zu sein;

Ein bedeutender Anteil drogenbezogener Ausgaben muss auf kommunaler Ebene angenommen werden;

Wo verwertbar: Großteil der Ausgaben im Bereich der Sozialhilfe;

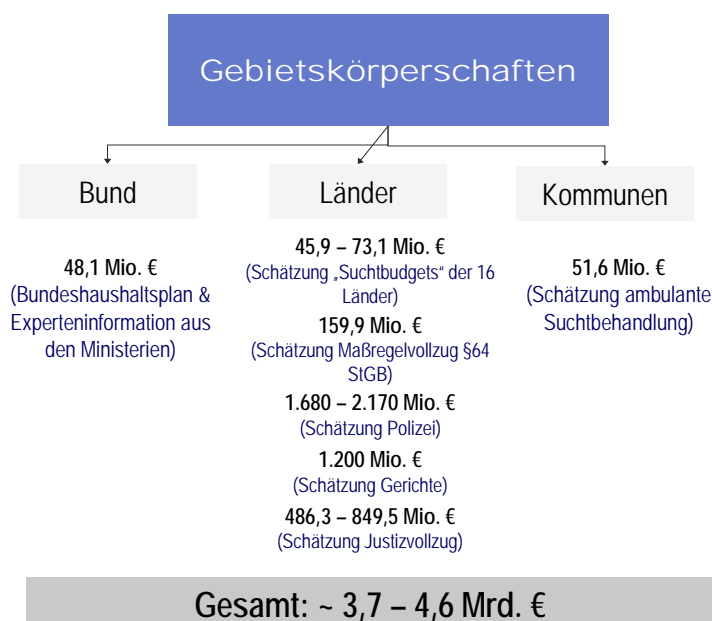
Ansatz 2

Deutsche Suchthilfestatistik: Kommunale Mittel: 52,8% des Budgets;

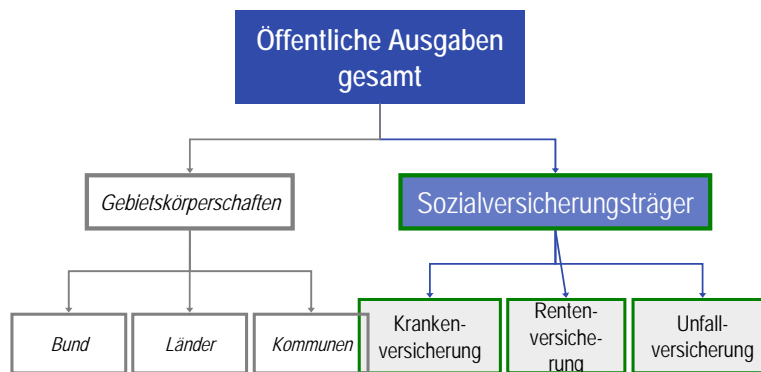
Durchschnittliches Budget: 312.446 €; Hochrechnung;

Anteil illegale Drogen anhand vergebener Hauptdiagnosen: 33,6%;

Öffentliche Ausgaben – Ergebnisse Gebietskörperschaften



Struktur der Datenerhebung



Deutsche Rentenversicherung - *Methoden*

Standardisierter Fragebogen an die DRV Bund

Sechs Fragen:

- Zahlungen für ambulante und stationäre Rehabilitation
- Ausgaben zur Teilhabe am Arbeitsplatz
- Rentenzahlungen aufgrund von Erwerbsminderung
- Pilotprojekte
- Andere

Annahmen

- Einschluss nur von Fällen mit entsprechender Hauptdiagnose
- Geschätzte Durchschnittskosten für jede Massnahmen (DRV)
- Erwerbsminderungsfälle: Nur neue Fälle in 2006

Gesetzliche Krankenversicherung - *Methoden*

Krankenhäuser

Identifikation der relevanten DRGs;

Berechnung der Kosten mit relevanten F-Diagnosen;

Quelle: InEK Datenbank (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH);

Für andere Ausgaben

Fragebögen an die 40 größten gesetzlichen Krankenkassen:

- 59 Mio. Versicherte (84% der Gesamtversicherten der GKV)

Fragebogen enthält 13 Fragen, z.B.:

- Ausgaben für Prävention
- Ausgaben für Medikamente wie Methadon etc.
- Ausgaben für medizinische Rehabilitation etc.

25 Fragebögen teilweise oder vollständig beantwortet;

→ Angaben zu 58% der Gesamtversicherten;

Hochrechnung auf alle gesetzlichen Krankenkassen;

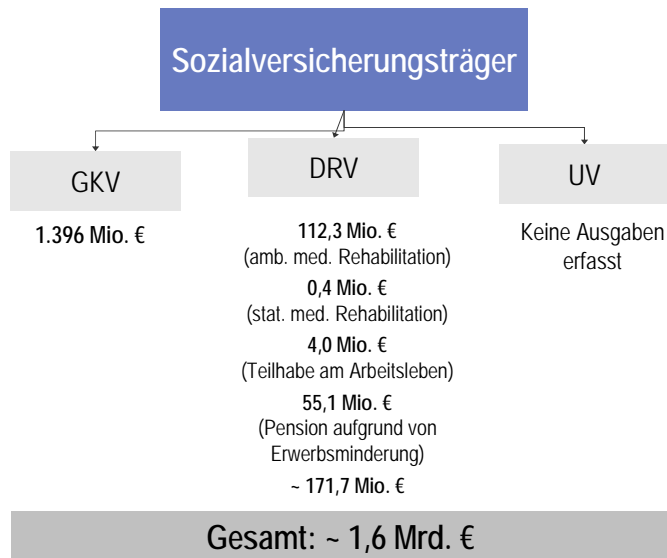
Unfallversicherung – Methoden

Konsum illegaler Drogen als Ausschlusskriterium für eine Kostenübernahme;

Ausgaben für Präventionsprojekte vorhanden, aber keine Aufschlüsselung;

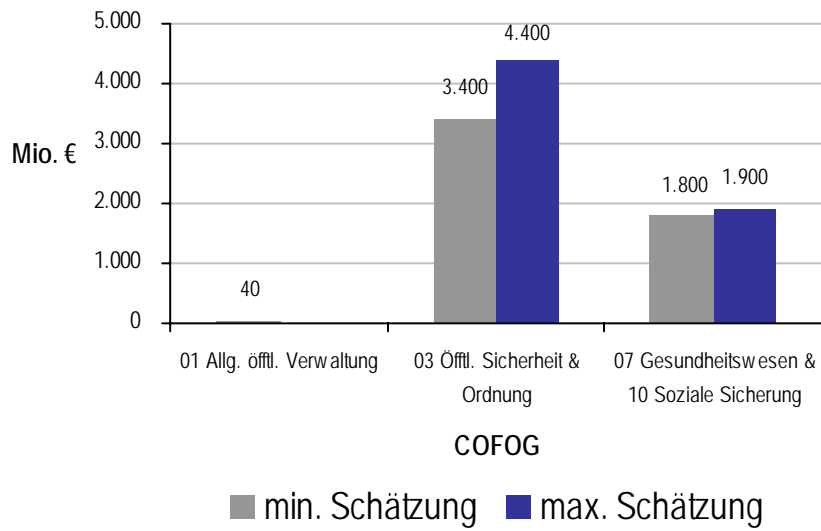
→ keine Ausgaben eingeschlossen;

Sozialversicherungsträger - Ergebnisse

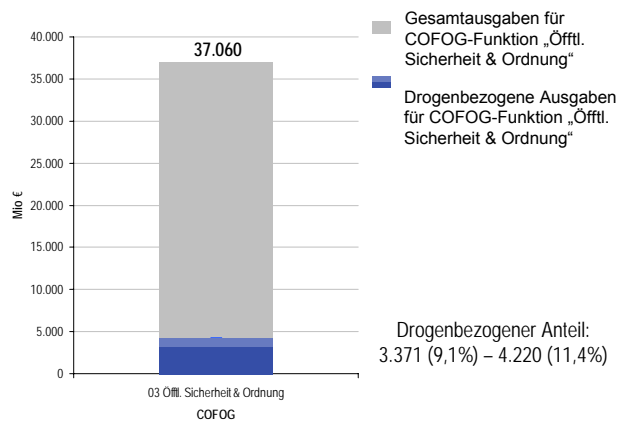


Überblick über die identifizierten Ausgaben

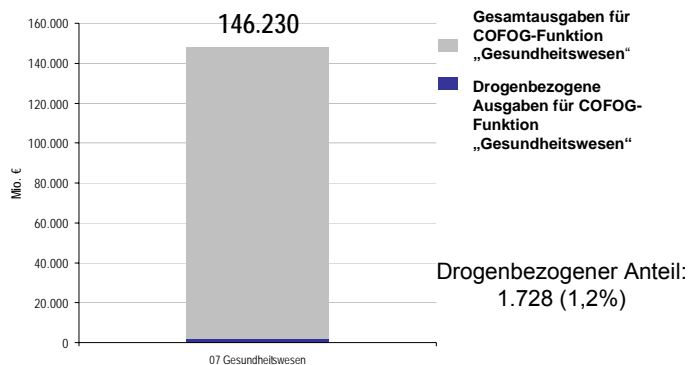
Bereich	Ausgaben
Bund	48,1 Mio €
Länder	3,6 – 4,5 Mrd. €
Kommunen	51,6 Mio €
Rentenversicherung	172 Mio €
Krankenversicherung	1,4 Mrd. €
Gesamt	~ 5,2 – 6,1 Mrd. €



COFOG Funktion: Öffentliche Sicherheit & Ordnung



COFOG Funktion: Gesundheitswesen



Andere Darstellungsweisen...

BSP 2006: 2,362.44 Mrd. €
Drogenbezogene Ausgaben = **0.22% - 0.26% des BSP**

Einwohnerzahl 2006: 82.314.900
Drogenbezogene Ausgaben = **~ 63 -74 € pro Einwohner**

Fazit

Einschränkungen

- Heterogene Datenqualität
- Fehlende Daten in einigen Bereichen (Funktionen: Bildungswesen, soziale Sicherung (Jugendhilfe)...; Sektor: Kommunen)
- Einige Schätzungen beruhen auf weitläufigen Annahmen
- Achtung: Ergebnisse geben noch keinen Hinweis auf Angemessenheit oder Nutzen der Ausgaben

Stärken

- Bisher umfassendste Schätzung öffentlicher Ausgaben in Deutschland

- Trägt zu einer Objektivierung der Diskussion um Kosten bei
- Erster Schritt in Richtung zukünftiger ökonomischer Evaluationen

Ausblick / Offene Fragen

Gibt es Möglichkeiten, die bestehenden Lücken zu füllen (insbesondere im kommunalen Bereich)?

Gibt es bessere methodische Möglichkeiten, mit der Unvollständigkeit von Daten umzugehen?

Wie könnte eine solche Ausgabenschätzung in Zukunft regelmäßig durchgeführt werden?

(angesichts des hohen Zeit- und Ressourcenaufwands, den diese Schätzung benötigt hat)



Tim Pfeiffer-Gerschel

Decriminalization in Portugal – a model for Europe?

Fátima Trigueros

Historic Evolution

1970-1974	1975-1982	1983-1999	2000 /.....
Criminal Perspective ↓	Clinical and Psychological Perspective ↓	Bio-psycho-social Perspective ↓	Bio-psycho-social And Public Health Perspective ↓
<i>Consumer Criminal Offender</i> ↓	<i>Consumer Offender? Diseased?</i> ↓	<i>Consumer Health Impaired Citizen</i> ↓	<i>Consumer Diseased person in need of treatment</i> ↓
----- ↓	<i>Prevention Treatment Social Rehabilitation</i> ↓ Criminalization of consumption and traffic	<i>Prevention Treatment Social Rehabilitation</i> ↓ Harm Reduction	<i>Prevention Treatment Social Rehabilitation</i> ↓ Harm Reduction Dissuasion
Criminalization of consumption and traffic	Criminalization of consumption and traffic	Criminalization of consumption and traffic	Consumption Decriminalization and decriminalization of possession of substances of up to 10 days Criminalization of traffic (and possession of substances for more than 10 days use even if consumer, Supreme Court Seritance 8/2008, August)

Dissuasion Policy

Theoretic Model

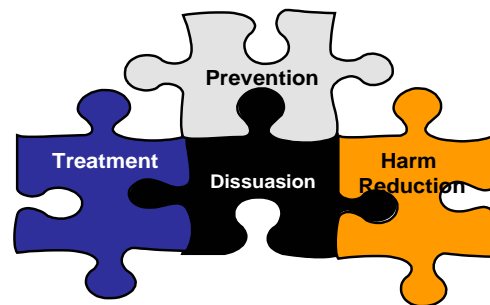
Drug Addict is viewed as a diseased person
The intervention provides an opportunity for early, specific
and integrated interface with consumers and is target to the
person's characteristics and individual needs

Dissuasion (<http://www.wordreference.com/definition/dissuasion>):
Influencing someone to desist by argument or reasoning or entreaty

Law Frame

Portuguese National Drug Strategy 1999-2004;
Law 30/2000, approved by Parliament, published in November 2000,
entered into force in July 1st. 2001:
Law Decree 130-A/2001, sets the Drug Addiction Dissuasion
Commissions;
Administrative Rule 604/2001, creates the Central Registration;
Madeira and Azores Autonomous Regions own Regional Law
Decrees;

Demand Reduction - Mission Area



Purposes and Tools

Purposes

- To dissuade consumption
- To prevent and reduce drug use and abuse
- To ensure sanitary protection of consumers and the community

Tools

Interface with consumers and drug addicts allows to inform and sensitize consumers for drug consumption risks, to promote health in global terms and consumers social ehabilitation (signalising other situations), to motivate and direct drug addicts to treatment.

How?

Indicters presented to DADC are subject to a Psycho-social Evaluation

Social Diagnosis

- . Socio-economical and professional situation
- . Family relationship
- . Life projects and expectancies

Clinical Diagnosis

- . Level of drug addiction degree

DADC Composition

/President and two members/
Nominated by Ministers of Justice and Health

↓
Multidisciplinary team:
Psychologists, social service specialists,
jurists and administrative personnel

↓
Decision preparatory steps
Motivation steps
Contacts with routing institutions

Results of Indicters presentation to DADC

Evaluation and determination of choice of resources
Motivation steps
Indicter's escorting/accompaniment:

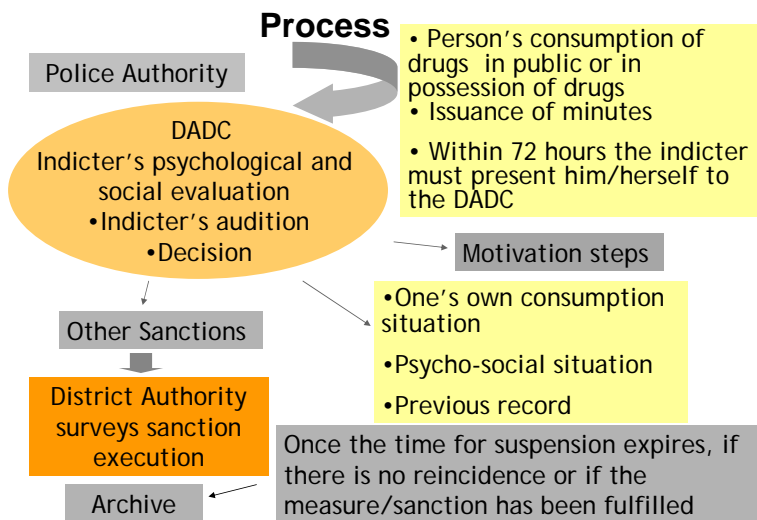
Drug Addicts: Treatment
Non Drug Addicts: Motivation,
-Motivation and Escorting to Social Support Community Services
-Escortng to Social Support Community Services without motivation
Sanctions

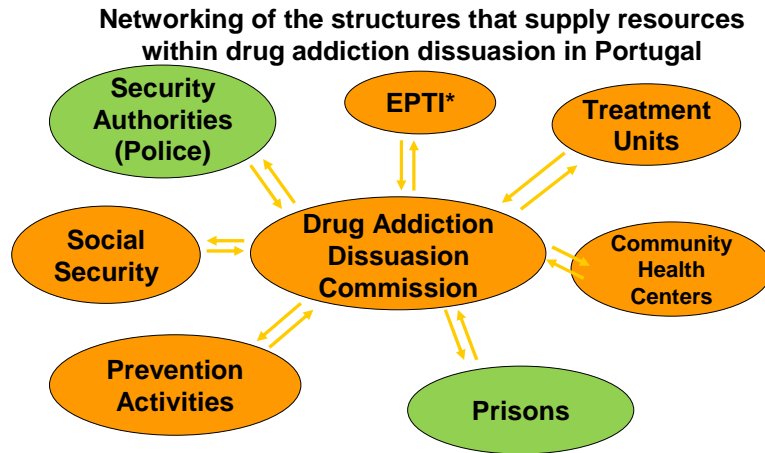
Sanctions

Monetary fee (not applicable to drug addicts)

- . Periodic presentation to DADC
- . Apprehension of objects
- . Community labour
- . Interdiction to attend certain places
- . Interdiction to travel overseas
- . Measures related to hunting licensing
- . Interdiction of managing a subsidy or any monetary benefice given at any title
- . Others

Process





* EPTI: Employment and Professional Training Institute

2

Primary Indicators Situation

Drug Addicts (Total) in 2008 (622 in 2007)				783
Voluntary Treatment	Treat. Struct.	Health Center	Other	565
1 st time Treatment	140	2	24	125
Renewal of V.Treatment	110	1	13	127
On going Treatment	315	4	52	368
Non Drug Addicts (Total) (1960 -2007)				2816
Motivation ans Escorting				906
Motivation only				645
Motivation ans Escorting to Social Support Services				186
Direct Escorting to Social support Servieces without Motivation				139
Source: IDT, 2008				

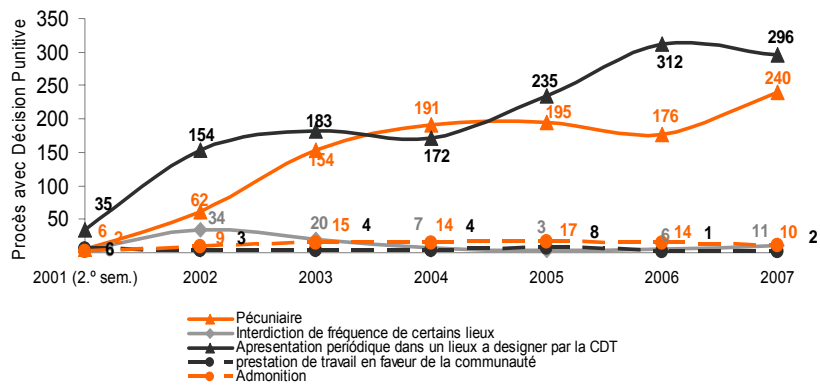
Drug Related Judicial Decisions in 2001 and 2007

Processes and Offenders Condemned

	2001	2007
Processes opened	3304	1287
Number of Accused	5193	1871
Number of Convicted	3576	1420
Trafficker	2161	1370
Consumer	1240	15
Trafficker and Consumer	175	35

Loi de la Décriminalisation

Procédures de Contre-Ordination avec Décision Punitive, selon l'Année, par le Type de Sanction

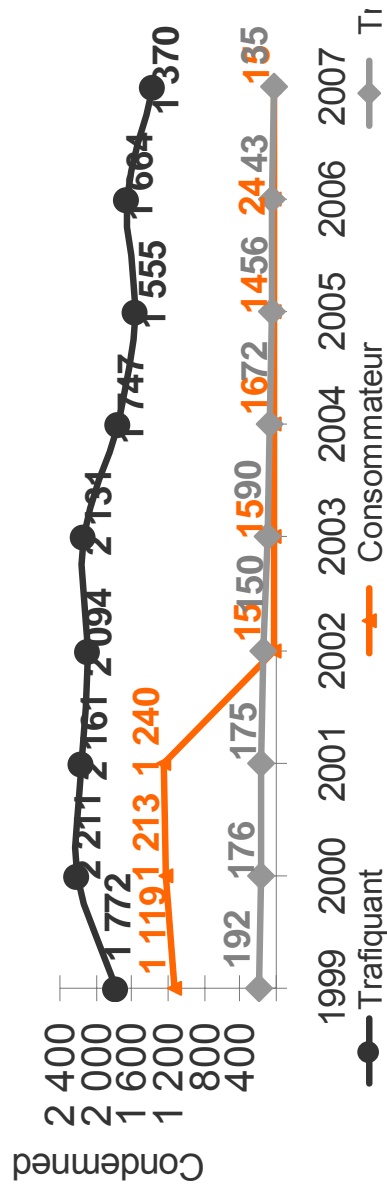


Penal Model

Courts can suspend the criminal process and remit offender to treatment;
 However Court procedures take much longer to hear offenders, unlike DADC (72h);
 Psycho-social evaluation is not done;
 Motivation and other routing procedures are not accomplished;
 A criminal record may be imposed; Supreme Court Sentence 8/2008, August

Criminal Law

Offenders Condemned, by year, according with situation



Die Rolle der Medien im Drogendiskurs

Dr.Oliver Brüchert, Universität Frankfurt/M.

Ich kann wohl ohne weitere Umstände unterstellen, dass jeder hier im Raum sich schon mehr als ein Mal über Medienberichte zu Drogenthemen geärgert hat. Da ich selbst gar kein Experte in Sachen Drogenpolitik bin, möchte ich auch gar nicht versuchen, Ihnen die ganzen Fehlinformationen, Mythenbildungen und Hetzkampagnen und den gesamten wohlmeinenden Unfug im Einzelnen noch einmal vor Augen zu führen – da kennen Sie wahrscheinlich mehr Beispiele als ich. Was ich als Soziologe, der sich seit einigen Jahren mit Medienberichterstattung über Kriminalität und soziale Ausschließung beschäftigt, anbieten kann, sind ein paar Überlegungen, die uns besser verstehen helfen, wie es zu dieser merkwürdigen Schiefelage der Mediendarstellung kommt, die ich einmal als „autoritäres Programm in aufklärerischer Absicht“ bezeichnet habe.

Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist die „Kulturindustrie“-These Adornos, der bereits vor mehr als einem halben Jahrhundert klar gesehen hat, dass die Unterscheidung zwischen ernster Kultur und Unterhaltung sich nicht aufrecht erhalten lässt. Während die bürgerliche Hochkultur des 19. Jahrhunderts Adorno zufolge immerhin noch die Möglichkeit von Kritik, Reflexivität und Transzendierung der bestehenden Verhältnisse einschloss, ist sie im 20. Jahrhundert selbst teil der Unterhaltungsmaschinerie geworden. Dennoch an einer Unterscheidung zwischen E und U festzuhalten, wie es die Kulturindustrie selbst unablässig tut, dient einzig dazu, dem Publikum vorzugaukeln, es gäbe noch etwas, das sich von dem trübsinnigen Einheitsbrei des Amusements abhebt. Angewendet auf die modernen Nachrichten-Medien bedeutet das: Wie die Oper – eines von Adornos Beispielen – im Radio zu einem Potpourri von greatest hits verhackstückt wird, sind Nachrichten und Feuilleton längst Teil der Unterhaltungsindustrie. Wenn wir Nachrichten als Unterhaltung interpretieren, werden wir schnell darauf aufmerksam, dass diese – vom Fernsehfeature bis zur kleinen Meldung in der

Tageszeitung – durchzogen sind von „guten Geschichten“, von ewigen Mythen, Abenteuern, Schauermärchen und fantastischen Heldentaten. Gerade da, wo die Medien für sich in Anspruch nehmen, aufklärerisch zu wirken, tragen sie bei zu einem xenophoben Kontrolldiskurs, zu Dämonisierung, Kriminalisierung und Ausschließung.

In einer größeren Untersuchung zu den Produktionsbedingungen, unter denen Journalisten heute arbeiten, konnte ich auch zeigen, dass dieser Unterhaltungsaspekt und das Bestreben, eine „gute Geschichte zu erzählen“ zum handlungsleitenden Motiv der gesamten Profession avanciert ist. Nachrichten werden konsequent als Teil der Unterhaltungskultur produziert und sind konsequent *nur* als Beiträge zur Herausbildung und Tradierung guter Geschichten und ewiger Mythen zu verstehen.

Was heißt das nun bezogen auf die Rolle der Medien im Drogendiskurs?

Die Medienberichterstattung über Drogen und Drogenpolitik wird dominiert von einer kleinen Zahl sich durchziehender Leitmotive:

1. Der wichtigste mediale Mythos ist nach wie vor die Vorstellung, dass Drogen als Substanz abhängig, krank, asozial und kriminell machen mit einigen Untererzählungen: z.B. dem Mythos der „Einstiegsdrogen“. Möglich wird diese Sichtweise nur durch konsequentes Ausblenden aller sozialen Kontexte, insbesondere der durch die Drogenpolitik hervorgerufenen Umstände des Konsums und der Folgen des Schwarzmarkts und der zugehörigen Beschaffungsprobleme. Wider besseres Wissen wird unentwegt behauptet, die Drogen selbst seien das Problem, bzw. die Ursache aller weiteren Probleme. Dieser Mythos bewegt sich häufig an der Grenze zu den „urban myths“, zu Geschichten also, die von Mund zu Mund weitererzählt werden und immer davon handeln, wie Normabweichungen schicksalhaft bestraft werden (vgl. Johannes Stehr: „Sagenhafter Alltag“). Nicht ganz zufällig handelt ein relevanter Teil dieser urban myths genau davon, dass jemand, in der Hoffnung ein

„Schnäppchen“ zu machen, in irgendeinen Drogenhandel hineingezogen wird.

2. Der zweite wichtige Mythos ist die Aufrechterhaltung der Grenzziehung zwischen legalen und illegalen Drogen. Das wird meistens illustriert durch Berichte über ausländische Drogenkartelle und den Krieg gegen die Drogen vom Amazonas über den Flughafenzoll bis in die Frankfurter U-Bahn-Stationen. Auch hier werden die sozialen und politischen Kontexte, von Kolonialismus und Postkolonialismus ebenso ausgeblendet wie konkrete Fragen nach Profiteuren und Leidtragenden (in den reichen wie in den armen Ländern). Hier geht es viel um die Normverdeutlichung für die vermutete Mehrheit der Gesellschaft, die scheinbar nur durch Verbote und Strafdrohungen von den illegalen Drogen fern gehalten werden kann. Hier geht es aber auch um nicht selten rassistische und chauvinistische Grenzbeziehungen zwischen „uns“ und jenen Fremden, die uns die Drogen bringen. Um die Grenzziehung zwischen Arm und Reich. Dieser Mythos lebt auch davon, dass der Drogenkonsum der weißen Mittel- und Oberschichten nicht bzw. nur als Einzelfall thematisiert wird.

3. Der dritte wichtige Mythos ist, daran anknüpfend, die Umkehrung des Ursache-Wirkungs-Verhältnisses von Kriminalisierung und Strafverfolgung und der Herausbildung von Schwarzmärkten und illegalen Profiten. Das findet sich vor allem in Erzählungen über Drogenschmuggler, -kuriere und -dealer, in aller Regel erzählt aus der Perspektive der staatlichen Kontrolle, die mit hohem Aufwand gegen den Drogenhandel vorgeht. In diesem Mythos geht es vordergründig um die Legitimität des staatlichen Kontrollhandelns, um die Rechtfertigung des immensen Aufwandes der hier betrieben und der Kosten, die so erzeugt werden. Auf einer anderen Ebene geht es hier aber auch um die Dämonisierung der kleinen Dealer und Glücksritter, die mit ein paar Gramm Drogen an irgendeiner Grenze erwischt werden und denen meist das Unrechtsbewusstsein fehlt.

4. Ein vierter großer Mythos handelt vom immerwährenden Konflikt zwischen Drogenszene auf der einen und den Bürgern, die „ihre“ Stadt zu Zwecken anderen Konsums nutzen wollen, auf der anderen Seite. Die Erzählung rankt sich meist um eine städtische Drogenszene, die schon aufgrund ihrer bloßen Existenz als Störung

erfahren wird und um deren Eingrenzung, Auflösung und Vertreibung sich eine große Bandbreite von Kontroll- und Ordnungsdiskursen entfaltet. Auch die akzeptierende Drogenarbeit kann hier als Element einer sanfteren Kontrolle in den herrschenden Diskurs eingebaut werden, in dem von vornherein feststeht, wer ein Anrecht auf „unsere“ Stadt hat und wen man hier allenfalls duldet und erträgt.

Es ließen sicher sich weitere Mythen herausarbeiten, die im medialen Drogendiskurs eine Rolle spielen, aber ich denke mit diesen vieren die häufigsten benannt zu haben.

Eine Frage, auf die ich in diesem Kurzvortrag eingehen sollte war auch „Was kann man (können „wir“) tun?“ Wie kann man das bisher Gesagte bei der eigenen Öffentlichkeitsarbeit berücksichtigen? Was gibt es für Strategien, andere Perspektiven in die Medien zu bringen? Ich bin, ehrlich gesagt, in dieser Hinsicht nicht sehr optimistisch. Die Medien haben ihre eigene Rationalität, sie verdienen – um es ganz plakativ zu sagen – sehr gut daran, dem Publikum die genannten Mythen zu verkaufen.

Aber man kommt in der von Kulturindustrie bestimmten Öffentlichkeit eben auch nicht daran vorbei, sich auf diesem Terrain bemerkbar zu machen. Dazu habe ich drei Vorschläge:

Strategie 1: Mit Widersprüchen des herrschenden Diskurses arbeiten
Grundsätzlich ist es für Strategien einer kritischen, alternativen Öffentlichkeitsarbeit immer ein wichtiger Ausgangspunkt, sich die Widersprüche des herrschenden Diskurses klar zu machen. Diese Widersprüche zu verstärken und zu nutzen, kann dann ein Bestandteil der eigenen Öffentlichkeitsarbeit sein.

Auch in und zwischen den beschriebenen medialen Mythen zum Thema Drogen lassen sich einige Widersprüche ausmachen:

Ein ganz entscheidender ist der zwischen der Vorstellung, die Droge als Substanz sei der Kern aller Probleme und der gleichzeitigen Aufrechterhaltung der Trennung von legalen und illegalen Drogen. Die Frage, warum legale Drogen in erheblichem Umfang gesellschaftlich integrierbar sind und viele der den illegalen Drogen zugeschriebenen Probleme nicht auftreten, obwohl die Substanzen medizinisch betrachtet kaum weniger schädlich sind, wird auch im medialen Diskurs häufig gestellt. Leider wird sie häufig noch so

beantwortet, dass die herrschende Drogenpolitik *nicht* in Frage gestellt wird: *Variante 1*: Legale Drogen werden als Bestandteil „unserer“ Kultur deklariert, mit denen „wir“ besser umgehen können, als mit den fremden, importierten und synthetischen neuen Drogen. *Variante 2* sind Kampagnen zur Prohibition, die tendenziell gar keine legalen Drogen mehr kennen. *Variante 3* tut das alles als Problem der Jugend ab, die entweder ganz neue Drogen konsumiert, die viel gefährlicher sind, als das was wir seinerzeit ausprobiert haben, oder die einfach viel leichtsinniger mit allem Möglichen umgeht. Die aktuelle Kampagne gegen das „Komasaufen“ verbindet Variante 2 und 3.

Dennoch lässt sich mit diesem Widerspruch arbeiten. Insbesondere die eklatanten Unterschiede und Verschiebungen bezüglich der Akzeptanz bestimmter Drogen in verschiedenen Ländern zu verschiedenen Zeiten sind ein Argument, das die sicher geglaubte Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen bisweilen erschüttern kann.

Auch zwischen verschiedenen Subkulturen, Generationen und im eigenen Lebenslauf gibt es häufig Erfahrungen unterschiedlicher und sich wandelnder Akzeptanz inklusive des sozial integrierten Umgangs mit Genussmitteln aller Art. Erzählungen darüber können hinsichtlich des Mythos, alles Unheil ginge von den Substanzen aus, zumindest Irritationen auslösen.

Ein weiterer Widerspruch ist der immense und pausenlos steigende Aufwand, mit der ein vermeintlicher „Krieg gegen die Drogen“ geführt wird und seine offensichtliche Erfolglosigkeit. Dass den in den Fernsehdokus so gerne ins Bild gesetzten geschmuggelten Drogen, die an irgendeinem Flughafen beschlagnahmt wurden, eine weit größere Menge gegenübersteht, die unentdeckt ins Land kommen, dass den kleinen Kurier, der in Handschellen abgeführt wird, sofort beliebig viele andere ersetzen, wird in diesen Dokus selbst skandalisiert – freilich meist verknüpft mit Forderungen nach *noch mehr* Kontrolle und noch schärferen Strafen. Und doch lässt sich gelegentlich die Frage lancieren, ob dieser „Krieg“ die immensen Kosten (Steuern und soziale Folgen) wirklich wert ist.

Strategie 2: Bessere Mythen in die Welt setzen

Eine zweite mögliche Strategie kann man sich bei „Greenpeace“ und ähnlichen medienwirksam arbeitenden NGOs anschauen. Die schaffen es, erfolgreich andere Mythen und andere starke Geschichten mit den dazugehörigen bildhaften Inszenierungen zu etablieren. In Sachen Drogenpolitik konnte z.B. der Umstand, dass akzeptierende Ansätze in mancher Hinsicht das bessere Stadtmarketing – auch für die Konsumbedürfnisse der „Bürger“ – ermöglichen, erfolgreich genutzt werden. Die Frankfurter Montagsrunde ist ein Beispiel dafür, bei dem aber auch deutlich wird, dass es dazu erheblicher Kompromisse und der offensiven Einbindung von Interessen bedarf, die langfristig ganz andere Ziele verfolgen. Ein immanentes Problem der Greenpeace-Strategie (also der starken, mediengerechten Gegenerzählungen) ist ferner, dass die Darstellung tendenziell die Inhalte dominiert. Akzeptierende Drogenarbeit soll ja nicht in erster Linie die smarten Konsumenten auf der Zeil glücklich machen. Genau die sind aber Zielgruppe solcher Inszenierungen.

Strategie 3: Gegenöffentlichkeit herstellen

Eine weitere Strategie, mit kulturindustrieller Öffentlichkeit umzugehen, besteht darin, Gegenöffentlichkeit herzustellen, also alternative, subkulturelle, unabhängige Medien zu schaffen, Tagungen wie diese zu veranstalten und in Fachzeitschriften und kleinen spezialisierten Verlagen zu publizieren. Vorteil der Gegenöffentlichkeit ist, dass man klar und ohne Rücksichtnahme auf kulturindustrielle Verwertungsinteressen zur Sache reden kann, dass man auf kompetente und gleichgesinnte Diskutanten trifft und die eigenen Positionen dabei kontinuierlich weiter entwickelt. Der Nachteil ist ebenso offensichtlich: In der großen medialen Inszenierung kommen solche Gegenöffentlichkeiten kaum vor. Oder nur um den Preis von Kompromissen, die man ja gerade vermeiden wollte.

Man wird nicht umhinkommen, alle drei Strategien zu verfolgen und miteinander zu verbinden. Und man sollte sich dabei stets der Probleme bewusst sein, die diese Strategien mit sich bringen. Wichtiger als alle medienpolitische Strategien ist aber die Praxis, die ihnen zugrundeliegt und um die es ja eigentlich geht, die alltägliche

Arbeit, die Projekte und neuen Ansätze, die Erfahrung, gemeinsam etwas erreichen, etwas verändern zu können. Diese Erfahrungen sollte man keiner medienpolitischen Strategie opfern.



Alkoholkonsum Jugendlicher zwischen kultureller Anpassung und Risikoverhalten

Dr. Wolfgang Settertobulte

Der Konsum alkoholischer Getränke gehört in der Welt der Erwachsenen zu den meisten sozialen Gelegenheiten nahezu obligatorisch dazu, es ist ein Teil der Alltagskultur. In einer kritischen Reflektion dieses Sachverhaltes stellt sich uns der jugendliche Alkoholkonsum, als ein Spiegelbild des allgemeinen gesellschaftlichen Umgangs mit der Alltagsdroge Alkohol dar. Das Jugendalter ist geprägt vom Übergang vom Kind zum Erwachsenen. In diesem Prozess müssen sich die Heranwachsenden mit den gesellschaftlichen Konventionen auseinandersetzen, diese erproben, reflektieren und ein eigenes Verhältnis dazu entwickeln.

Das Erlernen des Umgangs mit dem Alkohol gehört also zwangsläufig zu den Entwicklungsaufgaben, die Jugendliche beim Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu bewältigen haben. Der Wunsch nach sensorischer und emotionaler Erweiterung der Erlebniswelt ist zudem im Jugendalter entwicklungsbedingt sehr groß. Das Erleben von Rausch als Grenzüberschreitung des Normalzustandes gehört nahezu obligatorisch dazu.

Dieses Bedürfnis kann im Jugendalter zu spontanen experimentellen Alkoholexzessen führen, die bei objektiver Betrachtung ein „Risikoverhalten“ darstellen, subjektiv sind dies aber sinnvolle Suchbewegungen und Erfahrungen. Das Erlernen eines mäßigen verantwortungsbewussten Konsumverhaltens gilt als optimales Entwicklungsziel.

Aktuelle Studien finden unter den Jugendlichen aktuell eher einen Rückgang des Alkoholkonsums. Besorgnis erregende Trends sind jedoch ebenfalls zu beobachten: Zum einen liegt das durchschnittliche Einstiegsalter in den Alkoholkonsum, und damit auch das Alter erster Trunkenheitserfahrungen, seit der Jahrtausendwende nahezu unverändert im 14. Lebensjahr. Je früher junge Menschen ihren ersten Alkoholrausch erleben, umso größer gestaltet sich ihr Risiko, im späteren Lebenslauf Alkoholprobleme zu entwickeln.

Zum zweiten haben sich die Trinkstile und die Geschmackspräferenzen verändert. Während noch in den 90er Jahren von den Jugendlichen überwiegend Bier getrunken wurde, sind es heute in verstärktem Maße Spirituosen, in der Regel als Mixgetränk mit süßen Limonaden mit einem nicht eindeutigen Alkoholgehalt. Jugendliche trinken heute zudem fast überwiegend aus der Flasche und können dadurch ihre Trinkmenge nicht mehr leicht einschätzen. Dies führt dazu, dass wir auch bei den Jüngeren häufiger massive Alkoholvergiftungen beobachten. Sowohl die Vorverlagerung des Erstkonsums als auch die Veränderung der Trinkgewohnheiten lassen den jugendlichen Alkoholkonsum auch weiterhin als problematisches Verhalten erscheinen.

Dabei ist jedoch zu bemerken, dass es bei den 13- bis 17-Jährigen zu einer Polarisierung des Problems gekommen ist. Während in der heutigen Generation der Jugendlichen zunehmend große Gruppen ohne problematischen Alkoholkonsum existieren, ist die Problematik in einer abgrenzbaren Risikogruppe umso gravierender.

Bestimmte Risikofaktoren erhöhen drastisch die Wahrscheinlichkeit, dass aus dem „normalen“ Umgang mit Alkohol in absehbarer Zeit ein Alkoholproblem werden kann.

Entwicklungsprobleme erhöhen das Risiko für die Entstehung eines Alkoholproblems.

Versagen im Bildungsprozess oder soziale Randständigkeit sind oft verbunden mit depressiven Verstimmungen, die durch Alkohol bekämpft werden. Zunehmend häufig geschieht es, dass die Realisierung der Ziele der Jugendlichen nicht möglich wird und Alkoholkonsum zur Realitätsbewältigung missbraucht wird. Alkohol erleichtert die Bewältigung durch ein Ausweichen vor einer aktiven Problemlösung, durch das Verschaffen scheinbarer Erleichterung im betrunkenen Zustand. Gleichzeitig legt die soziale Komponente des Trinkens auch die Schaffung von Ersatzzielen nahe, etwa die Geselligkeit in der trinkenden Gruppe. Wenn sich in der Tendenz problematischer Alkoholgebrauch zunehmend auf Problemgruppen konzentriert, wachsen auch die mit dem Alkoholrausch verbundenen Probleme. Hier ist vor allem das zunehmende Gewaltproblem relevant. Bezogen auf das bevölkerungsbezogene Risiko der

Alkoholsuchtentstehung kann dies dahingehend gedeutet werden, dass nicht etwa der jugendliche Alkoholkonsum an sich, a priori als problematisch zu bezeichnen ist, sondern vielmehr die Häufigkeit und Verteilung der psychischen und sozialen Problemstellungen, die mit der Suchtentstehung, dem Alkoholmissbrauch sowie mit dessen problematischen Begleiterscheinungen einhergehen.

Die Suchtprävention wie auch der Jugendschutz muss dies kritisch reflektieren, kann dabei aber die Ambivalenz zwischen kultureller Anpassung und Problemverhalten unmöglich auflösen.

Grundsätzlich ist der allgemeine gesellschaftliche Umgang mit Alkohol nicht ad hoc zu ändern. Oberstes Ziel der Suchtprävention wie der Drogenpolitik sollte also nicht die Verhinderung des Gebrauches, sondern des Missbrauches von Alkohol sein. Alles spricht dafür, sich den Chancen und Gefahren des gezielten und kontrollierten Konsums sachlich zuzuwenden und sie in einen öffentlichen Diskurs zu tragen. Gerade für Jugendliche ist eine solche offene Auseinandersetzung von größter Bedeutung. Zwar ist für sie die ambivalente Umgangsweise mit Rausch äußerst irritierend, suchen sie doch nach eindeutigen, ihrer Lebenswelt nahen Orientierungen und Bewältigungsstrategien. Es ist jedoch gerade der Umgang mit der Ambivalenz, der den Jugendlichen das nötige Rüstzeug für den verantwortungsvollen Umgang mit dem Alkohol verschafft. Es gilt also, den pädagogischen Spagat zwischen akzeptierender Begleitung und Reglementierung bzw. Grenzsetzung zu wagen.

Zwei bewährte Ziele der Suchtprävention bleiben davon unberührt: Zum einen gilt es das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum möglichst weit herauszuzögern. Das bestehende Jugendschutzgesetz bietet hierfür eine gute Grundlage wenn es um den eigenständigen Erwerb alkoholischer Getränke geht. Viel bedeutender im Sinne der Missbrauchsprävention ist jedoch das Ziel, die pro Kopf konsumierte Menge reinen Alkohols so gering wie möglich zu halten. Nach Erkenntnissen der Präventionsforschung sind hierzu rein pädagogische Bemühungen wenig erfolgreich. Hier sind es vielmehr Begrenzungen der Verfügbarkeit von Alkohol und der Gelegenheit zum Trinken, die diesem Ziel am effektivsten dienen.

Entsprechende Maßnahmen befassen sich dabei nicht unmittelbar mit den Jugendlichen selbst, sondern mit dem Handel, der Gastronomie und den Organisatoren öffentlicher Veranstaltungen. Ein drittes, bisher zu wenig beachtetes Ziel der Prävention, gewinnt vor dem Hintergrund der beschriebenen Seelenlage Jugendlicher an Bedeutung. Zur Prävention von problematischem Alkoholgebrauch gilt es sozial- und gesellschaftspolitisch die Lebensbedingungen, die Zukunftsaussichten und die Wertschätzung junger Menschen zu verbessern. Hierzu gehören auch Investitionen in Bildung und Freizeitmöglichkeiten. Denn der Alkohol selbst wird von den betroffenen Jugendlichen nicht als persönliches Problem wahrgenommen, wohl aber alle die psychischen und sozialen Probleme, die den Alkoholkonsum provozieren und fördern.

Arbeitsgruppen

AG 1:

Harm Reduction - das Beispiel Doping und Anabolika

Prof. Dr. med. Bengt Kayser, Universität Genf

1) Einführung

1.1) Definition ‚Doping‘ (nach WADA - World Anti-Doping Agency):

- verbotene Substanzen (z.B. EPO)
- verbotene Methoden (z.B. Blutdoping)

1.2) Grundsätzlich gilt:

- Sport ist an Regeln gebunden
- Regel: Doping ist nicht genehmigt

1.3) Warum Anti-Doping-Regeln?

- Fair Play
- Gesundheitsproblemen vorbeugen
- Vorbildfunktion der Athleten
- Spirit of Sport (moralische Vorstellungen)

1.4) Wirksamkeit von Anti-Doping?

- Vollständige Unterbindung ist nicht möglich (1 – 2 % d. Tests sind positiv)
- Reduzierung im Elite-Sport ist wahrscheinlich möglich
- Prävalenz im Publikumssport ist wahrscheinlich
- Prävalenz innerhalb der Gesellschaft ist nicht wahrscheinlich

2) Aktuelle Situation

2.1) Elite-Sport vs. the rest

Eine wissenschaftliche Studie ergab, dass Doping im Elite-Sport verpönt, in der Gesellschaft jedoch auf dem Vormarsch (z.B. Ritalin zur Leistungsförderung im Berufsleben) ist.

Es wird wie folgt unterschieden:

1. Elite-Sport ist ein kleiner Teil der Weltbevölkerung, die Athleten erfahren Doping-Tests und medizinische Betreuung
2. Sub-Elite-Sport ist ebenfalls ein kleiner Teil der Weltbevölkerung
3. Publikumssport ist ein größerer Teil der Weltbevölkerung
4. Allgemeine Bevölkerung bildet den größten Teil, die Freizeitsportler erfahren keine Doping-Tests und keine medizinische Betreuung

2.1) Eine Moderne Gesellschaft

- setzt auf Schönheit, Erfolg, Energie, Jugend, etc.
- lässt dopingähnliches Verhalten immer präsenter werden: der Druck im Arbeits- und Privatleben wächst stetig, viele Menschen können dem ohne Hilfsmittel nicht standhalten
- muss einen Umgang mit dem (missbräuchlichen) Konsum von Substanzen wie Ritalin finden. Da der Konsum nicht vollständig unterbunden werden kann, müssen negative Folgen in Verbindung mit Schwarzmarkt, riskantem Konsum, etc. weitgehend reduziert werden

2.2) Contra Anti-Doping

- Gleiche Voraussetzungen für alle schaffen, egal welcher Herkunft (Klasse, etc.) der Athlet entstammt
- Gesundheit der Athleten wird durch eine Überbeanspruchung gefährdet /Profisport ist oft ungesund
- The Spirit of Sport: es wird ein Bild vom Spitzensportler geschaffen, das es so nicht gibt

2.3) Umgang mit Doping

- Anti-Doping Gesetzgebung in Frankreich sieht bis zu 5 Jahren Gefängnis und 75.000 Euro Geldstrafe vor
- die ‚whereabouts rules‘ von WADA sehen vor, dass Athleten 7 Tage pro Woche eine Stunde lang für unangemeldete Kontrollen verfügbar sein müssen. Außerdem müssen sie verbindlich drei Monate im voraus festlegen, wo sie wann auffindbar sind. Drei Verstöße innerhalb 18 Monaten gelten als positive Probe und ziehen eine Sperre nach sich.

- die Tendenz zum Substanzkonsum (Anabolika, etc.) nimmt unaufhaltsam zu

2.4) Contra Anti-Doping

- Daten lassen sich kaum erfassen, Gründe hierfür sind ähnlich wie auf dem Gebiet der Drogen: Schwarzmarkt, Illegalisierung, Kriminalisierung, etc.
- der Gewinner ist die organisierte Kriminalität (die Substanzen sind teilweise legal und lassen sich besser befördern wie z.B. Drogen)
- die Tests sind teuer und es kann nur gefunden werden, was gesucht wird
- es wird viel Doping betrieben, dennoch bleibt beispielsweise harm reduction auf Grund des Verbotes auf der Strecke

3) Anti-Doping

3.1) Zukunftsblick:

- Doping geht unter der Hand weiter
- Doping nimmt in der Bevölkerung zu

3.2) Contra:

- *Anti-Doping* ist nicht nur teuer, sondern fördert Probleme vielmehr als sie zu lösen
- *Anti-Doping* bringt Mediziner in schwierige Situationen (z.B. moralischer Konflikt bei medizinischer Begleitung des Doping)
- da die Anti-Doping-Regel nicht funktioniert, sollte sie geändert werden: Pragmatismus statt Ideologie
- Widersprüchlichkeit im Elite-Sport: Doping ist verpönt, Sponsoren der Olympischen Spiele sind MC Donalds und Coca Cola (public health?)

4) Offene Diskussion

4.1) Themen:

- modernes Menschenbild fördert Leistungsdruck (Alter/Jugend)
- Gesellschaftliche Kontrolle vs. Autonomie
- Ökonomie der Pharmaindustrie
- Gesundheit (Public Health)

- Tendenz zu Big Brother ist im Profisport immer deutlicher zu erkennen
- bei der Tour de France wird immer gedopt – warum nicht legalisieren und medizinisch begleiten?



Pause

AG 2:

„Wir – wollen wissen was drin ist“ – Drug Checking als Verbraucherschutz und Stärkung von Mündigkeit

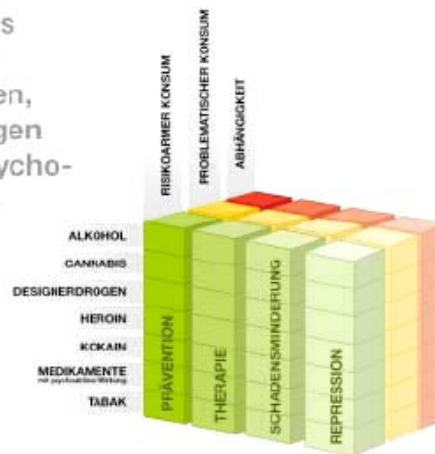
Drug-Checking in Zürich

Alexander Bücheli

Drug-Checking in der Schweiz

Politische Einbettung

Das Denkmodell des Würfels dient der Entwicklung einer sachlichen, in sich stimmigen, wirksamen und glaubwürdigen Suchtpolitik, welche alle psychoaktiven Substanzen erfasst.



Aktuelle Angebote

Kanton Bern Stiftung Contact Netz: 2-3x jährlich an grösseren Anlässen.

Stadt Zürich Jugendberatung Streetwork: 10 x jährlich Mobil und jeden Dienstag stationär.

Das Zürcher Angebot ist anonym und kostenlos nutzbar.



Jugendberatung Streetwork - Aktuelle Angebote im Bereich Nightlife

Infostand vor Ort	DIZ	Schulungen	Vernetzung	Projekte
Partydrogen Drug-Checking Alkohol	Information Beratung Drug-Checking Triage	Schulen Fachstellen Clubpersonal	Runder Tisch Safer Clubbing Warnnetzwerk Fachgruppe Nightlife	Nachtschwärmer Clubstadt 2020

Drogeninformationszentrum DIZ (seit Oktober 2006)

Information, Beratung, Drug-Checking

Zentrale Lage

Dienstag von 17.30-20.30

Kooperationen mit GAIN (ARUD), Checkpoint (ZAH), ADA;

Möglichkeit zur direkten Überweisung für somatische und therapeutische Angebote.

1. Analyse kostet 130 € ; durchschnittl. Kosten pro Beratungsgespräch 100.00 €.

↑		↓
Übermittlg. des Resultates, Erklärung Der Bedeutung	Beratungsgespräch dokumentiert mittels Fragebogen ←	Fragen zum Produkt ↓ Dokumentation des Produktes ↓
↑	← Analyse HPLC	↓ ← Probenaufbereitung
Berechnung des Resultats		

Warnverteiler Drug-Checking

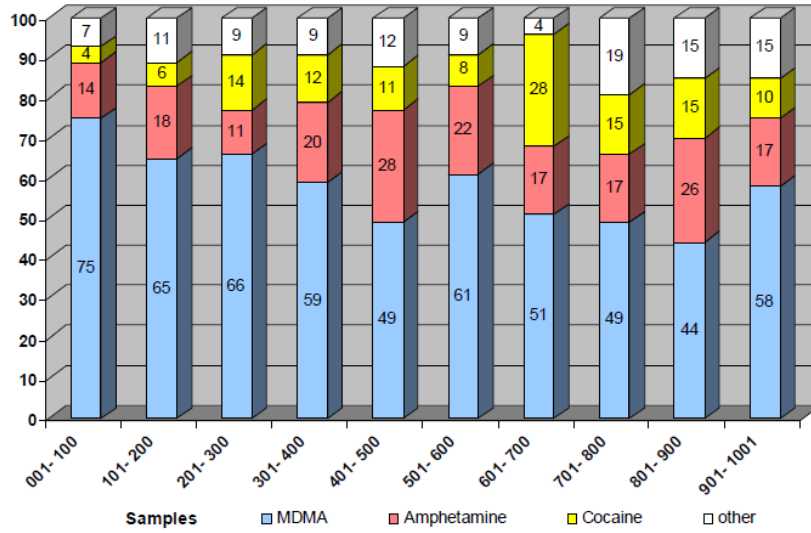
DIZ Resultate →	Warnung →	Web-sites ↑	Lokaler Verteiler -Sanität -Spitäler -Polizei -Clubs usw.
Mobile Resultate →		Beurteilung → ↑	Presse
Contactnetz →		-Bild -Substanzinfos -Risiko-einschätzung	Internationaler Verteiler -EMCDDA -TEDI-Projekt -Div. Projekte
EMCDDA →			

Drug-Checking		
Kooperationspartner <i>-gegens. Austausch -Gemeins. Projekte</i>	Informationspartner <i>-Gegens. Austausch</i>	Strategiepartner <i>-Partner für neue Projekte</i>
Clubs Security Sanität Lokale Institutionen Nationale Institutionen	Toxikolog. Institut Polizei Notfall-Aufnahmen EMCDDA	Politik

Die Analysenresultate



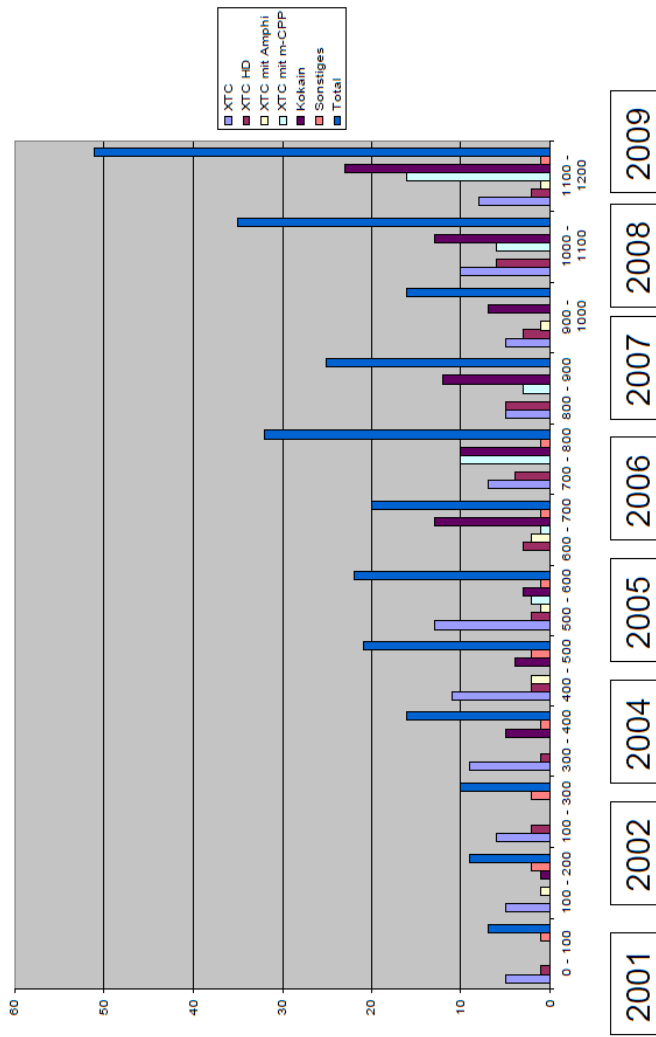
Substanzverteilung Mobiles Drug-Checking (%)



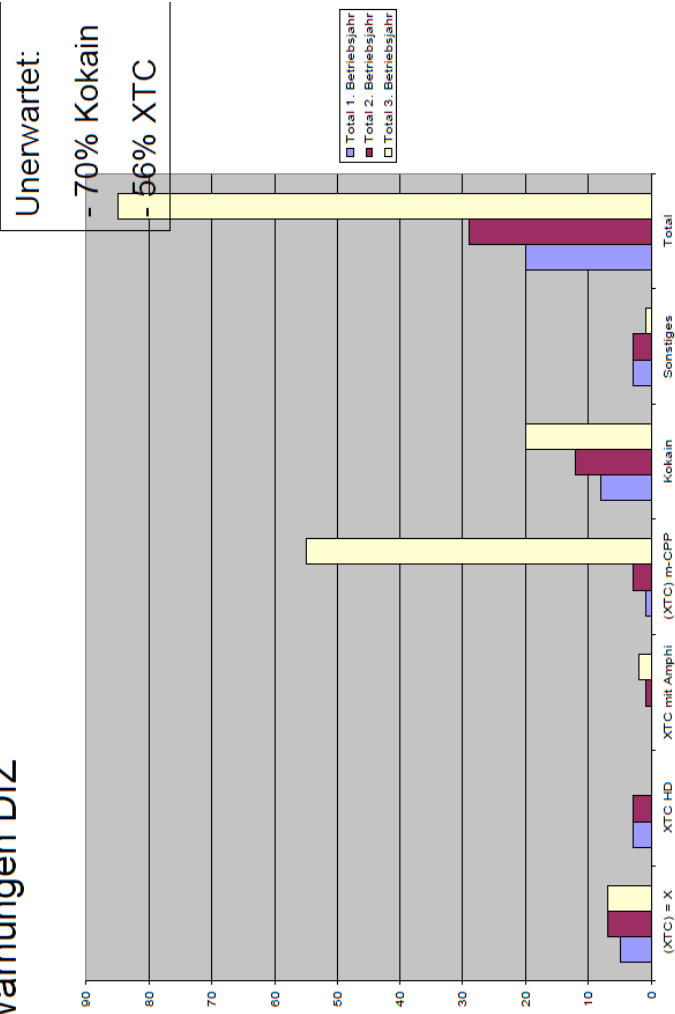
2001 2002 2004 2005 2006 2007 2008

Drogentrends

Warnungen mobiles Drug-Checking



Warnungen DIZ

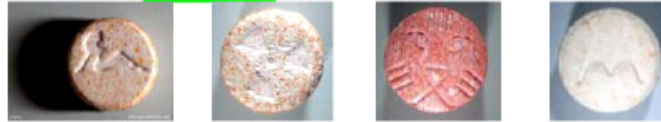


Aktuelle Warnungen

Achtung! m-CPP verkauft als Ecstasy!

Datum: August 2009

Neue Pillen!



Name	Jungfrau (Kappa)	Radioaktiv / auch Atomli genannt	Katze / Cats	Motorolla
Gewicht	323.8 mg	263.3 mg	297 mg	240.6 mg
Durchmesser	9.1 mm	8.1 mm	8.1 mm	8.2 mm
Dicke	3.9 mm	5.3 mm	5.6 mm	3.9 mm
Bruchrille	Ja	Ja	Ja	Ja
Farbe	Hell-Orange	Orange gesprenkelt	Rot	gelblich
Inhaltsstoff	45.2 mg m-CPP 10.7 mg Domperidon)	36.8 mg m-CPP 10.6 mg Domperidon	25.9 mg m-CPP 27.2mg Domperidon	42.2 mg m-CPP
Getestet in	Zürich März Mai/Juni/Juli 2009	Zürich, 2009 Mai/Juni/Juli	Zürich, Mai / August 2009	Zürich, April 2009



Name	D&G	Rolex / Chrönli	Kreuz	Mitsubishi
Gewicht	244.9 mg	265.9 mg	247.9 mg	294.7 mg
Durchmesser	8.2 mm	8.2 mm	8.3 mm	9.2 mm
Dicke	4.3 mm	4.4 mm	3.7 mm	3.6 mm
Bruchrille	Nein	Ja	Ja	Nein
Farbe	gräulich	grün/ pistache	Rosa	grün/pistache
Inhaltsstoff	20.2 mg m-CPP	45 mg m-CPP 1.1 mg Domperidon 9.6 mg Metoclopramid	46.2 mg m-CPP 4.9 mg Domperidon	27.6 mg m-CPP 5.3 mg Domperidon 1.0 mg Metoclopramid
Getestet in	Zürich, April 2009	Zürich, April + Mai 2009	Zürich, April 2009	Zürich, Mai und Juni 2009

Kokain Streckmittel

Phenacetin: Medikament zur Schmerzbehandlung und Fiebersenkung, kann Erregung und Euphorie auslösen.

Lidocain, Tetracain und Procain: Lokal-und/oder Oberflächenanästhetika.

Levamisole:Mittel gegen Fadenwürmer (Tiermedizin), bei regelmäss. Konsum Schwächung des Immunsystems aufgrund der eingeschränkten Produktion von weissen Blutkörperchen.

Atropin: Ist in einigen Ländern in Europa als Streckmittel verwendet worden, wurde in Zürich noch nie analysiert.

Fazit

Generelle Feststellungen

Drug-Checking:

Ist ein pragmatisches und effizientes selektives Präventionsinstrument;

Beratung mit integriertem Drug-Checking erreicht eine bis dato unbekannte Zielgruppe und stösst auf große Resonanz;

Vernetzt stellt es einen Nutzen für die öffentliche Gesundheit dar;

Analysen und Resultate unterstützen die Glaubwürdigkeit präventiver Botschaften und ermöglichen eine Selbstreflexion;

Drug-Checking mit Beratung stellt keinen Konsumanreiz dar;

Drug-Checking generiert wichtige Erkenntnisse für die Früherkennung, da Drogentrends und Konsummuster früher festgestellt werden können.

Hindernisse

Politische Vorstösse mit dem Ziel das Drug-Checking Angebot zu beenden (3x);

Mediale Skepsis (Vorwurf des Dealerservice);

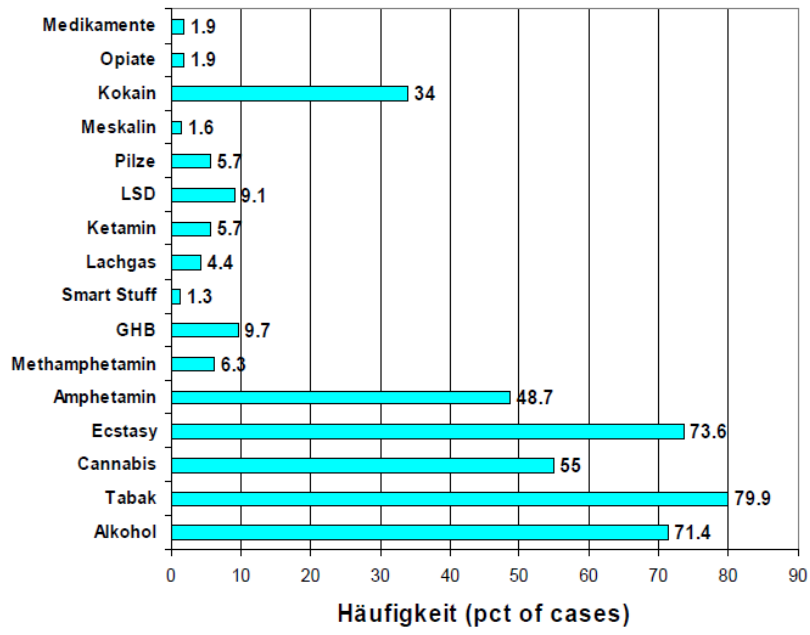
Keine Unterstützung von Seiten des Bundesamtes für Gesundheit;

Skepsis der Clubbetreiber gegenüber Drug-Checking im Club;

Anfängliche Skepsis der Konsumenten;

Fehlende Evaluationsdaten über die Wirksamkeit bestehender Drug-Checking Angebote.

Substanzkonsum in der Regel während Partynacht



Drugchecking: Ziele – Erfahrungen – Perspektiven

Tibor Harrach; Rüdiger Schmolke

Drugchecking als emanzipative Strategie in der Drogenarbeit

Drugchecking bezeichnet die Möglichkeit, auf dem Schwarzmarkt gehandelte Substanzen auf ihre qualitative (Art der Inhaltsstoffe) und quantitative (Menge der Inhaltsstoffe) Zusammensetzung hin untersuchen zu lassen und die Resultate DrogenkonsumentInnen zukommen zu lassen.

Die Möglichkeit des Testens illegal erworbener Substanzen stellt in Verbindung mit einer geeigneten Risikokommunikation für DrogengebraucherInnen und Drogenhilfe eine verbesserte Möglichkeit dar, Vergiftungen, Überdosierungen und unerwünschte Effekte zu vermeiden. Drugchecking bildet insofern einen pragmatischen und evidenz-basierten Ansatz der Harm Reduction, der entsprechende, bereits bestehende Angebote ergänzen kann und sich mit diesen verbinden lässt.

Indem GebraucherInnen lernen, (erwünschte und unerwünschte) Wirkungen des Konsums psychoaktiver Substanzen besser einzuschätzen und bestimmte Konsumerlebnisse besser in spezifischen Zusammenhang zu bringen mit

- dem Anteil von Art und Menge der konsumierten Substanzen (Drug)
 - den individuellen (physiologischen und psychologischen) Eigenschaften und Fähigkeiten, die der/die Konsumierende in die Situation des Konsums einbringt (z. B. Die Erwartungshaltung an die Drogenerfahrung und an eventuelle Konsequenzen des Konsums, Bewältigungsressourcen etc.) (Set) und
 - der spezifischen Situation, in der der Konsum stattfindet, inkl. des sozialen, räumlichen und emotionalen Umfelds vor, während und nach dem Drogengebrauch (Setting) (vgl. Zinberg, 1984),
- ermöglicht Drugchecking daneben einen reflektiven Drogengebrauch und fördert einen selbst kontrollierten, respektvollen und vorsichtigen

Umgang mit psychoaktiven Substanzen und das Erlernen von geeigneten Strategien zur Risikoreduzierung beim Gebrauch. Basierend auf den Erfahrungen von Szeneorganisationen (wie Eve & Rave), können Drugchecking-Angebote den Zugang von Informations- und Beratungsangeboten zu DrogengebraucherInnen erleichtern, vor allem weil die Glaubwürdigkeit der Angebote steigt.

Schließlich kann Drugchecking ganz allgemein zu einer besseren Aufklärung über Drogen beitragen, indem es das Wissen der Mitarbeiter von Drogenhilfeeinrichtungen und Behörden über vielfältige Konsummuster, Motive zum Drogengebrauch sowie (auch dosisabhängig) spezifische Wirkungen und Risiken des Konsums bestimmter Substanzen erhöht.

Drugchecking in diesem Sinne zielt insofern darauf, DrogenkonsumentInnen zu einem höheren Informationsstand über die ihnen konkret verfügbaren Substanzen zu verhelfen und die Aneignung eines weitgehend selbst kontrollierten, respektvollen und vorsichtigen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen sowie das Erlernen von geeigneten Strategien zur Risikoreduzierung beim Gebrauch zu fördern. Im Sinne einer modernen Empowerment-Strategie der Gesundheitsförderung bildet Drugchecking damit – in Verbindung mit für die GebraucherInnen konkret umsetzbare Risikominimierungsstrategien – ein geeignetes Unterstützungsangebot an DrogengebraucherInnen, ihren Grad an Autonomie und Selbstbestimmung zu erhöhen.

Drogenhilfe und Behörden können mit Hilfe von Drugchecking-Angeboten ihrerseits tendenziell befähigt werden, DrogengebraucherInnen als selbst verantwortliche Menschen anzusehen, denen aufklärerische und pädagogische Angebote (in Abgrenzung zu vordringlich repressiven Maßnahmen) zu weit gehender Selbstkompetenz verhelfen können.

Erfahrungen aus dem Drugchecking-Programm von Eve & Rave in Berlin

Von Februar 1995 bis September 1996 führte der überwiegend in der Party- und Technoszene aufklärerisch tätige Berliner Verein Eve and Rave e. V. in Zusammenarbeit mit dem Gerichtsmedizinischen

Institut der Humboldt-Universität (Charité) ein Drugchecking-Programm durch. Insgesamt wurden dabei über 150 Proben analysiert. Die Proben wurden dem Verein anonym zugeschickt und von Vereinsmitgliedern zum Gerichtsmedizinischen Institut gebracht.

Dort erfolgte eine Analyse mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie (HPLC), bei analytisch nicht eindeutigen Fällen auch mittels gekoppelter Gaschromatographie und Massenspektroskopie (GC/MS). Die Ergebnisse der Analytik wurden Eve & Rave umgehend übermittelt. Die Einsender der Proben konnten das Ergebnis gegen Nennung eines Codeworts anonym telefonisch erfragen. Die Kosten für die Analytik (70 DM pro Substanzprobe) waren von den Auftraggebern zu tragen.

Bei besonders problematischen Proben (unerwartete Substanzen, gefährliche Beimengungen und besonders hoch dosierte Proben) wurden Warnflyer in Berliner Szenelokalitäten verteilt. Die Ergebnisse wurden zu Listen zusammengefasst und von der Deutschen Aidshilfe in ihrem Rundbrief an alle deutschen Aidshilfen versendet. Später wurden die Testergebnisse auch auf der Homepage der Gif tinfor mationszentrale Bonn (Universitätsklinikum der Rheinischen Friedrich Wilhelm Universität Bonn und Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) veröffentlicht.

Etwa drei Monate nach Beginn des Berliner Drugchecking-Programms kam es wegen des Verdachts des unbefugten Besitzes von Betäubungsmitteln zur Einleitung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens, dass in der polizeilichen Durchsuchung der Vereinsräume von Eve and Rave und des Gerichtsmedizinischen Instituts der Charité mündete. Gegen drei Vereinsmitglieder, die Betäubungsmittel in das Gerichtsmedizinische Institut gebracht hatten, wurden Ermittlungsverfahren eingeleitet und durch die Staatsanwaltschaft Anklage erhoben.

Im Zuge des mehrjährigen Verfahrens lehnten schließlich sowohl das Amtsgericht Tiergarten als auch das Landgericht Berlin die Eröffnung eines Hauptverfahrens ab und stellten fest, dass das durch die Vereinsmitglieder von Eve and Rave praktizierte Verfahren zur Durchführung von Drugchecking nicht gegen geltendes Recht

verstoßen hatte. Unter dem Titel "Durchbruch beim Drugchecking" veröffentlichte die taz am 07.07.1999 einen entsprechenden Artikel. Da das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) jedoch zwischenzeitlich dem beteiligten Analyseinstitut die Erlaubnis entzogen hatte, Substanzproben zum Zwecke des Drugchecking entgegenzunehmen, war eine Wiederaufnahme des Programms nach Abschluss des Verfahrens im Jahre 1997 nicht möglich. Weitergehende Informationen zur Drugchecking-Historie unter www.drugchecking.eu

Rechtliche Situation

Zur aktuellen Situation und den rechtlichen Voraussetzungen zur Umsetzung von Drugchecking in Deutschland erstellte der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags im Februar 2009 eine Expertise, die unter anderem auf die auf der Berliner Drugchecking-Fachtagung 2008 von *Prof. Cornelius Nestler* (Universität Köln) referierten rechtlichen Implikationen zur Implementierung von Drugchecking in Deutschland verweist (Download-Möglichkeiten und Filmdokumentation unter www.drugchecking.eu).

Die folgenden Ausführungen beruhen auf der Rechtsauffassung von Prof. Nestler. Die Analyse aller in den Anlagen I-III des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgeführten Substanzen ist im Rahmen der apothekenrechtlichen Bestimmungen in öffentlichen Apotheken und Krankenhausapotheken gemäß §4 Abs. 1 Nr. 1 BtMG ohne Erlaubnis möglich (und wird schon heute offiziell praktiziert). Schnelltests, bei denen den Konsumenten die notwendigen Untersuchungsmittel (Chemikalien) zur Verfügung gestellt werden und bei denen die Konsumenten bei der Durchführung der Analyse und der Interpretation der Ergebnisse durch einen Fachmann unterstützt werden, ist für den Fachmann ohne eine verwaltungsrechtliche Erlaubnis möglich, da er keine erlaubnispflichtigen Tatbestände gemäß §3 Abs. 1 BtMG erfüllt. Dieses Verfahren wird auch heute unter anderem in Berlin praktiziert.

Betäubungsmitteluntersuchungen z. B. vor Ort auf einer Tanzparty/ Diskothek durch Fachleute mittels eines mobilen Labors sind ohne

Erlaubnis dann möglich, wenn die Untersuchenden in unmittelbarer Nähe und „unter den Augen“ des Konsumenten die Substanzanalyse vollziehen, weil die untersuchenden Fachleute dann lediglich als Besitzdiener ohne tatsächliches Herrschaftsverhältnis zu den Betäubungsmitteln handeln und damit keinen strafbewährten Besitz gemäß §29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG erlangen. Untersuchungen auf Tanzveranstaltungen werden seit einigen Jahren in Österreich und der Schweiz praktiziert.

Ausgeschlossen von einem solchen Verfahren sind in Deutschland gemäß §10a BtMG Substanzanalysen in Drogenkonsumräumen. Komplizierter gestaltet sich die rechtliche Bewertung von Betäubungsmittelanalysen, wenn ein Konsument in einer Drogenberatungsstelle eine Probe abgibt, die von einem Mitarbeiter der Drogenberatungsstelle einem stationärem Labor zur Analyse weitergeleitet wird. Der Mitarbeiter der Drogenberatungsstelle handelt in diesem Falle als Bote, der für seine Botentätigkeit keine Erlaubnis benötigt, weil er keine erlaubnispflichtige Verkehrsform gemäß §3 Abs. 1 BtMG verwirklicht. Solange er im Einvernehmen mit dem Konsumenten handelt, hat er auch keine freie Verfügungsgewalt über das Betäubungsmittel und damit keinen strafbewährten Besitz gemäß § 29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG. Da der Bote keine Verfügungsmacht über das Betäubungsmittel besitzt, ist bei der Übergabe des Betäubungsmittels an das untersuchende Labor nicht der erlaubnispflichtige Tatbestand der Abgabe von Betäubungsmitteln erfüllt. Auch für die untersuchende Person (Mitarbeiter des Labors) stellt die Annahme des Betäubungsmittels zum Zwecke der Substanzanalyse und deren Durchführung keine erlaubnispflichtige Verkehrsform im Sinne §3 Abs. 1 BtMG da, weil auch die untersuchenden Personen keine Verfügungsgewalt zur freien Verfügung über das Betäubungsmittel erlangen. Denn die Übergabe des Betäubungsmittels erfolgt ausschließlich zum Zweck der Untersuchung.

Unklar bleibt, ob der Besitz der Betäubungsmittel ohne gleichzeitige Erlaubnis zum Erwerb gemäß §29 Abs. 1 Nr. 3 BtMG einen strafbe-

währten Tatbestand darstellt, obwohl der Besitz selbst keiner Erlaubnispflicht unterliegt.²

Diese Rechtsunsicherheit kommt dadurch zustande, dass der Gesetzgeber davon ausging, dass im legalen Betäubungsmittelverkehr dem Besitz immer eine der in §3 Abs. 1 Nr. 1 beschriebenen Handlungen (Anbau, Herstellung, Erwerb u.a.) vorausgeht, weshalb der Tatbestand des Besitzes lediglich durch eine schriftliche Erlaubnis zum Erwerb straflos wird.

Bei einer restriktiven Auslegung der geltenden Rechtsvorschriften benötigt der Untersuchende, obgleich er das Betäubungsmittel nicht erwirbt, eine Erlaubnis zum Erwerb, um der Strafbarkeit des Besitzes sicher zu entgehen. Um das aus dem Widerspruch zwischen Systematik und Wortlaut des Betäubungsmittelgesetzes sich ergebenden Risiko der Strafbarkeit für die untersuchenden Personen auszuschließen, wird zumindest für bestimmte Fälle die Beantragung einer Erlaubnis zum Erwerb von Betäubungsmitteln empfohlen, obgleich die Untersuchung keinen erlaubnispflichtigen Tatbestand einschließlich Erwerb erfüllt.

Die Erlaubnis kann beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beantragt werden. Sie muss erteilt werden, wenn hierzu nachweislich ein wissenschaftliches oder ein öffentliches Interesse besteht und keine generellen Verbote oder Schutzwecke des BtMG berührt werden. Eine andere Möglichkeit wäre, in Anlehnung an das Frankfurter Druckraummodell der 1990er Jahre z. B. auf Basis eines Rechtgutachtens eine Absprache zwischen Gesundheitsverwaltung, Strafverfolgungsbehörden und dem Träger eines Drugchecking-Projekts zu treffen, die dem Projekt unter bestimmten Voraussetzungen garantiert, nicht durch Strafverfolgung behelligt zu werden.

² Besitzen im Sinne des Betäubungsmittelstrafrechts setzt ein bewusstes tatsächliches Innehaben und Besitzwillen voraus. Dabei besteht ein Unterschied zu der für den Erwerb notwendigen freien Verfügungsgewalt. Für den Besitz genügt nämlich der rein faktische Zugang über das Betäubungsmittel, und diese hat notwendigerweise der Untersuchende, um das Betäubungsmittel überhaupt analysieren zu können.

Perspektiven in Deutschland

Als Folge der Feststellung der Rechtmäßigkeit von Drugchecking durch das Berliner Landgericht und den Regierungswechsel zu Rot-Grün verabschiedeten Vertreter von sogenannten Szeneorganisationen im Februar 1999 die "Berliner Resolution der Selbstorganisationen aus der Party- und Technoszene zum Drug-Checking". Darin forderten sie die Fortführung und Weiterentwicklung von Drugchecking-Programmen in Deutschland.

Im Juli 1999 lud das Bundesministerium für Gesundheit Vertreter mehrerer Bundesbehörden, Experten aus dem Drogenbereich, Vertreter von Szeneorganisationen und aus Institutionen des Drogenhilfesystems zu einer Besprechung "...betreffs der Schadensminimierung beim unbefugten Drogenkonsum durch Drug-Checking" ein. Das Gespräch hatte zum Ziel zu erörtern, "...ob und unter welchen Bedingungen Drugchecking geeignet sein kann, einen Beitrag zur Schadensminimierung beim unbefugten Drogenkonsum zu leisten und im Rahmen des Betäubungsmittelgesetzes zulässig ist." Am Ende des Gesprächs wurden die Vertreter der Szeneorganisationen aufgefordert, ihre Vorstellungen über die Bedingungen und zur Umsetzung von Drugchecking schriftlich darzulegen. Unter den Anwesenden bestand Übereinstimmung darin, die Diskussion über die Gesamtproblematik fortzusetzen, die angekündigte Konzeption sollte hierfür als Grundlage dienen.

Das resultierende Drugchecking-Konzept des „techno-netzwerks berlin“ wurde allerdings von den politisch Verantwortlichen schlichtweg negiert. Auch seiner Ankündigung, die Diskussion mit den Szeneorganisationen fortzusetzen, kam das Bundesministerium nicht nach.

Die Forderung einer 2001 auf einem BZgA-Seminar zur Prävention des Ecstasy-Konsums installierten Arbeitsgruppe nach einem Drugchecking-Modellprojekt zog ebenfalls keine Aktivitäten von Behörden oder politischen Institutionen nach sich, so dass insgesamt seit dem Ende des Berliner Programms Mitte der 1990er Jahre bis 2007 in Deutschland kaum Aktivitäten zur Umsetzung von Drugchecking zu verzeichnen sind.

Das bis dahin einzig verbliebene Drugchecking-Programm in Deutschland – das Pillenidentifikationssystem der Drobs Hannover (etabliert als Satellitenstandort des niederländischen Drugchecking-Systems) – wurde 2002/2003 ebenfalls eingestellt, obwohl sich der Standort an einer internationalen Studie beteiligte, in der Drugchecking (im Bereich des Pilltesting) seine Wirksamkeit auf Ziele in mehreren Dimensionen hatte nachweisen können.³

Im Gegensatz zu Deutschland konnten sich seit den 1990er Jahren im europäischen Ausland punktuell Drugchecking-Standorte etablieren bzw. neu entwickeln. Systematisch wird Drugchecking heute vor allem in den Niederlanden, der Schweiz, Österreich und Spanien angeboten.

2007/2008 gründeten sich in Frankfurt am Main und Berlin-Brandenburg Initiativen, die erneut die Implementierung von Drugchecking zum Ziel haben. Nach dem Auftauchen von mit Blei versetztem Cannabis in Leipzig im Jahr 2007 und hieraus resultierenden, teilweise dramatischen Gesundheitsschäden für CannabisgebraucherInnen, wurde auch hier im kommunalen Rahmen erneut über zu schaffende Drugchecking-Angebote diskutiert.

Die Aktivitäten dieser regionalen Initiativen wurden auch über den regionalen Rahmen hinaus wahrgenommen. Dies führte 2009 zu einer Kleinen Anfrage der Bundestagsfraktion Die Linke sowie zu einer Expertise des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages.

In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage erteilte die Bundesregierung allen Argumenten pro Drugchecking gegenüber eine abweisende Antwort. Die Expertise skizziert hingegen – unter anderem mit

³ Die Studie wies positive Ergebnisse in folgenden Bereichen nach: Erleichterter Zugang zu bislang nicht Erreichten; höheres Vertrauen und mehr Akzeptanz der Informationsstellen; verbesserte Risikokommunikation; Entmystifizierung von illegalen Drogen; Informationszuwachs über substanzgebundene Risiken und gesundheitsbewusstes Verhalten auf Seiten der NutzerInnen; Risikoreduzierung beim Gebrauch von synthetischen Drogen durch die Inanspruchnahme von Drugchecking; Verhinderung bzw. das Hinauszögern des Konsums bei Unentschlossenen; bei NichtkonsumentInnen kein Anreiz für Konsum durch Drugchecking; Möglichkeit eine Marktanalyse im Bereich der illegalen Drogen; Beitrag zur Klärung darüber, welche Informationen aus der Sekundärprävention für die Primärprävention besonders wichtig sind (Benschop et al. 2002).

Hinweis auf die auf der Berliner Drugchecking-Fachtagung 2008 von *Prof. Cornelius Nestler* (Universität Köln) vertretene Rechtsauffassung – mögliche Wege zu einer Durchführung von Drugchecking frei von eventuellen betäubungsmittelrechtlichen Sanktionen.

Die Implementierung von Drugchecking in der deutschen Helfelandschaft scheitert jedoch bislang an politischen Faktoren auf mehreren Ebenen. So ist zur Entwicklung eines erneuten Drugchecking-Angebots ein Zusammenwirken von politisch Verantwortlichen und Behörden auf unterschiedlichen Politikebenen (mindestens auf Bundes- und Landesebene) notwendig, die Kosten und Kostenverteilung eines zu schaffenden Angebots sind unklar, vorliegende Erfahrungen und Evaluationen von Drugchecking sind unzureichend bekannt usw. Analysiert man die aktuelle drogenpolitische Situation auf Grundlage einer zeitgemäßen Policy-Analyse (z. B. Héritier et al. 1994), lässt sich die aktuelle (Nicht-)Regelung von Drugchecking (zumindest) anhand folgender Aspekte herleiten:

- Die Problemlösungsphilosophie, die staatlichem Handeln in dominierender Weise zu Grunde liegt: Ideen und konkreten Projektvorschlägen zur Innovation des Drogenhilfeangebots mit emanzipativem Charakter, die auf ein Mehr der Selbstkontrolle und –verantwortlichkeit von DrogengebraucherInnen zielen, schlägt nach wie vor generell großes Misstrauen entgegen, seien sie auch noch so praxisgerecht und empirisch fundiert. Zumindest für Vorschläge aus der „Akzeptanz-Ecke“ gilt: Unterstützung von DrogengebraucherInnen auf deren Weg zu mehr Autonomie gilt als höchst verdächtig und zu verhindern!

- Die generellen politisch-administrativen Strukturen, in deren Zuge der Drogenbereich insgesamt geregelt ist und die bislang zu seiner Steuerung verwendeten staatlichen Instrumente: Drogenpolitik ist, zumindest auf bundespolitischer Ebene, nach wie vor einem Kompetenzenwirrwarr geprägt, das intransparentes und widersprüchliches Handeln sowie omnidirektionale und hierarchische Strukturen begünstigt. Im Zweifelsfall findet sich daher für die tonangebenden, zumeist althergebrachte Auffassungen stützenden VertreterInnen des politischen Systems stets eine angeblich dominierende Institution (ein unter Verschluss tagender Expertenrat, angeblich verpflicht-

tende UNO-Verträge, die jeweils übergeordnete Stelle oder ähnliches), die eine Durchsetzung neuer Strategien „unmöglich“ machen.

– Die Kooperations- und Koordinationsstrukturen von Staat und privaten Organisationen im Drogenbereich: Vor allem gegenüber emanzipativ ausgerichteten Trägern muss (trotz einer abschwächenden Tendenz nach dem Regierungswechsel 1998) von einem stark dissoziativen Handeln der VertreterInnen des politisch-administrativen Systems gesprochen werden. Während in anderen Politikbereichen längst ein übergreifend kooperatives Vorgehen des Staates mit privaten Initiativen und Trägern dominiert, bestimmt im drogenpolitischen Bereich daher bislang eine Art Lagerpolitik den Alltag: Regierungs- und Behördenvertreter bevorzugen ebenso wie Parteien bilaterale Beziehungen zu Verbänden, Drogenhilfe und Drogenforschungseinrichtungen. Dies fördert seinerseits Disparität und Konkurrenzverhältnisse unter den privaten Trägern der Drogenarbeit und Drogenforschung und verhindert eine auf empirischen Erkenntnissen basierende Diskussion um neue Lösungsansätze. Resultat: Beispiele für empirisch fundierte Drogenpolitik und Drogenarbeit bilden nach wie vor nur Silberstreife am Horizont. Neben diesen weitgehend von den staatlichen Akteuren selbst bestimmten Regulationsformen, spielen aber auch die privaten Organisationen im Politikfeld Drogen (also Verbände, Drogenhilfeträger, Drogenforschungseinrichtungen etc.) eine tragende Rolle bei der Meinungsbildung, der Interessenaggregation und dessen Kommunikation in die Öffentlichkeit und direkt an die politisch Verantwortlichen. Die aktuelle Situation zum Drugchecking macht deutlich, dass hier – um es positiv auszudrücken – noch weitgehende Potenziale liegen. Eine effektivere Strategie zur Durchsetzung innovativer Strategien im Drogensektor müsste beispielsweise beinhalten:

– Selbstverständnis der Drogenhilfearbeit als Gesundheitsförderung: Drogenhilfe versteht sich bislang im Wesentlichen als Teil des Behandlungssystems für psychisch gestörte Menschen (und ist formal-institutionell so eingebunden). Dies ist nicht nur im Hinblick auf ein akzeptierendes Grundverständnis der Arbeit problematisch, sondern es engt auch die Handlungsperspektiven der Angebote auf die Durchführung von unmittelbar auf die Person gerichteten

Maßnahmen ein und blendet die (aus Sicht emanzipativer Herangehensweisen) notwendige Beeinflussung von Lebensbedingungen der Klientel und Veränderung der (politisch-)strukturellen Bedingungen der Helfelandschaft weitgehend aus.

– Aktivierung der DrogengebraucherInnen:

Drogenhilfe muss sich (auch) als Förderer von partizipativen Strategien und Strukturen verstehen, mit dem Ziel, DrogengebraucherInnen (und hier nicht nur die NutzerInnen von Drogenhilfeeinrichtungen) zu einem aktiven Eintreten für ihre Interessen zu bewegen.

– Dezentrale Verankerung:

Unter den vorherrschenden politischen Bedingungen sind zentral gesteuerte Aktionen zur Durchsetzung innovativer Drogenarbeit von deren Gegnern leicht auszuhebeln, da die objektiv bestehende Dominanz in der öffentlichen Meinungsführerschaft (z. B. Über entsprechende Grundsatzentscheidungen oder –verlautbarungen) in der Regel schnell zu einem Erliegen von Initiativen „von unten“ führt. Effektiver als eine zentrale Steuerung wirkt hingegen die dezentrale Organisation von Aktivitäten über kleine (z. B. regionale) Initiativen, die flexibler auf das politische Umfeld reagieren und kleinteiliger agieren können. Zur Erinnerung: Alle maßgeblichen Innovationen der Drogenarbeit (Substitution, Spritzentausch, Druckräume, Heroinvergabe etc.) gingen von regionalen Initiativen aus!

– Innovatives Vorgehen in der Interessenbündelung und Meinungsbildung:

Nicht nur für Drugchecking gilt, dass es bislang an für die Politik erkennbaren Schwerpunkt-Forderungen nach innovativen Angeboten für DrogengebraucherInnen mangelt. Voraussetzung hierzu wäre ein abgestimmtes Vorgehen zumindest eines Teils der Drogenhilfe, um eine ausreichende Außenwirkung zu erzielen. Positiven Einfluss nehmen könnte zum Beispiel die Verwendung moderner und kreativer Methoden der Lobbyarbeit und des Marketing in einem zuvor festgelegten Zeitraum, z. B. durch

-Kontaktaufnahme mit Massenmedien (mit dem Ziel von gebündelter Berichterstattung zum Thema),

- gezieltes Lobbying bei VerwaltungsmitarbeiterInnen, PolitikerInnen und Initiativen (mit dem Ziel, Parteibeschlüsse, Anhörungen, Parlamentsinitiativen und ähnliches zu erreichen),
- Einreichen von Publikationen in Fachzeitschriften sowie Tages- und Wochenpresse,
- Schreiben von Leserbriefen und Kommentaren, die das Thema aufgreifen, sowie weitere Strategien des „Guerilla-Marketing“
- Einreichen von Projektanträgen bei Behörden auf allen Ebenen (auch wenn diese zunächst keinen Erfolg auf Genehmigung vermuten lassen),
- Einbringen von Petitionen an entsprechende Ausschüsse der Landtage und des Bundestags,
- Veranstaltung von Fachtagen und Symposien zum Thema
- und vieles Denkbare mehr.

AG 3:

Die aktuellen Entwicklungen zur Entkriminalisierung in Portugal – was können wir für Deutschland lernen?

Jorge Roque

Protokoll: Katja Thane

In Portugal the “dissuasion /or decriminalization law” is in power since 7 years. On this basis drug users who are caught by the police, are sent to a dissuasion commission, which can initiate treatment. Instead of criminalization help is offered. If somebody is controlled by the police, identification is done, that’s all. In the beginning the police still used repression, now they have a different approach. Drugs are still forbidden and expensive in Portugal. The user has to show up at the nearest dissuasion commission centre, which can be more far away in rural areas. There are 18 dissuasion commissions, one in each district. Only the user together with the psychologist will decide what will happen then. The number of those not showing up at the commission is very high. When they come the next time they will be talked to about it, otherwise nothing happens. They are not prosecuted, but kept in record. In 2008 28% of the drug addicts were not showing up, while of the non-addicts 34% didn’t show up. On side of those getting caught in the last years things got good.

How came the new law into power? There are psychologists and psychiatrists in the government and also family involvement with drug users, so there was a lot of sensitivity for the issue of drug use. Since the new law the drug use goes down, and HIV infections as well. Another advantage is the smaller stigma – that helps people to go to the social service and integrate.

Treatment mainly consists of methadone, Subutex, or antagonist. If someone missed methadone dispensing he can go to one special centre to still get methadone. It is also possible to get it in pharmacies. Before those in methadone programme were dismissed after 2-3 positive heroine tests, now they are not. If people have money they buy drugs. If they have no money they use the treatment at mobile centre. Special offers are made for those who don’t want to be in the

system. Before that law: many without social security number etc. Among the police there is sometimes a negative attitude; some are frustrated that people are there again. Some want more repression. On the other hand now there is time for real police work, and drug addiction is seen as chronic disease. Police could confiscate drugs by law, but in practice they often don't, as it is more practical. At the moment they are very repressive on parties.

Since the introduction of the new law, a decrease of drug use in younger age was noticed. External evaluation is starting now. As one consequence from the Decriminalization law the right to have guns can be denied (which affects the many hunters in Portugal), while the suspension of the drivers license is a different law.

There are around 12000 inmates in prison with decreased numbers. 80% are drug-related, this proportion decreased as well. Syringe exchange in prison was tried, but no one showed up. In prison there exist detoxification, drug-free units (with contract), which are like drug treatment centres.

Drug consumption rooms are not available in Portugal yet because no NGO has applied for it, and there are probably some problems in law.

International reaction takes place: all countries are aware of the political change in Portugal. The UN Control board investigated but the Portugal policy is not against the convention. But other countries have different policies, e.g. in the Netherlands enormous effort is put on the production side (cannabis).

Transfer to Germany? To change the law is mostly a political option. In Portugal there was a big problem with drug use. A commission was introduced and decided on more humanity. The media were very silent on the issue, and the new law was implemented during holidays, after approval in November. But the decision process in German may be different.

AG 4:
Drogenfachgeschäfte und Cannabis Social Clubs –
Kontrollalternativen und Legalisierungsmodelle

Einleitung

Wolfgang Sterneck, alice project Frankfurt/M.

Im Alltag der Sozialarbeit und der Drogenhilfe, genauso wie im Alltag der Initiativ-Gruppen und der drogenpolitischen Projekte geht es meist um ganz konkrete Schritte, ganz konkrete Projekte.

Selbstverständlich ist es ein großer Erfolg, wenn einer Person im Rahmen eines Projektes aus einer Krise geholfen werden kann. Und selbstverständlich sind Ansätze und Themen wie Konsumräume, Heroingabe, Cannabis als Medizin und Drug-Checking äußerst wichtig. Die Umsetzung sichert Gesundheit, sie kann im Extremfall Leben retten. Doch die eigentliche Vision, die eigentlichen Zielsetzungen sollten weiter führen. Die Vision liegt nicht nur in Hilfen und kleinen Veränderungen. Die Vision liegt vielmehr in einer Gesellschaft, in der die Menschen selbstbestimmt und mündig mit psychoaktiven Substanzen umgehen. Und die Vision zielt auf eine Gesellschaft, in der ein möglicher Gebrauch dieser Substanzen legal und sozial integriert ist. In den Anforderungen des Alltags gerät diese Vision oftmals schnell in den Hintergrund, wobei sie nicht selten auch erzwungener Maßen verdrängt wird. Eine Aussage, die im Bereich der Drogenhilfe immer wieder auftaucht, ist die Folgende: "Ja, persönlich bin ich der Meinung, dass grundlegende Veränderungen notwendig sind und eine Legalisierung vieles vereinfachen würde. Doch so etwas darf ich nicht sagen, weil ich dadurch meinen Job gefährde."

Die Vision erscheint uns manchmal wie eine ferne Utopie. Denn es bedarf nicht nur eines Wandels der Drogenpolitik, sondern verschiedener gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen, die zum Teil gar nichts direkt mit Drogenpolitik zu tun haben.

Manchmal ist es jedoch möglich, sich diesem Utopia, diesem - frei übersetzt – noch "nicht bestehenden Ort" zumindest anzunähern. Die Vision kann durchaus, zumindest in Ansätzen, zu einem

konkreten Utopia, also zur gelebten Wirklichkeit werden. Und darum geht es in den folgenden Beiträgen.

Als erstes möchte ich ganz herzlich *Henning Schmidt-Semisch* von der Universität Bremen begrüßen. Henning hat schon 1993 auf dem 2. Bundeskongress von akzept einen Vortrag mit dem Titel "Ohne Legalisierung geht es nicht" gehalten. Und im Grunde könnte er diesen Vortrag nahezu identisch wieder halten, denn er ist immer noch aktuell. Dies spricht zum einen für die Qualität des damaligen Vortrages – es zeigt aber auch die weitgehende Stagnation der Drogenpolitik.

Max Plenert, unser zweiter Referent, hat Elemente aus verschiedenen Legalisierungsansätzen miteinander verknüpft und daraus sein detailliertes Modell der Drogenfachgeschäfte entwickelt. Es ist ein recht pragmatischer Ansatz, der in ganz konkreten Schritten beschreibt, wie eine Legalisierung sinnvoll umsetzbar ist, ohne dass danach ein Drogen-Chaos ausbricht und die ganze Gesellschaft in eine kollektive Abhängigkeit gerät und nur noch am einwerfen und zudröhnen ist.

Georg Wurth vom Deutschen Hanfverband schließt mit der Beschreibung der CannabisSocial Clubs, einem Modell, das insbesondere vom europäischen Netzwerk ENCOD (European Coalition for Just and Effective Drug Policies) favorisiert wird. Es ist ein pragmatisches Modell, das versucht in einer drogenpolitisch repressiven Situation Freiräume zu entwickeln, in denen ein legaler und mündiger Umgang mit Cannabis möglich ist.

Das Drogenfachgeschäft – Modelle für eine alternative Drogenökonomie

Max Plenert

Voraussetzungen

Drogenkonsum ist keine Vorstufe einer (behandlungsbedürftigen) Krankheit.

- Toleranz für Konsumentinnen ist nicht genug.
- Der Schwarzmarkt verursacht vielfältige Probleme für Konsumentinnen und Gesellschaft.

Zentrale Thesen:

„Es gilt dabei zu bedenken, dass Repression und undifferenzierte Verbote keine differenzierten staatlichen Steuerungsinstrumente zulassen.“

- (Un-)Abhängig Leben, Beschluss der Grünen Bundestagsfraktion, 9. Oktober 2008

„Ein freier und vom Staat in keiner Weise behinderter Drogenmarkt würde sich kaum von den Märkten für zahlreiche andere Güter unterscheiden.“

- Drogenpolitik aus der Sicht des Ökonomen, Werner W. Pommerehne, Albert Hart

Marktmodelle

- Supermarkt
- Apotheke
- Drogenfachgeschäft
- Genossenschaften
- Verkaufsstellen der Kommunen
- Medistores

Drogenfachverkäufer

Möglichst unabhängiger und kompetenter Ansprechpartner

Ausbildung: Drogenkunde & soziale Arbeit

Schnittstelle zu Beratungs- und Hilfeangeboten

Kontrolle

- Verkauf ausschließlich in Fachgeschäften
- Persönliche Lizenzen und Haftung
- Verbraucherinnen- und Jugendschutzgesetze
- Altersgrenzen
- Quasi freiwilliger Drogenführerschein
- Eine Droge - egal welche - sollte nie mehr Werbung bekommen, als sie für sich selbst - durch sich selbst - hervorbringen kann.

Die Drogen

- Analog zu Medikamentenrecht und -standards
- Verständliche Beipackzettel über Wirkungen und Wechselwirkungen
- Dosis farblich kodiert

Drogensteuer / - abgabe

- Deckt alle direkten und indirekten Ausgaben im Zusammenhang mit Drogen
- Als Einnahmequelle für den Staat fragwürdig

Drogeneinteilung

Objektiver Maßstäbe, z.B. physische Schäden,

Abhängigkeit und soziale Schäden

(Nutt et al, Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. In: Lancet.369, Nr. 9566, 24. 3 2007, S. 1047–53)

siehe Tabelle →

Rang	Droge	Schadenspotenzial in Score-Punkten (Summe der Scores für physischen und sozialen Schaden und Anhängigkeit)
1	Heroin	8,32 (von 9 möglichen score-Punkten)
2	Kokain	6,89
3	Barbiturate	6,24
4	Methadon (illegaler Handel)	5,81
5	Alkohol	5,54
6	Ketamin	5,23
7	Benzodiazepine	5,11
8	Amphetamine	4,98
9	Tabak	4,86
10	Buprenorphin	4,73
11	Cannabis	4,00
12	Lösungsmittel (Schnüffelstoffe)	3,81
13	4-Methylthioamphetamin	3,81
14	LSD	3,68
15	Methylphenidat	3,54
16	Anabole Steroide	3,46
17	4- Hydroxybutansäure (GHB)	3,35
18	Ecstasy	3,27

Ökonomische Effekte

- Mindereinnahmen für die kriminelle Strukturen
- Minderausgaben in der Strafverfolgung und im Gesundheitswesen
- Steuereinnahmen und legale Arbeitsplätze

Drogenmündigkeit

- Genußfähigkeit, Risikomanagement, Kritikfähigkeit, Drogenkunde
- Ziel: Kontrollierter Konsum

- Realisiert in KISS etc.
- Der Weg
- Drug-Checking
 - Beipackzettel
 - Medizinische Abgabe
 - Cannabis Social Clubs
 - Modelversuche zur legalen Cannabisabgabe
 - Keine Beschlagnahmungen bei Konsumentinnen
 - Niederlande und Portugal als Vorbilder?

Cannabis Social Clubs – eine Chance für Deutschland?

Georg Wurth

„Let's grow together“, darum geht es bei den Cannabis Social Clubs (CSC). Patienten, die Hanf als Medizin benötigen, und regelmäßige Cannabiskonsumanten tun sich in einem Verein zusammen, um die Pflanzen für ihren Eigenverbrauch gemeinsam anzubauen. Und das ganz legal! In Spanien funktioniert es, in anderen Ländern kämpfen Aktivisten für dieses Modell. Ist es auch auf Deutschland übertragbar? Sind solche Anbau-Vereine gar eine Möglichkeit, der Legalisierung einen Schritt näher zu kommen?

Cannabis Social Clubs bieten ihren Mitgliedern zunächst die gleichen Vorteile, die auch ein einzelner Selbstversorger hat: „Grower“ machen sich unabhängig vom Schwarzmarkt und sind so vor den teilweise gefährlichen Streckmitteln geschützt, die immer weitere Verbreitung finden. Über Engpässe und schwankende Qualität des Angebotes müssen sie sich keine Sorgen mehr machen. Sie können sich die Sorte aussuchen, die ihnen am besten bekommt. Sogar Bio-Gras ist möglich.

Aber nicht nur für Konsumenten ist der Eigenanbau eine tolle Sache, sondern auch für die Regierenden. Denn wer selbst anbaut, entzieht dem illegalen Schwarzmarkt Umsatz. Und da es immer heißt, man

wolle nicht Konsumenten jagen, sondern Dealer zurückdrängen, sollte es Förderprogramme für Anbauzubehör geben.

Doch zurück zu den CSCs: dort tun sich also Leute zusammen, um ihren Eigenanbau gemeinsam zu organisieren. Sie mieten ein Feld, ein Gewächshaus oder sie statten einfach einen Keller mit Lampen aus und stellen für jeden eine Hanfpflanze hinein. Die Ernte wird dann unter den Mitgliedern des Vereins aufgeteilt.

Welche Vorteile hat das gegenüber dem Anbau durch jeden einzelnen? Viele haben nicht das nötige Wissen, wie man brauchbare Blüten selbst produziert, ihnen fehlt der „Grüne Daumen“. Oder sie haben schlicht keine Zeit oder keine Lust, sich selbst mit dem Anbau zu befassen. Andere sind schwer krank, brauchen Cannabis als Medizin, sind aber körperlich gar nicht in der Lage, selbst anzubauen. Dafür ist ein CSC die optimale Lösung. Dort können sich Leute um die Pflanzen kümmern, die wirklich Ahnung davon haben, und die Mitglieder bekommen für ihren Mitgliedsbeitrag oder für die Erstattung der Produktionskosten stressfrei ihr Gras. Davon abgesehen kann so ein Club ein angenehmer Rahmen für soziale und hanfkulturelle Kontakte sein.

Und wieder die Sicht der Obrigkeit: CSCs sind leichter zu kontrollieren. Denn das Konzept der Clubs beinhaltet, von Anfang an mit Polizei und örtlichen Behörden zusammenzuarbeiten und die Clubs unterwerfen sich gewissen Regeln. Sie dürfen nur Volljährige aufnehmen und das produzierte Gras nicht an Dritte weitergeben, sonst verlieren sie ihren legalen Status.

Warum sollte dieses Konzept uns einer Legalisierung ein Stückchen näher bringen? Weil es in einen Graubereich vorstoßen und das Korsett der Illegalität ein wenig lockern kann. Ähnlich begann auch die Geschichte der niederländischen Coffee-Shops. Es gab Pioniere, die „es einfach gemacht haben“ und so Fakten geschaffen haben, die die dortige Regierung dann letztlich akzeptiert hat.

Bei den Cannabis-Clubs der USA, insbesondere in Kalifornien war es ähnlich. Als die Regierung des US-Bundesstaates die Einnahme von Cannabis aus medizinischen Gründen zu akzeptieren begann, bildeten sich Strukturen heraus, die die Versorgung dieser Patienten möglich machten. Auch das war ein Vorstoß in einen Graubereich,

es gab anfangs viele Razzien und Verhaftungen, die später nur noch durch die Bundespolizei DEA durchgeführt wurden. Mittlerweile gibt es in Kalifornien hunderte solcher Cannabis-Verteilstellen, die seit diesem Jahr nun endlich auch von der amerikanischen Bundesregierung akzeptiert werden. Etliche tausend Menschen, die eine passende Krankheit attestiert bekommen, können nun problemlos in diesen Clubs einkaufen.

In Kanada, wo Patienten ebenfalls die Erlaubnis bekommen können, ihre eigene Hanfmedizin anzubauen, könnte es zu einer ähnlichen Entwicklung kommen. Dort war es den Betroffenen bisher schon möglich, die Pflanzen von einer dritten Person anbauen zu lassen. Dieser Grower durfte aber nur einen Patienten versorgen, weil der Staat eine Deregulierung fürchtete. Im April dieses Jahres hat das oberste kanadische Gericht aber entschieden, dass diese Regelung nicht mehr gültig ist, so dass ein Grower mehrere Patienten versorgen darf – optimale Voraussetzungen für Cannabis Social Clubs.

Und damit wären wir beim Knackpunkt der ganzen Geschichte: Die Voraussetzungen müssen stimmen. Ein CSC kann insbesondere dann funktionieren, wenn der Anbau einer oder weniger Hanfpflanzen durch Privatpersonen staatlich toleriert wird, sei es zu medizinischen Zwecken, wie in den USA oder auch zu Genusszwecken wie in einigen europäischen Ländern. Der Vorstoß in den rechtlichen Graubereich besteht dann darin, dass nicht hundert Personen je eine Hanfpflanze anbauen, sondern gemeinsam hundert. Die Polizei steht so einer Grow-Gemeinschaft mit einem stattlichen kleinen Feld oder einem Raum voller Pflanzen gegenüber. So kann ein zusätzlicher Freiraum geschaffen werden, den es vorher nicht gab. Aktivisten in Spanien haben es geschafft. Nach jahre-langen Rechtsstreitigkeiten, Verhaftungen und Beschlagnahmungen haben die obersten Gerichte von Katalonien und des Baskenlandes entschieden, dass die beiden dort entstandenen Cannabis Social Clubs keine kriminellen Vereinigungen sind und nicht gegen Gesetze verstoßen haben. Dem Club „Pannagh“ wurde daraufhin das in 2005 beschlagnahmte Marihuana in 2007 zurückgegeben. Ein beispielloser Vorgang in der spanischen Geschichte.

Seitdem können zumindest zwei Cannabis Social Clubs in Spanien unbehelligt ihre Mitglieder versorgen. Laut Joep Oomen, dem Koordinator des europäischen Netzwerkes ENCOD, gibt es mittlerweile sogar etwa sieben CSCs in Spanien, zwei davon außerhalb Kataloniens und des Baskenlandes. Allerdings gibt es bei diesen neuen Clubs wohl hin und wieder Ärger. Die Zeit der Razzien ist auch für spanische CSCs noch nicht vorbei.

Dennoch: bei „Pannagh“ in Bilbao und „Ganjazz“ bei San Sebastián im Baskenland kann man das Urmodell des Cannabis Social Clubs live und legal besichtigen. Im Internet finden sich einige interessante Details über die Vereine (Stand 2007). Bei „Pannagh“ bekommen Spaß-Kiffer bis zu einem Gramm Gras pro Tag, während Patienten bis zu drei Gramm erhalten. Patienten bezahlen drei Euro, die anderen 4 Euro pro Gramm. Der Verein hatte vor zwei Jahren 70 Mitglieder. „Ganjazz“ hatte demnach die Zahl der Mitglieder auf 200 limitiert. Spätestens seit der offiziellen Legalisierung zweier CSCs in Spanien durch die Gerichte ist dieses Vereinsmodell in der europäischen Cannabisszene in aller Munde. In etlichen Ländern gibt es Bestrebungen, solche Clubs zu etablieren.

Vor allem der belgische Verein „Trekt Uw Plant“ sorgte für Schlagzeilen. Schon 2006 machten Aktivisten um Joep Oomen den ersten Versuch, gemeinsam Cannabis anzubauen. Die bei einer öffentlichen Aktion frisch eingepflanzten Setzlinge wurden jedoch sofort beschlagnahmt und die Aktivisten kurzzeitig auf rabiante Weise verhaftet, obwohl der Anbau einer Hanfpflanze pro Person seit 2005 in Belgien geduldet wird. Die Gerichte waren gnädiger als die Polizei, sie erurteilten die Beteiligten zunächst zu einem Bußgeld von 15 Euro, das Berufungsgericht hielt gar nur eine mündliche Verwarnung für angemessen.

2008 pflanzten die Vereinsmitglieder erneut in einer öffentlichen Aktion Hanfsamen ein – und bekamen wieder Ärger. Diesmal wurde der Vorsitzende des Vereins zu einer Geldstrafe und Sozialstunden verurteilt wegen „Verharmlosung des Drogenkonsums“. Wieder wurde die Legalität des Vereins an sich nicht in Frage gestellt, so dass der Kampf der Belgier für den kollektiven Hanfanbau weiter geht. Auf öffentliche Pflanzaktionen verzichtet der Verein aber

seitdem, um zunächst das Verfahren wegen der „Verharmlosung“ abzuschließen.

Neben Spanien und Belgien sind die Niederlande das einzige europäische Land, in dem der Anbau von Hanf für den privaten Gebrauch geduldet wird. Hier scheint die Hanfszene aber wenig Interesse an CSCs zu haben. Wer nicht selbst anbaut, kann sein Gras oder Hasch einfach im Fachgeschäft um die Ecke kaufen. Der Graubereich, um den es sich in Holland zu kämpfen lohnt, beginnt erst bei den „Kilos“ an den Hintertüren der Coffee-Shops.

Als weiterer heißer Kandidat für Cannabis Social Clubs wird Anfang 2010 Tschechien hinzustoßen. Ab dann werden Hanffreunde auch dort unbehelligt ihr Pflänzchen hegen und pflegen dürfen.

Laut ENCOD gibt es einige weitere Länder in Europa, in denen Aktivsten am Konzept CSC feilen – auch in Deutschland. Bei uns ist es aber leider so, dass es den Graubereich gar nicht gibt, in den ein CSC vorstoßen könnte. Es kann keine Rede davon sein, dass der Anbau einer Hanfpflanze in Privathand geduldet wird. Jeder noch so kleine Setzling und sogar Nutzhanfpflanzen werden gnadenlos verfolgt. Hinzu kommt, dass ein solcher Verein nach deutschem Recht als „kriminelle Vereinigung“ betrachtet werden dürfte, was die Strafen weit über das normale Maß für den „kleinen Grower“ hinaus verschärfen dürfte.

Natürlich dürfte es dessen ungeachtet auch jetzt schon ähnliche Gemeinschaften von Growern geben, die sich mit der üblichen Heimlichkeit gemeinsam um ihre Pflanzen kümmern.

Das ganze offen und als Verein zu betreiben, hätte hierzulande – anders als in Spanien und Belgien keine Chance auf eine Genehmigung durch die Gerichte. Hier könnte ein solcher Prozess höchstens dazu dienen, das Thema in die Öffentlichkeit und die Medien zu bringen und so die Diskussion darüber anzuregen. Dafür müssten die Pioniere aber empfindliche Strafen in Kauf nehmen.

Eine weitere Möglichkeit wäre, mit einem solchen Verein zunächst nur für andere rechtliche Rahmenbedingungen einzutreten, damit das Konzept eines legalen CSC überhaupt erst möglich wird – sprich: der Anbau wenigstens einer Hanfpflanze pro Person müsste

geduldet werden. Das tun der Deutsche Hanf Verband und andere Initiativen zwar auch, aber ein CSC Deutschland könnte sich zusätzlich als Anbau-Verein in Wartestellung präsentieren. Aktivisten um das Berliner Hanfmuseum haben als „Cannabis Social Club i. G.“ bereits eine Internetseite mit Informationen und ersten Aktionen online gebracht: www.cannabis-clubs.de .

Bisher sind CSCs in Deutschland also eher ein theoretisches Konstrukt und Zukunftsmusik. Allerdings ist es auch eine sympathische Vision, dass irgendwann nach der (wann auch immer) bevorstehenden Cannabislegalisierung, der Cannabisanbau nicht nur durch große Konzerne, sondern auch durch kleine Kooperativen organisiert wird. Der Gedanke, dass Cannabis Social Clubs zukünftig neben Big Playern, Klein- und mittelständischen Betrieben, privaten Growern und Importeuren eine Rolle bei der Versorgung deutscher Kiffer spielen werden, ist jedenfalls realistisch. Über die Marktanteile wird die Nachfrage und damit der Konsument entscheiden.

Legalisierungskonzepte

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch, Bremen

Die negativen Folgen der Prohibition sind in den vergangenen Jahren immer wieder analysiert und benannt worden (vgl. z. B. Quensel 1982; Scheerer 1983; Thamm 1989; Schmidt-Semisch 1990; 1992, 1994; Bauer 1992, 36 ff.; Szasz 1992; Stöver 1994, 13–42; Nolte/Schmidt-Semisch 2000; Husak 2002; Böllinger u. a. 2002; Hess 2008)..Stattdessen möchte ich mich hier zunächst der Frage zuwenden, was unter Drogenlegalisierung oder -freigabe zu verstehen ist und welche Ansatzpunkte, Überlegungen und Modelle bisher existieren.

Die akzeptanzorientierte „Drogenhilfe-Szene“ war in den vergangenen Jahren häufig vor allem damit beschäftigt, ihre Projekte zu etablieren, abzusichern und schließlich vor dem Rotstift zu bewahren. Zu kurz gekommen ist bei all der akzeptanzorientierten Drogenarbeit indes die akzeptanzorientierte Drogenpolitik – in diesem Sinne kann man mit Scheerer (2002, 117) feststellen, dass die Beschränkung auf den Hilfeaspekt in den vergangenen Jahren zugleich die Stärke wie auch die Schwäche des Akzeptanzparadigmas ausgemacht hat. Die Erfolge der akzeptierenden Drogenarbeit liegen vor allem in der Etablierung neuer Hilfeangebote (Spritzen- und Methadonvergabe, Druckräume, Heroinverschreibung usw.) – ihre Schwächen aber eben auch. Scheerer verdeutlicht seine Kritik, indem er eine Parallele zur Emanzipation der Homosexuellen und der Abschaffung des Paragraphen 175 StGB zieht, der homosexuelle Handlungen unter Strafe stellte. Man wählte also in diesem Fall – anders als im Drogenbereich – explizit nicht den Weg, die Kriminalisierung bestehen zu lassen und allenfalls in deren Rahmen für karitative Erleichterungen und Überlebenshilfen zu sorgen: „Akzeptierende Schwulenarbeit wäre ja eine denkbare Alternative zur Kriminalisierung gewesen: Einrichtung von Treffpunkten für Schwule, Aufklärung über Safer Sex, Verteilung von Kondomen, Spezialeinrichtungen für jugendliche Schwule, für ältere Schwule, für Eltern von Schwulen. Dazu eine fortschrittliche Organisation namens

‚akzept‘ und viele Kongresse zugunsten der Schwulen. Doch sind wir froh, dass es kam, wie es gekommen ist“ (Scheerer 2002, 117 f.).

In der Drogenpolitik hingegen, so Scheerer weiter, hielten wir es für gut und normal, die Kriminalisierung beizubehalten und lediglich innerhalb dieses Rahmens für gewisse karitative Erleichterungen und („akzeptierende“) Überlebenshilfen zu sorgen. die Dinge ein wenig anders zu problematisieren und im Übrigen neue „Treffpunkte einzurichten, die Angebote zu differenzieren, zu humanisieren und zu medizinalisieren“ (Scheerer 2002, 118).

Man schmälert die in diesem Rahmen erreichten Erfolge nicht, wenn man feststellt, dass sich die akzeptierende Drogenarbeit durch ihr Arrangement mit Kriminalisierung und ordnungspolitischen Argumenten selbst zur Alternative einer wirklich anderen Drogenpolitik gemacht hat. Dieses Arrangement war gleichsam der Preis für die öffentlichen Gelder für ihre Projekte – und ist zugleich der Grund dafür, dass der Ruf nach Legalisierung aus dieser Ecke praktisch nicht mehr ertönt. Dieses „Einschlafen“ der Diskussion ändert allerdings nichts an der Plausibilität der Argumente für eine Legalisierung illegaler Drogen. Wie eine solche Legalisierung aussehen könnte, werde ich im Folgenden skizzieren.

Überlegungen und Modelle zur Legalisierung illegaler Drogen

Um sich Überlegungen und Modellen zur Überwindung einer repressiven Drogenpolitik zu nähern, muss zunächst in aller Kürze geklärt werden, was unter den Begriffen „Legalisierung“ und „Entkriminalisierung“ zu verstehen ist. Wichtig ist dabei zunächst: *Legalisieren* kann man grundsätzlich nur Drogen, nicht Konsument(inn)en. Konsument(inn)en wiederum kann man nur *entkriminalisieren* (nicht aber Drogen, denn eine Droge kann nicht „kriminell“ sein und auch nicht kriminalisiert werden).

Entkriminalisierung wiederum kann im Wesentlichen auf zwei Arten erfolgen:

- Bei der *ersatzlosen Kriminalisierung* werden bislang mit Kriminalstrafen belegte Handlungen als nicht mehr kriminell definiert bzw.

aus dem Strafrecht (oder z. B. Dem Betäubungsmittelgesetz) gestrichen.

- Von *faktischer Entkriminalisierung* spricht man, wenn man die jeweilige Strafnorm weiterbestehen lässt, ihr aber keine Geltung mehr (durch Strafverfolgung) verschafft.

Diese kurze Begriffs-Klärung macht bereits deutlich, dass es bei den (durchaus gravierenden) drogenpolitischen Änderungen der vergangenen Jahre nie um eine ersatzlose Entkriminalisierung oder wirkliche Legalisierung gegangen ist: Wenn man z. B. Einen Drogenkonsumraum nach den derzeit geltenden Bedingungen einrichtet, bleibt die Droge (also Heroin und ggf. Crack/Kokain) weiterhin illegal – sie ist weder verkehrs- noch verschreibungsfähig, und ebenso bleiben ihr Besitz und alle sonstigen mit ihr verbundenen Handlungen verboten. Es wird lediglich ein klar abgegrenzter Raum zur Verfügung gestellt, den man gewissermaßen als „Ort der Unmoral“ deklariert und in dem auf die Verfolgung der verbotenen Handlung „Besitz“ verzichtet wird (Erwerb und Handel sind im Übrigen auch an diesen Orten verboten und sollen geahndet werden). Obwohl man also Drogenkonsumräume durchaus als „Schutzräume“ (im Sinne eines risikoverminderten Gebrauchs) interpretieren kann, haben sie doch mit den in diesem Zusammenhang von den Medien häufig benutzten Begriffen Entkriminalisierung oder Legalisierung nichts zu tun. Viel eher können sie angesichts der räumlichen Konzentrierung der Konsument(inn)en als Kontrollräume bezeichnet werden – und so sind sie ordnungspolitisch wohl auch in aller Regel gemeint.

Ähnlich verhält es sich mit der sogenannten Originalstoffvergabe (vgl. Ullmann 2004), also mit Programmen, in deren Rahmen einer ausgewählten Gruppe von Konsument(inn)en Heroin verschrieben wird. Auch hier ist in den Medien und bei Kritikern schnell von „Freigabe“ oder gar „Legalisierung“ die Rede, was aber auch hier völlig unzutreffend ist. Denn konzipiert sind solche Modelle in aller Regel für die kleine Gruppe sogenannter Schwerstabhängiger – eine Entkriminalisierung der (übrigen) Konsumenten oder eine Legalisierung der Substanz sind damit weder angestrebt noch erreicht. Lediglich für die kleine Gruppe der Programmteilnehmer/innen ändert sich etwas: Sie erhalten als Patienten das Medikament

Heroin, sind allerdings in dieser Patientenrolle auch einer erheblich erweiterten Kontrolle unterworfen (durch regelmäßige Kontakte, Erfassung ihrer Personen- und Krankendaten, Urinkontrollen usw.). Solche medizinisch-ärztlichen Behandlungs-Settings können gleichwohl immerhin aufzeigen, wie stark die Konsumierenden in sozialer, psychischer und physischer Hinsicht von der Legalität der Substanz im Rahmen dieser Programme profitieren – und damit die Argumente für eine Legalisierung und/oder Entkriminalisierung untermauern (vgl. Naber/Haasen 2006; Uchtenhagen u. a. 2000).

Wie sieht es aber nun mit weitergehenden Überlegungen zu einer Entkriminalisierung und Legalisierung im Drogenbereich aus?

Die Coffeeshops in Holland

Einen Schritt weiter in Richtung einer Entkriminalisierung und Legalisierung gehen die seit etwa 25 Jahren in Holland bestehenden „Coffeeshops“, in denen Cannabisprodukte bis zu einer Menge von fünf Gramm (früher 30 Gramm) straflos abgegeben werden dürfen. Der individuelle Besitz von Cannabis bleibt bis zu einer Menge von 30 g straflos. Allerdings handelt es sich hierbei eher um eine faktische Entkriminalisierung, denn der Strafrahmen für Handlungen im Zusammenhang mit Cannabisprodukten umfasst auch in den Niederlanden weiterhin etliche Jahre Gefängnis. Die faktische Entkriminalisierung ist möglich, weil die holländischen Strafverfolgungsbehörden nach dem sogenannten Opportunitätsprinzip verfahren können, das die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht zu einer Strafverfolgung begründet.

Die Effekte dieser Politik sind durchaus positiv zu bewerten, denn einerseits ist es nicht zu einer Zunahme (eher einer Abnahme) der holländischen jugendlichen Cannabiskonsumenten gekommen und andererseits konnten so die Märkte der sogenannten harten und weichen Drogen getrennt werden. Für die Konsumenten selbst bedeuten diese Coffeeshops eine normalisierte Kaufgelegenheit, vor allem aber verschaffen „sie ihnen im wahrsten Sinne einen sozialen Ort, einen eigenen Platz in der Gesellschaft“ (Scheerer 1996a, 188). Das große Problem der niederländischen Cannabispolitik besteht allerdings darin, dass zwar die „Vordertür“, also die Nachfrageseite

weitgehend pragmatisch reguliert und gelöst zu sein scheint. Dies gilt bis heute allerdings nicht für die „Hintertür“, also die Anbieterseite: Nach wie vor werden immer wieder Cannabishändler und -produzenten strafrechtlich verfolgt und bestraft sowie ihre Produkte beschlagnahmt, – und das betrifft auch jene, die ihre Ware in Holland produzieren.

Bei aller Sympathie für den holländischen Pragmatismus sollte diese inkonsistente Politik nicht unbedingt als Vorbild für eine alternative Drogenpolitik dienen: Einerseits ist sie von einer Legalisierung weit entfernt, andererseits wäre sie mit den Grundsätzen, insbesondere dem Legalitätsprinzip zumindest des deutschen Rechtssystems, das eine Pflicht zur Strafverfolgung zwingend festschreibt, auch gar nicht vereinbar.

Das schleswig-holsteinische Apothekenmodell

Ein deutsches Modell einer (allerdings ebenso halbherzigen) „Legalisierung“ von Cannabis ist das so genannte schleswig-holsteinische Apotheken-Modell, das 1994 von der damaligen Kieler Sozialministerin Heide Moser initiiert und dann von Raschke/Kalke (1997) ausformuliert wurde. Dieses nie umgesetzte Modell sah folgende Regelungen vor: Über einen Zeitraum von fünf Jahren sollten zunächst in drei Regionen Schleswig-Holsteins (Phase I) und dann landesweit (Phase II) Marihuana und Haschisch in Apotheken verkauft werden. Die Teilnahme an dem Modellprojekt sollte allen Personen ab 16 Jahren mittels einer nummerierten Bezugskarte ermöglicht werden, die keine Identifizierung erlaubt hätte. Auf diesen Karten hätten die Apotheken bei jedem Kauf die gekaufte Menge sowie das Kaufdatum vermerkt. Insgesamt wäre pro Einkauf und Käufer der Erwerb von maximal fünf Gramm Cannabis möglich gewesen, wobei jede Verpackungseinheit 0,5 g Cannabis und eine „Raucherinformation“ enthalten sollte; auf der Verpackung selbst sollte der Wirkstoffgehalt angegeben werden. Der so genannte Legalitätsschutz (also der Schutz vor polizeilicher Beschlagnahme und Ermittlung) sollte sich – freilich nur für die Teilnehmer am Modellprojekt – auf maximal fünf Gramm original verpacktes Cannabis innerhalb von Schleswig-Holstein erstrecken. Jede

sonstige Form von Cannabis sowie der Besitz, Erwerb oder Handel dieser Substanz wäre weiterhin verboten geblieben.

Wie gesagt ist dieses Modell nie umgesetzt worden. Dementsprechend schwer lässt sich einschätzen, wie attraktiv es für die Konsumenten gewesen wäre. Für kritikwürdig halte ich auf jeden Fall die – auch für die niederländische Politik geltende – Polarisierung zwischen dem angeblichen „weichen“ Cannabis und den „harten“ anderen Drogen, die in diesem Modell auch noch durch eine Differenzierung in legales und illegales Cannabis und damit legales und illegales Besitzen und letztlich auch Konsumieren ergänzt worden wäre. Zudem wäre dieses (original verpackte) „legale“ Cannabis nicht einmal wirklich legal gewesen: Die Legalität wäre spätestens an der schleswig-holsteinischen Landesgrenze prekär geworden, wenn sie nicht schon vorher durch ein „fahrlässiges“ Entfernen der Originalverpackung aufgehoben worden wäre. Man fragt sich zudem, was die Teilnahmekarten hätten bewirken sollen, da praktisch jeder sie hätte bekommen können und sie im Grunde keinen Aufschluss über die Person gegeben hätten. Davon abgesehen hätten die Begründungen für das Modellprojekt (vgl. Raschke/Kalke 1997, 54 ff.; Schmidt-Semisch 2002, 445) natürlich auch für eine umfassende Freigabe bzw. Legalisierung gesprochen.

Auch wenn die politische Situation solche Modellprojekte und ihre symbolischen und progressiven Aspekte vielleicht erforderlich macht und sich ohne diese kleinen Schritte möglicherweise nie etwas ändern wird, so erscheinen sie doch in ihrer konkreten Ausarbeitung gleichsam als Schildbürgereien – als ein aufgesetzter Kontroll- und Begleitforschungs-„wasserkopf“, an den die Kontrolleure und Forscher im Grunde selber nicht zu glauben scheinen (Schmidt-Semisch 2002, 445). Sinnvoller erscheint daher eine umfassende Legalisierungsperspektive, die ich im Folgenden vorstellen möchte.

Umfassende Legalisierung illegaler Drogen

Eine umfassende Legalisierung illegaler Drogen kann man auf zweierlei Art angehen: Einerseits kann man, und das ist die ver-

breitete Variante, sich auf die so genannten weichen Drogen (in aller Regel Cannabis) beschränken und für diese ein isoliertes Freigabemodell entwickeln. Die zuvor diskutierten Beispiele gehen in diese Richtung, etwas weiter ginge das „Globale Cannabisregulierungsmodell“ des Vereins für Drogenpolitik e.V.“ (VfD 2004).

Andererseits lässt sich eine Perspektive skizzieren, die sich nicht auf einzelne Drogen beschränkt, sondern alle heute illegalen Drogen in ihre Überlegungen mit einbezieht. Ein solches Modell habe ich Anfang der 1990er Jahre umrissen (vgl. Schmidt-Semisch 1992; 1994). Grundlage dieses Modells ist zum einen die Erkenntnis, dass die größten Gefahren beim Drogenkonsum nicht so sehr von den Drogen an sich ausgehen, sondern von Verunreinigungen, unhygienischen Konsumbedingungen und der strafrechtlichen Verfolgung selbst – also den Auswirkungen der Prohibition. Ein zweiter Pfeiler meines Freigabe-Modells ist die These, dass legale und illegale Drogen vor allem eines gemeinsam haben: Sie sind nicht aus sich heraus Genussmittel, Rauschmittel oder Suchtmittel, sondern werden von den Konsumierenden auf diese jeweils spezifischen Weisen genutzt: Ebenso wie es bei Alkohol oder Zigaretten einen mäßigen und einen exzessiven Konsum gibt (mit allen dazwischenliegenden Schattierungen), kann man auch einen moderaten oder eben „unmäßigen“ mit Heroin-, Kokain- oder Crackkonsum pflegen (zum kontrollierten Gebrauch unterschiedlicher Drogen vgl. z. B. Zinberg 1979; Harding/Zinberg/Stelmack u. a. 1980; Harding 1981; Haves Schneider 1992; Rosenbaum/ Morgan/Beck 1997; Schneider 2000; Schippers/Cramer 2002; Kemmesies 2000 und 2004; Körkel 2005; Kolte 2006; Kolte/Schmidt-Semisch 2006). Wie, wie viel, wie oft und zu welchem Zweck man aber konsumiert, hängt dabei nicht von der jeweiligen Substanz ab, sondern von den eigenen Prioritäten, Bedürfnissen usw. Wenn diese These richtig ist – und meines Erachtens deuten alle empirischen Befunde darauf hin (vgl. etwa Schmidt-Semisch/Nolte 2000, 6–13) –, dann macht auch die Rede von gefährlichen und ungefährlichen, von harten und weichen Drogen nur noch bedingt Sinn. Plausibler ist es, von gefährlichen oder weniger gefährlichen, von harten oder weichen *Konsumformen* zu sprechen, die sich dann mit Blick auf Konsumtechniken, Dosis, Konsumhäufigkeit usw. weiter differenzieren lassen (ausführlicher

hierzu Schmidt-Semisch 1994, 15–28). Vor allem aber schwindet vor diesem Hintergrund die Legitimität, einige dieser Substanzen als gefährlich zu verbieten, während andere erlaubt bleiben oder gar staatlich protegiert werden. Vielmehr lässt sich aus diesen empirischen Befunden eine einheitliche Drogenpolitik ableiten, die auf die künstliche Unterscheidung in „gute“ und „böse“ Substanzen verzichtet und die ein Recht auf Genuss und Rausch mit einem Recht auf (selbst bestimmte) Hilfe verbindet. Dies bedeutet keinen grundsätzlichen Verzicht auf (auch staatliche) Kontrolle.

Entscheidend ist aber die Änderung der Blickrichtung: Der „Kontrollblick“ schwenkt von den Konsumenten auf die Substanzen selbst und ihre regulierte Distribution. Als ein geeigneter Ort für eine solche Legalisierung bzw. Regulierung bietet sich meines Erachtens das Lebensmittelrecht an: Eine Gleichstellung z. B. mit Alkohol würde die heute (noch) illegalen Drogen zu Genussmitteln machen und sie somit über ihren regelhaften Zweck definieren. Damit würden zugleich ganz andere, „zivile“ Regulierungen möglich, für die ich im Folgenden acht Beispiele geben möchte:

1) Man kann die Orte des Drogenverkaufs einschränken, z. B. auf „Drug-Stores“ oder „(Drogen-)Kneipen“, allgemein gesprochen also auf einen zu definierenden *Fachhandel*.

2) Über *Lizenzen* wäre es möglich, nur solche Drogenhändler zu diesem Gewerbe zuzulassen, die ihre Kompetenzen (hinsichtlich Drogenkunde, Verantwortlichkeit usw.) überprüfbar unter Beweis gestellt hätten.

3) *Konsumbeschränkungen* ließen sich z. B. unter Bezug auf das Jugendschutzgesetz (Altersgrenzen) und die Straßenverkehrsordnung (Fahren unter Drogeneinfluss) bestimmen; zu berücksichtigen ist dabei freilich, dass solche Beschränkungen – wie bei Alkohol und Tabak – lediglich symbolische Kraft entfalten können.

4) Das Lebensmittelgesetz erlaubt es zudem, *Werbung* in bestimmten Formen oder Medien zu verbieten (ähnlich, wie etwa auch Werbung für Tabakprodukte in den meisten Medien verboten ist).

5) Den Drogenherstellern kann auferlegt werden, die Drogenverpackungen auf bestimmte Weise zu gestalten und sie überdies mit speziellen *Gebrauchsanweisungen*, *Beipackzetteln*, mechanischen *Sicherheitsvorkehrungen* (Kindersicherung) oder auch mit *Warnhin-*

weisen (etwa nach dem Vorbild von Zigarettenpackungen) zu versehen.

6) Die einwandfreie *Qualität* der Substanzen würde – wie bei anderen Lebens- und Genussmitteln auch – von der gesetzlich vorgesehenen Lebensmittelüberwachung regelmäßig *überprüft und sichergestellt*.

7) Sollten gleichwohl fehlerhafte oder verunreinigte Produkte unbemerkt auf den Markt gelangen, so träte – wie im Übrigen bei den allermeisten Industrieprodukten – die übliche *Produkthaftung* für etwaige Schäden ein.

8) Alle sonstigen Schädigungen, die der Konsument durch exzessiven oder unsachgemäßen Gebrauch selbst verschuldet hat, würden – wie heute (noch) bei den Konsumenten von Alkohol oder Tabak – über die Krankenkassen abgerechnet.

Natürlich betreffen diese acht Punkte nur die formale, rechtliche Seite einer möglichen Legalisierung, und wie die Erfahrungen mit Alkohol, Tabak oder auch Medikamenten zeigen, sind solche gesetzlichen Regelungen weder ein Königsweg noch gar eine Garantie dafür, dass es keine Probleme mehr mit Drogen gibt. Allerdings würde ein solches Vorgehen gewährleisten, dass man tatsächlich über *Drogenprobleme* spricht und nicht über Probleme, die durch Vertreibung, Verfolgung und Verurteilung überhaupt erst entstehen. Darüberhinaus hätte eine solche rechtliche Handhabung folgende Vorteile:

1) Man könnte – im Gegensatz zur heutigen Situation – eine weitestgehende (Qualitäts-)Kontrolle der verkauften Substanzen erreichen.

2) Man würde – was unter den Bedingungen der Illegalität erfahrungsgemäß unmöglich ist – umfassende Kontrolle über Herstellung, Vertrieb und Handel von Drogen sowie in gewissem Maße auch über den Preis der Substanzen erlangen.

3) Die Autonomie der Konsumenten hinsichtlich der konsumierten Substanzen sowie der Inanspruchnahme von Beratung, Unterstützung, Behandlung oder Therapie würde geschützt.

4) Die Gesellschaft als Ganze würde von der Legalisierung in Form von Einsparungen im Strafverfolgungs- und Strafvollstreckungsbereich und einer Senkung der Beschaffungskriminalität profitieren.

5) Durch Verzicht auf repressive Maßnahmen eröffnete man zugleich die Möglichkeit offener Kommunikation über Drogenkonsum der unterschiedlichsten Art, über Genuss, Rausch und Sucht – erst auf dieser Grundlage kann sich eine Drogenkultur entwickeln, die einen autonomen, erfahrungsgeliteten kontrollierten Gebrauch von Drogen ermöglicht (vgl. Marzahn1983).

Bei diesem vorgestellten umfassenden Legalisierungsmodell geht es also in keinerlei Hinsicht darum, vor dem vermeintlichen „Drogenproblem“ oder gar der sogenannten organisierten Kriminalität zu kapitulieren und jede Kontrolle fahren zu lassen. Vielmehr geht es um die Einsetzung vielfältiger effektiver Regulationsmechanismen, die aber nur greifen können, wenn die Prohibition in eine Regulation überführt wird. Dann allerdings stünde die Legalisierung illegaler Drogen nicht für ein Weniger, sondern für ein Mehr an Kontrolle – im Sinne von Qualitätssicherung und Verbraucherschutz.

Literatur

Bauer, C.: Heroinfreigabe. Möglichkeiten und Grenzen einer anderen Drogenpolitik. Reinbek: Rowohlt 1992

Böllinger, L./Quensel, S./Schmidt-Semisch, H./Stöver, H./Bullington, B./Maier-Katkin, D. (Hg.): Confronting the Prohibition Model: German Drug Policy in the 21st Century. Journal of Drug Issues, 32

Hess, H.: Repression oder Legalisierung. Ein drogenpolitisches Nachwort. In: Wense, B. (Hg.): Drogenmärkte. Strukturen und Szenen des Kleinhandels. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag 2008, 375–400

Husak, D.: Legalize This! The Case for Decriminalizing Drugs. London/New York: Verso 2002

Kemmesies, U. E.: Umgang mit illegalen Drogen im „bürgerlichen“ Milieu (UMID). Bericht zur Pilotphase. Frankfurt a. M.: Johann Wolfgang Goethe Universität 2000

Kemmesies, U. E.: Zwischen Rausch und Realität. Drogenkonsum im bürgerlichen Milieu. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2004

Körkel, J.: Kontrollierter Alkoholkonsum – Strategien der Risiko-minimierung. In: Heudtlass, J.-H./Stöver, H. (Hg.): Risiko mindern beim Drogengebrauch. Gesundheitsförderung – Verbrauchertips – Beratungswissen – Praxishilfen. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag 2005, 164–188

- Kolte, B.: Rauchen zwischen Sucht und Genuss. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2006
- Marzahn, C.: Plädoyer für eine gemeine Drogenkultur. In: Ders.: Bene Tibi. Über Genuss und Geist. Bremen: Edition Temmen 1994, 9–47
- Naber, D./Haasen, C.: Das bundesdeutsche Modell zur heroïn-gestützten Behandlung – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS) 2006 (http://www.heroïnstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf, letzter Zugriff: 15.05.2009)
- Nolte, F./Schmidt-Semisch, H.: Drogen. Berlin: Rotbuch Verlag 2000
- Quensel, S.: Drogenelend. Frankfurt a. M./New York: Campus Verlag 1982
- Raschke, P./Kalke, J.: Cannabis in Apotheken. Kontrollierte Abgabe als Heroïnprävention. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 1997
- Scheerer, S.: Cannabis als Genussmittel. In: Zeitschrift für Rechtspolitik, 29, 187–191
- Scheerer, S.: Kritische Kriminologie und Drogenarbeit. In: Anhorn, R./Bettinger, F. (Hg.): Kritische Kriminologie und soziale Arbeit. Impulse für professionelles Selbstverständnis und kritisch-reflexive Handlungskompetenz. Weinheim/München: Juventa 2002, 111–124
- Schippers, G. M./Cramer, E.: Kontrollierter Gebrauch von Heroïn und Kokain. In: Suchttherapie, 3, 71–80
- Schmidt-Semisch, H.: Drogenpolitik. Zur Entkriminalisierung und Legalisierung von Heroïn. München: AG SPAK-Verlag 1990
- Schmidt-Semisch, H.: Drogen als Genussmittel. Ein Modell zur Freigabe illegaler Drogen. München: NN 1992
- Schmidt-Semisch, H.: Die prekäre Grenze der Legalität. Drogen-KulturGenuss. München: AG SPAKVerlag 1994
- Schmidt-Semisch, H.: Alternative Drogenkontrollmodelle. In: Böllinger, L./Stöver, H. (Hg.): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogen-politik. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag 2002, 439–450
- Stöver, H.: Drogenfreigabe. Plädoyer für eine integrative Drogen-politik. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag 1994
- Szasz, T.: Das Recht des Menschen auf sein Heroïn. In: Penthouse, Juni 1998, 52–53
- Szasz, T.: Our Rights to Drugs. The Case for a Free Market. New York u. a.: Praeger Publishers 1992
- Thamm, B. G.: Drogenfreigabe – Kapitulation oder Ausweg? Hilden: Verlag Deutsche Polizeiliteratur GMBH 1989

Zusammenfassung

Wolfgang Sterneck

Der Workshop beschäftigte sich mit der Theorie und Praxis von Legalisierungsmodellen, darunter Drogenfachgeschäfte und Cannabis Social Clubs. Dabei wurde in den Beiträgen der Referenten, wie auch in der Diskussion immer wieder deutlich, dass eine Legalisierung mit begleitenden Maßnahmen, wie der Kontrolle der Substanzen hinsichtlich ihrer Zusammensetzung und die Förderung einer Drogenmündigkeit, keineswegs in ein gesellschaftliches Drogenchaos führt.

Vielmehr ermöglicht eine Legalisierung neue Formen eines reflektierten Umgangs mit psychoaktiven Substanzen und vielfältige Reduzierungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Auf Probleme, die selbstverständlich auch nach einer Legalisierung auftreten werden, kann in einem legalen Kontext wirkungsvoller eingegangen werden, als unter den Bedingungen der Prohibition. Entsprechend zeigten die Beiträge durchgängig auf, dass ein mündiger und selbstbestimmter bzw. ein gesellschaftlich integrierter und legalisierter Umgang mit psychoaktiven Substanzen nicht nur möglich ist, sondern in Anbetracht der zerstörenden sozialen und gesundheitlichen Folgen der Prohibition auch notwendig ist.

AG 5:

Bolivien und staatlich genehmigter Coca-Anbau für kulturelle und traditionelle Zwecke – Modell für Europa?

H.Dip.Gabriel Flores Palli

Übersetzung Joep Oomen, Alina Dettmer

Konzept der *CONTROL SOCIAL*⁴

Das Konzept der *Control Social*¹ beinhaltet eine Reihe von Regulierungsmechanismen, die die organisierte Zivilgesellschaft nach geltendem Recht legitimiert, die Kontrolle über die öffentliche Staatsführung auszuüben.

*Control Social*¹ soll als Beteiligungsmechanismus dienen, der von unten herauf (ausgehend von der Basis) bis zur Regierung ausgeführt wird. Sie steht unter den Grundsätzen der Verantwortung und der Reglementierung der Strukturen im Produktionsprozess (in den *Rationalisierungsgebieten*⁵, der Vermarktung, der Industrialisierung, der Integralen Entwicklung und des Exports mit enger Einbindung des Staates.

Ziele der *CONTROL SOCIAL*¹

Allgemeine Ziele

Stärkung der *Cocalero*⁶-Organisationen und des Staates, mittels:

- Implementierung konsequenter Politik gegen die Überproduktion (in den *Rationalisierungsgebieten*² und dort, wo der Anbau verboten ist)
- Vereinbarungen mit den *Cocalero*³-Organisationen, um die Produktion der Coca-Blätter im Land zu regulieren
- Mechanismen der *Control Social*, basierend auf
 - einem friedlichen Klima
 - Vereinbarungen

⁴ „*Control Social*“-gesellschaftliche Kontrolle

⁵ „*Rationalisierungsgebiete*“-Gebiete, in denen der Coca-Anbau vermindert werden soll

⁶ „*Cocalero*“- Bezeichnung für die Coca-Bauern in Bolivien

- demokratischer Beteiligung
- einer allgemeinen Gültigkeit der Menschenrechte
- dem Abkommen vom 18. September 2008: „im traditionellen Sinne ist die Coca, ohne jegliche Einschränkung, etwas für das Leben“.
 - Ausarbeiten von Grundlagen, die die *Cocalero*³-Organisationen „*ADEPCOCA*“⁷ 4 und andere) berechtigen, die Produktion in enger Zusammenarbeit mit dem Staat zu regulieren und die Marktüber-sättigung des Produktes zu verhindern.

Die Grundlagen werden dazu dienen, die Bestimmungen auf eine gemeinsame Weise (*Cocalero*³-Organisation und Staat) zu regeln. Die wahllose Überproduktion der Coca-Blätter in den Gebieten, die das *Ley General de la Coca*⁸ festlegt, sollen durch sie, in enger Abstimmung mit dem Staat, verhindert werden.

Spezifische Ziele

- Garantie und Schutz der Produktion im traditionellen Sinne (gemäß des Artikels 384 der *NCPE*⁹).
- Steigerung der Möglichkeiten der gesellschaftlichen *Cocalero*³-Organisationen „*ADEPCOCA*“⁴ und der Institutionen des Staates Programme der „Gesellschaftlichen Kontrolle“ in der Produktion, Vermarktung, Industrialisierung und der Integralen Entwicklung aufzubauen und zu installieren.
- Festlegung der Ausübung der *Control Social*¹, mit Hilfe von „*ADEPCOCA*“⁷) und den gesellschaftlichen *Cocalero*³-Organisationen.
- Einführung von Repräsentanten der *Cocalero*³-Organisationen in allen Regierungsebenen oder Verwaltungsinstanzen des „Systems der legal anerkannten Coca“, als *Control Social*¹.
- Stärkung der Strategien zur Verhinderung der wahllosen Steigerung von Anbaugebieten der Coca, die durch das aktuelle Gesetz festgelegt sind.

⁷ „*ADEPCOCA*“ -*Asociación Departamental de Productores de Hoja de Coca*: Verein von legalen Coca-Bauern in der Provinz Yunga

⁸ „*Ley General de la Coca*“ –Allgemeine Gesetz über die Coca

⁹ „*NCPE*“ - *Nueva Constitución Política del Estado*: Neue Politische Verfassung des Staates

- Organisieren von Komitees der *Control Social*¹(durch ADEPCOCA⁴) in allen Staatsinstitutionen, die Kompetenzen bezüglich des Themas Coca haben. Die Delegierten oder Repräsentanten werden nach dem Rotationsprinzip aus allen Regionen ausgewählt.
- Beteiligung in der Ausarbeitung von Gesellschaftspolitik, die Wiederaufwertung des Coca-Blattes fokussierend.
- Kontrolle der Instanzen und Beteiligungsprozesse des Staates, in der gesamten Produktionskette des Coca-Blattes .

Rechtliche Grundlage

Die aktuelle Arbeit wurde nach den folgenden Artikeln entwickelt und analysiert.

NEUE POLITISCHE VERFASSUNG DES STAATES (NCPE6)

Artikel 384.- rechtliche Grundlage, die den Schutz der Coca erwähnt und folgendes festlegt:

„Der Staat beschützt die ursprüngliche Coca als die Ahnen-Coca des kulturellen Vaterlandes, eine natürliche und erneuerbare Ressource der Artenvielfalt Boliviens und als Faktor des sozialen Zusammenhalts; in ihrem natürlichen Vorkommen ist sie kein Rauschgift. Die Wiederaufwertung, Produktion, Vermarktung und Industrialisierung richtet sich nach dem Gesetz.“

Artikel 241 und 242.- (Gesellschaftliche Beteiligung und Kontrolle) Beide Artikel legen fest, dass die organisierte Zivilgesellschaft (herrschendes Volk) sich an der Gestaltung der öffentlichen Politik zu beteiligen habe; mittels der *Control Social*

Artikel 241 §VI.- besagt: *„staatliche Stellen erzeugen Räume zur Beteiligung und zur Control Social¹ durch die Gesellschaft“*

Artikel 242 Nummer 7.- kennzeichnet, dass die *Control Social¹* „die Koordinierung der Planung und die Kontrolle MIT HILFE DER ORGANE UND FUNKTIONEN DES STAATES“ übernehmen soll.

GRUNDSATZUNG DES VEREINS „ADEPCOCA“ ⁷

Artikel 7 Absatz 9). – *Wissensstand aller Cocaleros³ im traditionellen Anbau, der die Ziele beinhaltet, um folgendes zu erfüllen: „ Verhindern der wahllosen Vermehrung der Coca-Anbaugebiete, mit dem Ziel einen angemessenen Preis des Produktes zu*

wahren.“

Strategien der *CONTROL SOCIAL*¹

Die Strategien, die unten angegeben sind, haben eine Leitungstendenz bezüglich der Rationalisierungszonen, wo die Control Social¹ rigoros angewandt und ausgeführt werden sollen.

- Die Begrenzungen der Coca-Anbauflächen, basierend auf Abkommen und gültigen Einverständnissen, die unter den Prinzipien von Einhaltung und Respekt existieren.
- Beschränkung von Produktion und Anbau in Gemeinden der *Rationalisierungszonen*².
- Verzeichnis von Haushalten der Familien, die an der Coca-Produktion beteiligt sind und in Rationalisierungszonen wohnen (außerhalb des traditionellen *Cordón*¹⁰).
- Kontrolle über die größten Flächen pro Familie, Gemeinde, Kommune in Zonen der Rationalisierung, mittels einer sozio-ökonomischen Studie und anderem.

Lokalisierung der *CONTROL SOCIAL*¹

- Die *Control Social*¹ umfasst die Coca-Produktionsgebiete, die in den Ministerien von *La Paz* und *Cochabamba*¹¹ vertreten sind.
- Außerdem wird sie in den nicht erlaubten (verbotenen) Gebieten, wie in den Nationalparks und geschützten Arealen, ausgeführt. Dort geht man mit der Kontrolle durch Beschränkung und Ausrottung der Coca-Pflanzen ohne jeglichen Ausgleich /Entschädigung vor.

¹⁰ „Cordón“- Bergkette

¹¹ „Cochabamba“ –viertgrößte Stadt Boliviens, in der Provinz Cercado südöstlich von La Paz

Die Anwendung der *Control Social*¹ im Überblick:

CONTROL SOCIAL	
WIE	Durch die Regeln, Resolutionen, Satzungen und Abkommen, festgelegt durch die Organisationen und Institutionen der <i>Cocaleros</i> ³ , mit Beteiligung des Staates
WO	In Rationalisierungsgebieten ² (Kontrolle von Produktion, Anbau und Nicht-Expansion) In Gebieten des traditionellen Anbaus (Verbesserung und Stärkung der Vermarktung, der Integralen Entwicklung, der Industrialisierung und des Exports (Wiederaufwertung))
WER	Organisationen, die Richtungen vorgeben und Institutionen der <i>Cocaleros</i> ³ sind, wie ADEPCOCA ⁴ und COFECAY ¹² , in enger Abstimmung und Beteiligung des Staates
WOZU	Artikel 7 Absatz 9) Grundsatzung von ADEPCOCA: „Verhindern von einer wahllosen Vermehrung der Coca-Anbaugebiete, mit dem Zweck einen angemessenen Preis des Produktes zu wahren“

Sichtweise der *CONTROL SOCIAL* im Vorentwurf *LEY GENERAL DE LA COCA*

Die neue und „logische“ Sichtweise, die in dem neuen *Ley General de la Coca* festgelegt ist, basiert auf Empowerment der *Cocaleros* ihren Organisationen und gesellschaftlichen Institutionen.

Zusammen mit der Regierung werden Mechanismen der *Control Social*¹ und die Rationalisierung der Coca-Produktion definiert. Dies basiert auf partizipativer und demokratischer Beratung unter einem

¹² „COFECAY“ – Consejo de Federaciones Campesinas de los Yungas de La Paz-
Rat der Bauernverbände in Yungas in La Paz

friedlichen Klima und der Rechtsgültigkeit der Menschenrechte. Das Empowerment basiert auf Stärkung der Regulierungsmöglichkeiten, auf Resolutionen und Abkommen der Organisationen und Institutionen der *Cocaleros* und auf der Entwicklung von Möglichkeiten einer Selbstkontrolle. Ziel ist es, eine Wiederaufwertung der Coca zu erreichen und die Produktion zu rationalisieren (in Arealen, die das vorliegende Gesetz definiert). Die Fülle der Produktion soll gemindert werden, falls sie der rechtswidrigen Aktivität des Drogenhandels dient. Während des gesamten Prozesses soll der soziale, traditionelle und kulturelle Wert der Produktion und des Konsums der Coca respektiert werden.

Außerdem bestimmt das neue Gesetz die Kriterien der :

Vollständigkeit

Verantwortung

Komplementarität

Begleitung von Politik und Regeln der *Control Social*¹ für die gesamte Produktions-Kette der Coca unter Berücksichtigung :

- der Integralen Entwicklung,
- der Produktion in „verstaatlichten Gebieten“
- der Vermarktung,
- der Industrialisierung
- des „wiederaufwertenden“ Exports

Dieses geschieht im Einklang mit einer Qualitäts- und Quantitätsstudie der legalen Nachfrage von Coca-Blättern.

Vorherige Ergebnisse der CONTROL SOCIAL

(zum besseren Verständnis)

Die Unterkommission der *Control Social*¹ kam nach vielen Analysen und Diskussionen zu einem Untersuchungsergebnis. In diesem Sinne wurde Folgendes formuliert:

Entwickeln und Anwenden von einer Kommunikations- und Verbreitungsstrategie der *Control Social*¹ auf dem Niveau der Organisationen und gesellschaftlichen Institutionen (*Cocaleros*³) und der allgemeinen zivilen Gesellschaft um folgendes zu erfahren:

- Bis zu welchem Punkt ist die *Control Social*¹ vorteilhaft?
 - Wem verschafft die *Control Social*¹ Vorteile?
 - Wie soll die *Control Social*¹ funktionieren?
 - Welche Ziele verfolgt die *Control Social*¹?
- Außerdem sollte die *Control Social*¹ :
- Die gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen der *Cocaleros*³ (*ADEPCOCA*, *COFECAY*, Verbände, etc.) stärken.
 - Managementkapazitäten entwickeln, um die Mechanismen der *Control Social*¹ anzuwenden.
 - Infrastruktur und genügend Ausstattung und Technologien, die die bessere Anwendung der *Control Social*¹ zulassen, fördern.

Zusammenfassung

Die Unterkommission der *Control Social*¹ fasst zusammen, dass das analysierte Thema eine konjunkturell sehr heikle, aber wichtige Situation ergeben wird, wenn sie in den Coca-Anbau- und Rationalisierungsgebieten angewandt wird. Sie legt fest, dass die *Control Social*¹ strikt unter der Herrschaft der *Cocalero*³-Organisationen zu stehen hat:

- Die Unterkommission der *Control Social*¹ von „*CEALCOCA*“ gelangt zu dem Entschluss die *Control Social*¹ als ein unentbehrliches Recht der *Cocaleros*³ durch die Neue Politische Verfassung des Staates (*NCPE*) anzuerkennen.
- Die *Control Social*¹ sollte von der Basis ausgehen (von unten nach oben) und mit Beteiligung des Staates, in einem friedlichen Klima, unter Absprachen, mit demokratischer Beteiligung und einer allgemeinen Rechtsgültigkeit der Menschenrechte organisiert sein.
- Es wird nicht akzeptiert und nicht akzeptiert werden, dass die *Control Social*¹ allein durch Bestimmungen des Staates und der Regierung eingeführt wird.
- Die *Control Social*¹ darf außerdem nicht gewinnbringend sein. Sie darf nicht politisiert werden, wenn sie uneingeschränkt in Kraft tritt.
- Man muss die *Cocalero*³- Organisationen und – Institutionen und die Gesetze, Regeln, Abkommen und Resolutionen stärken, alles unter dem Prinzip der Transparenz und Verantwortung des Staates und der *Cocalero*³-Organisationen.

Anregungen und Empfehlungen

Die Unterkommission der *Control Social*¹ regt an:

Die Kommission von „CEALCOCA“ und ihr gesamter Verwaltungsrat soll mit größter Kontinuität und Verantwortung und Professionalität die Workshops, Seminare und Informationsspotts im Radio vorantreiben.

Kommunalpräsidenten, Verwaltungen, Bauernverbänden, ADEPCOCA² wird empfohlen, die Unterkommission der *Control Social*, sowie die gesamte Kommission „CEALCOCA“ zu respektieren und zu unterstützen.

Außerdem wird empfohlen, dass sich die Kommunalregierungen der *Yungas*¹³, die öffentlichen und privaten Organisationen zusammenschließen um für die Coca zu „kämpfen“ und somit einen Vorprojekt im Rahmen des *Ley General de la Coca*⁵ zu gründen, das die Mehrheit befriedigt.



Dip. Gabriel Flores Palli; Joep Oomen

¹³ „Yungas“-Region im Bundesland La Paz

AG5: Kurzprotokoll

Joep Oomen:

The prohibition of coca leaves established by the UN Single Convention on Narcotic Drugs in 1961 is symbolical. It shows the lack of scientific basis for the categorisation of drugs by this Convention. Prohibition of coca leaves is essentially a question of racism.

History

Coca is known since 3000 before Christ at pre-Inka times. The Spanish church prohibited coca leaves in Latin America, but at the same time also institutionalized the grow of coca for miners in the mountains. At that time coca products and cocaine have been important in the Western countries (e.g. Vin Mariani).

The consumption of coca leaves goes back to at least 3000 years before Christ, long before the Incas appeared. After the colonisation, the Spanish Church in Latin America tried to abolish the habit by prohibition, but after some time, changed opinion as it recognised the benefit of allowing coca consumption by workers in the mines that the Spanish installed in the Andean mountains. The Church then imposed taxes on coca cultivation.

In 1860 a German chemist extracted for the first time the cocaine alkaloid from coca leaves. From that moment products containing cocaine and coca leaves (e.g. the French Mariani wine, a mixture of coca and Bordeaux wine, that would form the basis for a non-alcoholic version, known as Coca Cola) became very popular in Western countries. In the early years of 20th Century, the prohibitionist movement in the United States gained strength and succeeded to install laws prohibiting cocaine in the US.

In 1921 a number of countries (from Europe, Northamerica and Asia) agreed to prohibit coca leaf and its derivatives, but it took the international community another 40 years to issue a universal verdict. Meanwhile in 1949, the recently created United Nations sent an expert commission to visit Peru and Bolivia. After a research mission of two months, the expert committee (chaired by the

president of the Association of Pharmaceutical Enterprises in the US) declared that coca leaf consumption could not be labelled as dangerous or addictive, but should nonetheless be forbidden as it could be considered as a way to consume cocaine.

In 1961 the UN Single Convention on Narcotic Drugs is signed, this Convention states that coca leaf cultivation and consumption should be eradicated within 25 years. The only legal use that can be made of coca is limited to scientific and medical purposes (the use of cocaine by the pharmaceutical industry) and in the production of a non-alcoholic beverage: Coca Cola.

Due to the boom in cocaine use in Western countries during the 1970s, coca production multiplies several times between 1961 and 1986. After heavy lobbying from Peru and Bolivia, the third UN Convention on Drugs that is signed in 1988 makes an exception for traditional use of coca leaves: it allows 'those countries where traditional use is evident' to grow coca leaves for these purposes, but not export. In other words: coca consumption had been prohibited universally in 1961 by the UN as it was considered dangerous after a visit in the only two countries where it was present in public life, and in 1988, the prohibition was lifted in these countries, but not in the rest of the world. This in itself shows the lack of scientific basis: why would the danger of coca leaf use be judged differently in one country than in another?

In 2005 the leader of Bolivian coca growers, Evo Morales, becomes president. Since then the Bolivian government makes efforts to change the inclusion of coca in the UN convention with little success.

Gabriel Flores Palli:

Coca leaf is a holy element in the culture of Bolivia, and also has medical value. Only positive effects on body and mind are known. It is a remedy for many physical disorders and diseases, it helps the body to help itself. It also is an active remedy against mental problems like fatigue or depression. It helps a person to calm down, to feel better. There are no known negative effects of the consumption of coca leaves in their natural state, and there is no scientific document that coca leaves do any harm.

In Bolivia the social aspect of coca is also important. Coca production is a healthy healthy, sustainable source of income. Bolivia is the smallest of the three main coa producer countries:

Columbia: 96 000 hectar
Peru 53 000 hectar
Bolivia 30 500 hectar.

There are very few data on coca use in Bolivia. At this moment a survey is conducted to establish the global number of consumers, its results are expected in May 2010. The survey will show, how many hectares for growing coca are needed, the rest will be eradicated. There is a need to limit the production by 5000-8000 hectares.

The new Bolivian government has introduced a new concept of controlling coca cultivation, calles "social control". The aim is to reach collaboration between coca growers and authorities. Also, new laws are being developed. The new Bolivian Constitution includes a 'coca paragraph', which describes the leaf as a cultural heritage and not as a drug. There will thus be separated laws for coca cultivation / distribution and drug trafficking. At the moment they are considered in the same law.

There is some resistance in Bolivia against the new policia by the old elite, who wants to keep its privileges. But the public institutions work according to the new constitution.

Bolivia does a lot of efforts to limit the production; the government make treaties and agreements with farmers and involve them. The country will be divided into three areas:

1. areas for traditional coca cultivation
2. transitional areas with agreements on reduction of production
3. areas where coca cultivation is illegal

Still, there is a lot of pressure from Western countries on Bolivia's coca policy. The UN International Narcotics Control Board continues to condemn coca chewing and puts it focus particularly on Bolivia and not on Peru or Columbia, although the latter have much larger areas under coca cultivation. The international pressure on Bolivia

since the political changes in the country proves the purely political motives of drug policy.

When the DEA (Drug enforcement agency, USA) was operating in Bolivia there was a lot of repression and conflict. In 2008 the DEA was expelled from Bolivia, since then drug production is still being reduced but continues to be present.

However the first results of the new policy are promising. Bolivia is willing to take its responsibility and to fight drug trafficking. Coca growers want to grow for legal purposes. Other countries in South America become involved. There is a growing demand, and e.g. in Argentina the possession of coca leaves for personal consumption is already allowed.

Is Bolivia responsible for what is happening with cocaine or crack use for instance in Frankfurt? It's like questioning beer producers for producing problems with alcohol. What we have seen is that repression does not work, imprisonment does not help to bring people back into society.

There are many different coca products now and still more products are being developed like Tea, ailments, honey: These could come to Europe one day if declared legal by the UN.

Übersetzung aus dem Spanischen: Joep Oomen
Protokoll: Katja Thane + Joep Oomen



Cocablätter

AG 6:

Drogenpolitik Verändern: Global. National. Kommunal –
Unsere nächsten 5 Schritte und unsere nächsten 5
Vorhaben

Heino Stöver

Einführung

Rückblick:

Der 8. Internationale akzept Kongress (März 2006, Berlin) fand unter dem Motto ‚Optimierung der Drogenhilfe: Schnittstellen erkennen, Übergänge schaffen, Synergieeffekte nutzen, effektive und effiziente Zusammenarbeit von Drogenhilfe und anderen (Hilfe-)Systemen, Zukunftsweisende Modelle‘ statt. Seitdem hat sich einiges getan (Beispiel: Legalisierung der kontrollierten Diamorphinabgabe). Der Theorie-Praxisaustausch ist unerlässlich, vor diesem Hintergrund sind kritische Diskussionen besonders nützlich.

Offene Diskussion

Themen:

- Ziel Legalisierung: bedeutet der Begriff Entkriminalisierung einen Rückschritt?
- Öffentlichkeitsarbeit weiter vorantreiben um die Gesellschaft aufzu- klären und die eigene Arbeit sowie deren Bedeutung zu erklären; dabei eine verständliche Sprache für die breite Öffentlichkeit verwenden
- Wie weit geht Akzeptanz? -> Kritik an der Monopolisierung der großen Träger (Standartisierung)
- Projektorientierung
- ENCOD (European Coalition for Just and Effective Drug Policies): Darstellung der aktuellen Situation
- Internationale Arbeit weiter ausbauen; die EU-Mitgliedsstaaten mobilisieren
- Drugchecking -> aktuelle Situation: Mangel an Plattform, Behörden blocken

- Drogenmündigkeit vs. Krankheitsbegriff: schließt das eine das andere aus?
- Potenziale bündeln
- Heroinvergabe ist ein Anfang, es gibt noch immer viel zu tun
- Entkriminalisierung von Cannabis: Anbau, Cannabis als Medizin, etc.
- Gegenöffentlichkeit bilden: Wunsch nach staatlicher Kontrolle
- Ältere Drogenkonsumenten: welche Angebote schaffen?
- Wirksamkeit?

Zusammenfassung

Gemeinsamen Konsens und die nächsten Schritte/Vorhaben

- Regulierung, Botschaften transportieren: ‚Legalisierung‘ als Begriff macht Angst
- Akzeptanz, Genussorientierung kommt zu kurz: Ambivalenz von Drogenkonsum weiter
- herausarbeiten
- Projektorientierung: Portugal-Modell näher betrachten
- ENCOD: Drogenpolitik wird in der EU gemacht. Im Umkehrschluss können die Mitgliedstaaten Einfluss nehmen
- Drugchecking weiter vorantreiben
- Drogenmündigkeit schließt den Krankheitsbegriff nicht aus
- EU-Mitgliedsstaaten mobilisieren (spezieller Hinweis auf Spanien im Zusammenhang mit der Bevorstehenden Wahl)
- Aktivierung neuer Akteure

Beiträge zur Podiumsdiskussion
„Neue UNO-Beschlüsse und Perspektiven für die
nationale Politik“

Caritas Germany Statement of the Berlin international
Conference January 21-23 2009
Drug Use: new forms, new answers, new politics.
Diminishing Harms, Increasing Rights. From Communities to
State Policies. Perspectives 2009 – 2018

The *Berlin International Conference* on “Drug Use: New Forms, New
Answers, New Politics” was held from January the 21st to the 23rd
2008 gathering partners, guests and experts from 32 Countries:
Germany, Czech Republic, Serbia, Bosnia and Herzegovina,
Romania, Bulgaria, Russia, Armenia, Mexico, Haiti, Guatemala, El
Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panama, Colombia,
Bolivia, Brazil, Chile, Afghanistan, Pakistan, India, Bangladesh,
Indonesia, Tunisia, Canada, Peru, Italy, Caritas Jerusalem, and 8
national and international networks.

Caritas Germany claims that

- the countries were not able to protect the human rights and dignity
of the socially deprived until today;
- drug demand reduction and related issues are still some of the
core problems; worsened by the failure of the “war on drugs”, and its
impact on economy, health, politics and culture;
- attention is not effective enough, national and international
policies need revision, strategies should be completely reworked;
- after ten years of sustainable work drug users are still exposed to
social marginalisation, HIV, homelessness, extreme poverty, prosti-

tution, violence as well as other forms of social injustice involving their families and local communities.

Therefore Caritas Germany asks the Governments and United Nations to define new policies and aims for the world-wide drug policies based on the following points:

a) Protection of drug users' **human rights**, especially of those who are socially excluded, therefore reduction of harms, stigma, discrimination, marginalization, the criminalization processes, and the impact of poverty (Human Rights).

b) Increase of **access** to basic health, care, support, treatment, education services including harm reduction, as significant actions alongside with prevention and social reintegration (Access, Continuum of Care).

c) Sensitivity of the respective countries' **culture** and obligations, of democratic processes when implementing new policies which can change living conditions as well as conflict management and increase of safety measures for local communities (Cultural Sensitiveness, Democracy).

d) Support of Local Communities, Civil Society Organizations, Social Networks and drug users through **medium to long term** balanced programs and budgets, sustainable scientific research, training systems, outcome and process evaluation, improving intervention sustainability (Sustainability).

e) Advocacy especially for the rights of drug users who are **children**, who are living with **HIV, TB, STI** in very vulnerable contexts, for equal responsibility and **equality** between females and males (Specific Groups).

f) Support of national and international policies which can motivate, empower and consolidate networking among stakeholders at all level,

ensuring the respect of local diversities and the need of strong interlinkage (Networking).

g) Use of experiences, knowledge, methodologies and procedures developed by Civil Society and Community Organizations to inspire, plan and implement future policies and programs.

Podiumsdiskussion



Prof. Hans-Volker Happel; Dr. Ingo-Ilja Michels; Wolfgang Hees

INITIATIVE NEEDED BY ONE SINGLE COUNTRY

Fredrick Polak, President of ENCOD

Politicians avoid the debate on legalization, or legal regulation, of drugs. Some, like Mr. Costa, UN drugs chief, pretend to participate in a debate. In a regular discussion his arguments can easily be refuted, but he takes care there is no possibility to engage him in debate and contradict him.

Why do politicians avoid this debate?

Because they know they will lose.

Politicians who want progress in drug policy fail to get a debate on drug policy going. In the capitals of the member states, politicians point to the European Union, and at the EU in Brussels, politicians point to the national governments.

The international situation is ripe for a shift in thinking about drug regulation. What is needed is an initiative from one single EU/ country to get the debate started. Why wouldn't Germany be this country? Germany has been in front in the fight for the acceptance of Harm Reduction for many years. Against the criticism of the INCB (International Narcotics Control Board), Germany has stood up and defended user rooms (safe injection rooms), both on juridical and public health grounds. At the last meeting of the CND (Commission on Narcotic Drugs) in March 09 in Vienna, Germany led the EU countries in their almost unanimous resistance to the majority which is against Harm Reduction and wants to strengthen the repression by the "global UN drug control system".

**Statement
des Polizeipräsidenten Hubert Wimber aus Münster**

Ich möchte das Thema zunächst aus polizeilicher Sicht beleuchten. Unsere polizeiliche Konzeption zur Drogenkriminalität setzt den Schwerpunkt auf die nachhaltige Bekämpfung des fortgesetzten gewerbsmäßigen Handels mit Betäubungsmitteln und nicht auf die Verfolgung von Konsumentendelikten.

Drogenprobleme stehen in engem Zusammenhang mit organisierter Kriminalität, mit Finanz- und Wirtschaftskriminalität und mit Korruption.

Aus diesem Grund sind Ziele polizeilicher Strafverfolgungsmaßnahmen:

- Aufdecken von Handels- und Vertriebsstrukturen des illegalen Drogenhandels
 - Beschlagnahme und Abschöpfung von Drogengewinnen
 - Reduzierung der Angebote durch Sicherstellung illegaler Drogen
- Sowie beweiskräftige Überführung der Händlerinnen/Händler, Organisatorinnen/Organisatoren und Nutznießerinnen/Nutznießer des Drogenhandels.

Organisierte Rauschgiftkriminalität wird in Nordrhein-Westfalen polizeilich dezentral bekämpft. Hierzu ist auch in meiner Behörde als Kriminalhauptstelle ein eigenständiges Kommissariat für die Bekämpfung der organisierten Rauschgiftkriminalität und eine „Gemeinsame Ermittlungsgruppe Rauschgift“ aus Polizei- und Zollbeamtinnen/-beamten eingerichtet. Die Ermittlungsverfahren sind aufwändig und langwierig. Der Aufwand lohnt sich aber, weil die Strafverfolgungsbehörden tief in die Strukturen der Rauschgiftkriminalität vorstoßen. Im Ergebnis wurden im Jahr 2008 für den Zuständigkeitsbereich des PP Münster ca. 300 Fälle von Handel und Schmuggel in der Polizeilichen Kriminalstatistik erfasst (ca. 30% der Rauschgiftkriminalität).

Von dieser Form der polizeilichen Repression ist die Kontrolle offener Drogenszenen zu unterscheiden. Selbstverständlich werden alle bekannt gewordenen Delikte, einschließlich der Konsumenten-delikte, zur Anzeige gebracht. Hierdurch erklärt sich die hohe Anzahl von 681 Fällen sog. Allgemeiner Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die für das Jahr 2008 in die Polizeiliche Kriminalstatistik für das PP Münster eingeflossen sind. Die Vorstellung, damit die Drogenkriminalität effektiv zu bekämpfen, verkennt aber die Realitäten. Festgenommene Kleindealer werden umgehend ersetzt. Die Nachfrage der Konsumenten bleibt unverändert. Ziel bei der Kontrolle offener Drogenszenen muss es daher sein, die damit verbundene Subkultur und die Attraktivität für Einsteiger und auswärtige Konsumenten zu begrenzen sowie Drogenabhängige den Hilfsangeboten zuzuführen.

Deshalb führt nach meiner Ansicht der beste Weg zur Drogenabstinenz auch nicht über eine strenge Gesetzespredigt, sondern über die akzeptierende Drogenarbeit.

Am 10.04.2001 öffnete in Münster auf der Grundlage eines lokalen Konsenses der von INDRO e.V. getragene erste Drogenkonsumraum in Nordrhein-Westfalen. Damit wurde ein erster Schlusspunkt auf eine fast zehn Jahre geführte kontroverse Debatte gesetzt.

Der letzte Jahresbericht von INDRO e.V. zeigt für 2008 eindrucksvoll auf, dass über 11.000 Konsumvorgänge zu verzeichnen waren sowie in über 1.000 Fällen medizinische Hilfe und 775mal weitergehende Hilfen (Drogenberatung, Soforthilfe, Entgiftung, Substitution, ärztliche Versorgung sowie soziale Hilfestellungen) geleistet wurden.

Gleichzeitig geht es ordnungspolitisch auch darum, Konsumvorgänge in der Öffentlichkeit zu vermeiden. Durchschnittlich 30-mal am Tag wird der Drogenkonsumraum genutzt. Damit entzieht sich 30mal am Tag der fixende Junkie dem Sichtkontakt von Kindern und Passanten.

Prohibition und Abstinenz als Leitbild bestimmten die Drogenpolitik im letzten Jahrhundert.

Das Ziel der Reduzierung der Drogenverfügbarkeit ist nicht erreicht worden. Es stellt sich mir die Frage: "Wo war „war on drugs“ entsprechend der Beschlusslage der Vereinten Nationen von 1990 und 1998 erfolgreich?" In Südamerika und Afghanistan - um nur 2 Beispiele zu nennen - jedenfalls nicht.

Die Folge dieses Bekämpfungsansatzes ist doch eine Verfestigung der organisierten Kriminalität im Drogenmarkt.

Aus diesem Grunde bedauere ich, dass in diesem Jahr bei der Sitzung der VN-Suchtstoffkommission (CND) vom 11.-20. März 2009 in Wien lediglich eine Fortsetzung des Konzeptes für „eine drogenfreie Welt“ beschlossen wurde. Und dies obwohl Kritiker einschließlich des deutschen Vertreters gefordert hatten, sich lieber stärker auf die Linderung der Folgen von Drogenkonsum und Schmuggel zu konzentrieren, als weiter zu versuchen, die Drogenkriminalität auszurotten.

Zumindest wird entsprechend einer Protokollnotiz von Deutschland und weiteren 25 Staaten die Formulierung im Beschluss von März 2009 „(drug) related support services, aimed at promoting health and social well-being ... and reducing the adverse consequences of drug abuse for individuals and society as a whole“ als "harm reduction" verstanden.

Abschließend möchte ich auf ein besonderes rechtliches Problem für die Polizei eingehen, das aus dem Legalitätsprinzip folgt. § 31a BtMG regelt, dass die Staatsanwaltschaft von der Strafverfolgung absehen **kann**, wenn der Täter nur geringe Mengen Betäubungsmittel für den Eigengebrauch besitzt. Mit der Legalisierung von Drogenkonsumräumen wurde § 31a BtMG um die Regelung ergänzt, dass die Staatsanwaltschaft beim Besitz geringer Mengen

Betäubungsmittel in einem Drogenkonsumraum von der Strafverfolgung absehen **soll**. Das Absehen von der Strafverfolgung - ob als „Kann- oder Sollvorschrift“ - steht der Staatsanwaltschaft und nicht der Polizei zu.

Das führt in ein Dilemma! Einerseits ist die Polizei in Deutschland ohne Ausnahme zur Verfolgung jeder auch noch so geringfügigen Straftat verpflichtet. Ein Polizist, der eine Straftat nicht verfolgt, macht sich selbst strafbar. Andererseits soll der Betrieb von Drogenkonsumräumen nicht durch proaktive Kontroll- Observations- und Repressionsmaßnahmen der Polizei unmöglich gemacht werden. Wie soll sich also ein Polizist verhalten, der sieht, wie ein ihm bekannter Drogenabhängiger auf den Drogenkonsumraum zugeht? Die bestehende Rechtsunsicherheit für die Polizei zeigt sich an entsprechenden Strafverfahren wegen Strafvereitelung im Amt gegen den ehemaligen Polizeipräsidenten von Bielefeld und mehrere Polizeibeamte in Nordrhein-Westfalen.

Lösungsansätze könnten sein:

- Änderung des BTM-Gesetzes in § 31 a durch die Erweiterung der Kompetenz, von der Verfolgung abzusehen, auf die Polizei
- Ergänzung des § 29 BTM-Gesetz, wodurch der Besitz von BTM in geringen Mengen bei Drogenkonsumraumbenutzern straffrei gestellt wird,
oder
- die Erteilung von Erlaubnissen gemäß § 3 BTM-Gesetz für Drogenkonsumraumnutzer.

Josh-von-Soer Preis 2009

Der

Josh-von-Soer-Preis 2009

wird verliehen an

Dr. Harald Hans Körner

OstA a.D. beim Oberlandesgericht Frankfurt am Main
ehem. Leiter der Hessischen Zentralstelle für die Bekämpfung
der Betäubungsmittelkriminalität (ZfB), ehem. Mitglied in der
Drogen- und Suchtkommission des
Bundesgesundheitsministeriums
Mitglied im Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für
Suchtfragen

akzept e.V. verleiht den Preis an Dr. Harald Hans Körner
für

- ▶ Sein Wirken, die Drogenthematik aus der Strafrechtspraxis heraus hin zu gesundheits-, zivil- und menscheitsrechtlichen Positionen zu entwickeln
- ▶ Seine gesundheitsorientierte Rechtsauslegung die einen ganz erheblichen Beitrag zur Etablierung akzeptanzorientierter, niedrighschwelliger Drogenhilfe geleistet hat
- ▶ Seine Verdienste um die Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit von Betäubungsmitteln
- ▶ Seinen Kommentar zum Betäubungsmittelgesetz, das zuverlässige und kompetente Nachschlagewerk zum Betäubungsmittelrecht.

Frankfurt, 25. September 2009
Heino Stöver, Dirk Schäffer, Urs Köthner
akzept e.V. Vorstand

Laudatio

Urs Köthner

Heute verleihen wir zum dritten Mal den Josh von Soer Preis und es ist mir eine große Ehre als Mitglied des Vorstandes des Bundesverbandes für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik - akzept e.V. - die Laudatio halten zu dürfen.

Der Josh von Soer Preis wird ausgeschrieben und eine Jury bestehend aus dem Vorstand und dem letzten Preisträger (diesmal Jürgen Heimchen, Vorsitzender des Bundesverbandes der Eltern und Angehörigen für akzeptierende Drogenarbeit) wählt aus den Vorschlägen den Preisträger/die Preisträgerin aus.

Neben unserem Preisträger gab es starke Nominierungen die aufgrund ihrer außerordentlichen Verdienste nicht unerwähnt bleiben sollen. Nominiert waren auch Alfred Ferenc und Dr. Rainer Ullmann. *Alfred Ferenc* war viele Jahre Leiter des Vereins Krisenhilfe in Essen, heute Suchthilfe direkt. In dieser Eigenschaft ist er mit großer Leidenschaft und der ihm eigenen Kreativität und Zivilcourage für die Menschenwürde und für die Rechte von Drogengebrauchern eingetreten. Er hat dies bereits in einer Zeit getan, als viele der heutigen Hilfsangebote für Drogenkonsumenten noch nicht zur Verfügung standen und hat damit einen entscheidenden Beitrag zum Ausbau akzeptierender Drogenarbeit in Nordrhein Westfalen geleistet.

Dr. Rainer Ullmann setzt sich seit mehr als 10 Jahren unermüdlich engagiert für eine Verbesserung der Lebens- und Behandlungsbedingungen von Drogenabhängigen ein, sowohl als Arzt vor Ort in Hamburg wie auch in politischen Gremien, wie seine langjährige Vorstandstätigkeit für die Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin zeigt. Sein Einsatz für die Verbesserung der Substitutions-

behandlung und für wegen Ihres ärztlichen Engagements unter rechtlichen Druck geratene Kollegen ist mutig und beispielgebend.

Bevor ich den diesjährigen Preisträger vorstelle, möchte ich kurz auf den Namensgeber und die Intention dieses Preises zurückblicken.

Als sich Mitte der 80er Jahre durch die Ausbreitung des HIV Virus die Lebenssituation drogenabhängiger Menschen dramatisch zuspitzte, setzte sich Dr. Josh van Soer Clemm von Hohenberg gegen anfänglichen Widerstand von Politik und Fachwelt für die Substitutionsbehandlung ein und baute in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten ein psycho-soziales Betreuungsangebot auf. Auch der Aufbau des ersten Hilfeangebotes für drogenabhängige Eltern und ihre Kinder ging neben zahlreichen weiteren Aktionen auf seine Initiative zurück.

Diesen Einsatz führte er als Gründer des Hamburger Projekts Palette e.V. 1989 weiter. Es gelang ihm immer wieder, Bündnispartner und Unterstützer in den verschiedensten gesellschaftlichen Gruppen, Politik und Kultur zu finden.

Seine zutiefst humane, von Sympathie, Achtung und Toleranz getragene Haltung gegenüber Konsumenten illegaler Drogen und die Beharrlichkeit mit der er zielgerichtet und erfolgreich an der Verbesserung der Lebenssituation dieser gesellschaftlichen Gruppe gearbeitet hat, ist für uns beispielgebend.

akzept verleiht den Josh von Soer Preis an herausragende innovative und mutige Personen oder Initiativen, um gute Beispiele akzeptierender Drogenarbeit und Politik aufzuzeigen und zu ehren, neue Impulse zu setzen und unserem Verständnis für die Arbeit mit Drogen gebrauchenden Menschen öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen.

akzept fordert und zeigt mit diesem Kongress Strategieentwicklungen in der nationalen und internationalen Drogenpolitik jenseits der Orientierung auf Repression auf. Eine Drogenpolitik die den betroffenen Menschen hilft Risiken zu vermeiden und

Abhängigkeiten zu überwinden. Dies bedeutet die Anerkennung eines gesundheitspolitischen Primats in der Drogenpolitik.

Der diesjährige Preisträger ist ein entscheidender Weggefährte auf diesem langen Weg.

Sein Wirken, die Drogenthematik aus der Strafrechtspraxis heraus hin zu gesundheits-, zivil- und menschenrechtlichen Positionen zu entwickeln, hat ihm nicht nur national, sondern auch international hohe Anerkennung gebracht. Er hat durch seine gesundheitsorientierte Rechtsauslegung einen ganz erheblichen Beitrag zur Etablierung akzeptanzorientierter, niedrigschwelliger Drogenhilfe geleistet und hat unter schwierigen rechtlichen Rahmenbedingungen deren konzeptionelle Entwicklung weit über Frankfurt hinaus ermöglicht. Beispielhaft sei hier nur auf das von ihm erstellte Gesundheitsraum-Gutachten hingewiesen, das die Diskussion Ende der 90er Jahre um die Rechtmäßigkeit einer solchen Einrichtung nachhaltig beeinflusst hat.

Inzwischen haben wir Drogenkonsumräume in Deutschland deren Betrieb im Rahmen der Prohibitionspolitik als juristischer Drahtseilakt bezeichnet werden muss, - aber aufgrund von Ordnungspartner-schaften funktionieren sie trotzdem und leisten einen hervor-ragenden Beitrag zur Schadensminimierung und Überlebenshilfe.

Dass wir heute, wie selbstverständlich, Angebote wie Spritzenvergabe oder Aufklärung über Safer-Use-Regeln beim Drogengebrauch in der akzeptierenden Drogenhilfe einsetzen können, ist maßgeblich seinem Gutachten zu verdanken.

Seine Verdienste um die Verkehrs- und Verschreibungsfähigkeit von Betäubungsmitteln sind z.B. bei der Substitution oder Cannabis als Medizin enorm, auch wenn wir noch nicht am Ende unserer Ziele sind.

Sein Kommentar zum Betäubungsmittelgesetz ist legendär und geprägt von hervorragender Sachkenntnis und persönlichem

Engagement. Der Kommentar gilt als zuverlässiges und kompetentes Nachschlagewerk und zu Recht als Standardwerk zum Betäubungsmittelrecht, nicht nur für Juristen aller Sparten sondern auch für Therapeuten, Ärzte, Apotheker und anders Interessierte.

Er kritisiert in den verschiedenen Auflagen das "maßlose Anspruchsdenken und den gnadenlosen Konkurrenzkampf unserer Leistungsgesellschaft". „Doping im Sport und der Einsatz von Medikamenten, um mithalten zu können oder aus der harten Realität zu flüchten, sind die Konsequenzen.“

Sucht ist eine Krankheit, die es gilt zu entkriminalisieren, sagt er und fordert Therapie und Lebenshilfe statt Strafe für Süchtige. Immer geht es ihm darum, die Würde des Menschen auch für den Süchtigen sicherstellen. Mit diesem Grundsatz hat er sich einer fast unlösbaren Aufgabe verschrieben, er hat Anfeindungen in Kauf genommen und ist zwischen politische Fronten geraten bei dem Versuch in einer grundsätzlich falsch ausgerichteten, weil im wesentlichen auf Prohibition setzenden Drogenpolitik, soviel Recht und Hilfe wie möglich für die Betroffenen zu realisieren und das Gesetz den Einzelschicksalen gerecht werden zu lassen.

Er hat sehr viel erreicht - auch wenn es noch viel zu tun gibt.

Wir hoffen, dass er mit seiner Arbeit weitere Juristen und Juristinnen dazu anregt, sich intensiv mit der Drogenthematik zu befassen und daran mitzuwirken, das Unrecht welches an Drogen gebrauchenden Menschen praktiziert wird, zu beenden.

Wie dringend eine grundlegende Veränderung der nationalen und internationalen Prohibitions politik nötig ist, analysiert akzept e.V. mit diesem Kongress nachhaltig und zeigt Alternativen auf.

Legalisierung bedeutet eben nicht Drogen außer Kontrolle sondern genau das Gegenteil: Drogen unter Kontrolle.

Die Tatsache, dass ein Jurist erstmals mit dem Josh von Soer Preis ausgezeichnet wird, zeigt die Vielfalt von akzept e. V., der nach der Verleihung an Praktiker, Elternverbände und Selbsthilfeaktivisten auch die rechtliche Seite entsprechend würdigt.

Es ist mir eine Freude und eine Ehre im Namen des Bundesverbands AKZEPT e.V. den Josh von Soer Preis 2009 an den ehemaligen Oberstaatsanwalt beim Oberlandesgericht Frankfurt am Main, der zudem Leiter der Hessischen Zentralstelle für die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität und Mitglied in der Drogen- und Suchtkommission des Bundesgesundheitsministeriums war und im Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen ist, Dr. Harald Hans Körner, zu verleihen.

25.September 2009

Der Weg der kleinen Schritte in der Drogenpolitik
Dankesworte zur Verleihung des Josh von Soer-Preises von

Harald Hans Körner

Natürlich bin ich glücklich und dankbar für die Auszeichnung, obwohl ich meine ,lediglich im Laufe meines Berufslebens immer wieder versucht zu haben, gemeinsam mit vielen engagierten Mitstreitern und -innen die aktuellen Aufgaben der Frankfurter Drogenszene nach Kräften zu erledigen. Deshalb gehört der Preis eigentlich nicht mir allein, sondern den Mitgliedern der Frankfurter Montagsrunde und des Frankfurter Drogenreferats.

Als Jurist lernt man früh, nicht nur den Wortlaut des Gesetzes, sondern auch den Willen des Gesetzgebers und der Rechtsprechung zu respektieren und in der täglichen Arbeit umzusetzen. Allzu häufig wird allerdings übersehen, dass der Gesetzeswortlaut nur eine Vielzahl von ähnlichen Lebenssachverhalten regeln kann, die dem Gesetzgeber zu dieser Zeit bekannt sind. Im Laufe der Jahre verändern sich jedoch sowohl die Lebensprobleme als auch die Lösungsmöglichkeiten, ohne dass der Gesetzgeber rasch auf diese Veränderungen reagieren kann. Da ist es Aufgabe der Rechtsprechung und der Gesetzesanwender, die ratio legis, den tieferen Sinn einer gesetzlichen Regelung zu ermitteln. In den vergangenen 35 Jahren, in denen ich als Staatsanwalt und Oberstaatsanwalt Probleme des Betäubungsmittelrechts zu lösen hatte, forderten Not und Elend der Drogenszene immer wieder rasche und unkonventionelle Hilfsmaßnahmen und Therapiewege, die mit dem Wortlaut des Betäubungsmittelgesetzes oder der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung nicht zu vereinbaren waren. Um die in der Frankfurter Montagsrunde als notwendig erkannten und vielfach diskutierten neuen Wege gehen zu können, bedurfte es sowohl der Ermittlung der Ratio legis und der Auswertung von Rechtsprechung

und Literatur in einem Rechtsgutachten, als auch der Anerkennung und Abstimmung dieser Ergebnisse mit dem Justizministerium, mit den Gerichten als auch der Staatsanwaltschaft. Die Umsetzung dieser Ergebnisse in die Praxis bildete die aktuelle Brücke bis zur Gesetzesänderung, die meistens erst 5-10 Jahre später erfolgte. So war der Frankfurter Weg regelmäßig Vorreiter und Testlauf für den beobachtenden Gesetzgeber. Es war für mich eine wundervolle Bestätigung meiner juristischen Arbeit, dass der Gesetzgeber alle Reformansätze und Lösungswege, die ich mit meinen Rechtsgutachten und Veröffentlichungen anregte, ohne Ausnahme einige Jahre später übernahm und in gesetzliche Regelungen goss. Mir gingen in den vergangenen 35 Jahren die Veränderungen niemals schnell genug, weil das Elend der Drogenszene sofortiges Eingreifen erforderte. Wenn ich jedoch heute die 35 Jahre zurückblicke, so erfüllt mich doch mit Zufriedenheit, wie viele Veränderungen von Frankfurt aus für Drogenkonsumenten und Drogenabhängige, für Drogenberater und Drogentherapeuten erreicht werden konnten. Der Weg der kleinen Schritte war langwierig, mühsam, aber erfolgreich. Man gewann unterwegs viele Feinde, aber noch mehr Freunde.

Lassen Sie mich diese 35 Jahre kurz zurückblicken und in 10 Punkten die Stationen meines Frankfurter Weges mit meiner Brille beobachten und beschreiben:

1.

In den 70- und 80 er Jahren gingen Polizei und Ordnungsbehörden auf Fixerjagd. Drogenkonsumenten und Drogenabhängige wurden als Drogenkriminelle gebrandmarkt und verhaftet, von der Justiz in Gefängnissen oder geschlossenen Krankenanstalten untergebracht, ihre Spritzen und Drogen beschlagnahmt. Nach der Entlassung drehte sich die behördliche Drehtür. Die Drogenabhängigen wurden erneut festgenommen und eingesperrt. Lediglich das Gericht konnte bei Eigenkonsum und bei geringen Mengen von einer Bestrafung

nach § 29 Abs.5 BTMG absehen. Zusammen mit dem Gießener Professor Arthur Kreuzer kämpfte ich mit Presseartikeln und Rechtsgutachten für die Einführung des Grundsatzes "Therapie statt Strafe" für drogenabhängige Straftäter, der vom Bundesgesetzgeber schließlich 1981 durch Sondervorschriften für betäubungsmittelabhängige Straftäter in den §§ 35-38 BtMG umgesetzt wurde.

2.

Der von Professor Kreuzer und mir immer wieder (zuletzt in einer Artikelserie der Wochenzeitung Die Zeit: "Unsinnig und unwürdig" reklamierte Grundsatz "Hilfe statt Strafe" für Drogenkonsumenten, nämlich der Staatsanwaltschaft zu erlauben, unter bestimmten Voraussetzungen die Flut von Eigenkonsumverfahren eigenständig zu prüfen und einzustellen, wurde vom Gesetzgeber erst viel später, im Jahre 1992, durch Schaffung eines neuen § 31a BtMG umgesetzt.

3.

Rechtsgutachten und die von Ministerpräsident Wallmann einberufene Hessische Substitutionskonferenz eröffneten in Hessen zunächst die stationäre Substitutionstherapie, sehr viel später auch die ambulante Substitutionsbehandlung flächendeckend, vom Gesetzgeber durch wiederholte Veränderungen des § 13 BtMG und der BtMVV nachträglich genehmigt und im einzelnen geregelt.

4.

Die in Frankfurt aufgrund eines Rechtsgutachtens jahrelang gebilligte und praktizierte Abgabe von sterilen Einmalspritzen im Austausch gegen benutzte Spritzen wurde 1990 ausdrücklich in § 29 Abs.1 S.2 BtMG als rechtmäßig erklärt.

5.

Die Einrichtung und der Betrieb von Konsumräumen für Konsumenten von Heroin, Kokain und Crack, die 1994/1995 in Frankfurt aufgrund zweier mit allen Verantwortlichen abgestimmten Rechtsgutachten von mir nach langen juristischen Debatten stattfanden, führten bundesweit zu einem erbitterten Glaubenskrieg und Expertenstreit. Die erfolgreichen Ergebnisse veranlassten den Gesetz-

geber, im Jahre 2000 die Einrichtung von Konsumräumen in den §§ 10a,29 Abs.1 Nr.12, 31a Abs.1 S.2 und 32 Abs.1 Nr.2-4 eingehend zu regeln. Meine Rechtsgutachten waren in die englische, französische, spanische und türkische Sprache übersetzt und weltweit verbreitet worden.

6.

Die von mir in die Frankfurter Montagsrunde eingebrachte Idee einer gemeinsamen Gesundheitsstreife, nach der ein Polizeibeamter und ein Sozialarbeiter (Streetworker) gemeinsam die Drogenszene durchstreifen sollten, um hilflose, kranke oder verwahrloste Drogenabhängige in entsprechende Hilfseinrichtungen zu überführen, wurde erfolgreich umgesetzt.

7.

Bereits 1994 legte ich als Leiter der Hessischen Zentralstelle ZfB bei der Generalstaatsanwaltschaft Frankfurt gemeinsam mit meiner Kollegin Ursula Gebert ein Rechtsgutachten vor, das eine Rechtsgrundlage für ein Frankfurter Heroinprojekt namens DIAPRO sein sollte und das die ärztliche Verabreichung einer Heroinarznei an Opiatabhängige unter bestimmten Voraussetzungen als erforderlich und rechtlich zulässig erachtete. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, damals in Berlin, lehnte den Ausnahmeantrag der Stadt Frankfurt zwar ab; der ablehnende Bescheid dieser Behörde wurde aber später auf die Klage Frankfurts hin vom Verwaltungsgericht Berlin aufgehoben. Nach jahrelangen Auseinandersetzungen startete im Jahre 2000 die Bundesregierung eine klinische Arzneimittelstudie zur ärztlich kontrollierten Heroingabe, die nach langwierigen Probeläufen erst vor wenigen Monaten 2009 zur endgültigen Anerkennung als juristisch und medizinisch erlaubter Behandlungsmethode führte.

8.

Noch vor wenigen Monaten arbeiteten Professor Dr. Böllinger und ich an einem Rechtsgutachten über die Voraussetzungen der Zulässigkeit einer medizinischen Behandlung mit Marihuana bzw.

THC -haltiger Cannabismedizin, das das Bundesinstitut in Bonn zwar nicht zu einer regelmäßigen Erlaubnis, aber zu einer Änderung seiner Erlaubnispraxis führte.

9.

Es entstehen täglich neue Probleme in der Drogenszene, die rasch gelöst werden wollen im Interesse der Drogenabhängigen und im Interesse der Bevölkerung. Anstelle endlos zu diskutieren und partei-politisch über den Buchstaben des Gesetzes zu streiten, sind kurz-fristige Lösungen dringend geboten, die im Konsens gefunden und durchgesetzt werden können. Es ist ein großes Glück für Frankfurt, dass die Frankfurter Drogenpolitik von allen Parteien mitgetragen wird. Nutzen Sie die Chance des Konsenses.

10.

So würde ich mir wünschen, dass es Ihnen gelingen möge, dass nicht nur drogenabhängige Verurteilte entsprechend den §§ 35 ff. BMG, sondern dass auch alkoholabhängige Verurteilte die wenig hilfreiche Strafverbüßung durch Teilnahme an einem Therapieprogramm ersetzen könnten (Therapie statt Strafe für Alkoholtäter).

Anderen Menschen zu helfen schafft Freude und Zufriedenheit. Ich wünsche Ihnen allen viel Erfolg bei Ihrem Bemühen.



Dr. Harald Hans Körner

Referentinnen und Referenten

Dr. Oliver Brüchert

Wolfgang Goethe-Universität FFM, Fachbereich 03
Gesellschaftswissenschaften
Institut für Gesellschafts- und Politikanalyse / Raum 2927
Robert-Mayer-Straße 5, D - 60054 Frankfurt am Main
Tel.: +49-(0)69-798-25087; Fax: +49-(0)69-798-23208
bruechert@soz.uni-frankfurt.de

Alexander Bücheli

(SA. FH); Stv. Betriebsleiter Jugendberatung Streetwork Stadt
Zürich, Soziale Einrichtungen und Betriebe, Jugendberatung
Streetwork
Wasserwerkstr. 17, CH - 8006 Zürich
Tel.: + 41 (0) 43 300 54 77, Mobil: +41 (0) 76 574 49 76
Alexander.buecheli@zuerich.ch
www.stadt-zuerich.ch/sd
Partner von: www.saferparty.ch; www.safer-clubbing.ch;
www.know-drugs.ch

Prof. Dr. Hans-Volker Happel

Fachhochschule Frankfurt/Main, Fachbereich 4, Soziale Arbeit und
Gesundheit / Health and Social Work, Gebäude 2,
Gleimstraße 3, D - 60318 Frankfurt/Main
Tel.: 069/1533-2873; Mobil: 0172/690 33 48;
Fax: 06039 42937
happel@idh-frankfurt.de
<http://www.fb4.fh-frankfurt.de/whoiswho/happel/>

Tibor Harrach

Eve & Rave, Berlin
Lettestr. 3, D - 10437 Berlin
tibor.harrach@snafu.de, www.drugchecking.eu

Prof. Bengt Kayser, MD PhD

Directeur Ecole d'éducation physique et de sport
Institut des sciences du mouvement et de la médecine du sport,
Faculté de médecine, Université de Genève
10 rue du Conseil Général, CH -1205 Genève
Tel. : +41-22-3790028; ismms.unige.ch ; Bengt.Kayser@unige.ch

Wolfgang Hees

Lateinamerika-Referent bei Caritas international und zuständig für
das kontinentale Drogenprogramm in Lateinamerika,
c/o Deutscher Caritasverband
Karlstraße 40, D - 79104 Freiburg
Tel.: 0049-(0)761-200-605; FAX: 0049-(0)761-200 583
Wolfgang.Hees@caritas.de; www.caritas.de

Prof. Dr. Joachim Körkel

Ev. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen
Bärenschanzstr. 4, D - 90429 Nürnberg
Tel.: 0911 - 272 53 829; Fax: 0911 - 272 53 813
<http://www.kontrolliertes-trinken.de>; Joachim.Koerkel@evfh-nuernberg.de

Dr. Ingo Ilja Michels

Leiter / Head - Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten/
Office of the Federal Drug Commissioner (bis 03/2010)
Bundesministerium für Gesundheit/Federal Ministry of Health
Friedrichstr. 108, D -10117 Berlin

Joep Oomen

EUROPEAN COALITION FOR JUST AND EFFECTIVE DRUG
POLICIES (ENCOD)
Lange Lozanastraat 14, 2018 Antwerpen - Belgium
Tel. + 32 (0)3 293 0886 /
Mob. + 32 (0)495 122644 / +31 (0)6 30210357
www.encod.org;
joep@encod.org ; office@encod.org

H. Dip. Gabriel Flores Palli

Presidente de la Comisión Especial de la Coca/
CAMARA DE DIPUTADOS; La Paz, Bolivia

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel

DBDD – Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
c/o IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstr. 25, D - 80804 München
Tel.: +49 (0) 89 360 804 40
pfeiffer-gerschel@ift.de ;

Maximilian Plenert

Dipl.-Phys.; Sprecher des Bundesnetzwerk Drogenpolitik bei
Bündnis '90 / Die Grünen
Warthestraße 67; D - 12051 Berlin
Mobil: 0176 / 20444852
http://twitter.com/mind_shifter; icq: 197995618 /
maxplenert@jabber.ccc.de / skype:maximilianplenert /
yahoo: max_plenert / MSN: max.plenert@web.de

Fredrick Polak

Psychiatrist, Amsterdam
President of ENCOD, European Coalition for Just and Effective Drug
Policies
fpolak@planet.nl; www.encod.org

Jorge Roque

ENCOD Vorstandsmitglied
Portugal
jorgeroquec@hotmail.com

Dirk Schäffer

Deutsche AIDs-Hilfe e.V., Referent für Drogen und Strafvollzug
akzept e.V. Vorstand
Wilhelmstrasse 139, D - 10963 Berlin
Tel: +49 (0)30 690087 56; Fax: +49 (0)30 690087 42
Dirk.Schaeffer@dah.aidshilfe.de

Prof. Dr. Henning Schmidt-Semisch

Universität Bremen; FB 11: Human-und Gesundheitswissenschaften
Gesundheitswissenschaften;Soz.Päd./Sozialarbeitswissenschaften
Grazer Str. 2, D -28334 Bremen
Tel. (d) 0421/218-3164
schmidt-semisch@uni-bremen.de

Rüdiger Schmolke

Chill out e.V.
Schulstr. 9, D -14482 Potsdam-Babelsberg
Tel.: 0331 5813-231; Mobil 0176 8311 8013; Fax 0331 5813-232
spf@chillout-pdm.de ; www.spf.chillout-pdm.de

Dr. Wolfgang Settertobulte

wiss. Mitarb.Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften / AG 4 Prävention und
Gesundheitsförderung ,Büro:UHG U6-126
Tel.:+49 521 106-3877; Fax:+49 521 106-6433
wosetter@uni-bielefeld.de

Wolfgang Sterneck

Alice Projekt / Bas!s e.V.
Musikantenweg 22 HH; D - 60316 Frankfurt
Tel.: 069 / 48 00 46 13 Fax: 069 / 94 41 99 8
w.sterneck@sterneck.net; www.alice-project.de

Prof. Dr. Heino Stöver

Fachhochschule Frankfurt/Main
Fachbereich 4 ' Soziale Arbeit und Gesundheit
Health and Social Work, Gebäude 2,
Gleimstraße 3, D - 60318 Frankfurt/Main I
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de ;www.archido.de

Franz Trautmann

Trimbos Instituut, Utrecht,
Hoofd Programma Internationalisering

Telefoon : 030 2959358 (direct)
Postbus 725, NL - 3500 AS Utrecht
Tel.+30 2971100; Fax: +30 2971111
ftrautmann@trimbos.nl ; www.trimbos.nl

Fátima Trigueiros

Substitute Permanent Correspondent to the Pompidou Group
Advisor to the Executive Board
Institute for Drugs and Drug Addiction, I.P.;Ministry of Health
Praça de Alvalade, 7 - 5th to 13th Floor
1700-036 Lisboa, Portugal
Tel.: + 351 21 111 91 85; Fax: + 351 21 111 27 90
fatima.trigueiros@idt.min-saude.pt ; <http://www.idt.pt>

Hubert Wimber

Polizeipräsident der Stadt Münster
Friesenring 43, D - 48147 Münster
Tel.: 0251/ 275 2000
hubert.wimber@polizei-muenster.de

Georg Wurth

Deutscher Hanf Verband
Dunckerstr. 70, D - 10437 Berlin
Tel: 030-44716653; Fax: 030-44716654
Georg.Wurth@hanfverband.de
PGP: 0xFF7877C ; www.hanfverband.de

Dank



Der Kongress wurde unterstützt
vom Bundesministerium für Gesundheit Berlin,
der Stadt Frankfurt am Main/Drogenreferat,
der Fachhochschule FFM,
dem Institut für Suchtforschung an der FH Frankfurt am Main und
dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Hessen.

Wir danken allen Teilnehmern und den ReferentInnen für ihr
Engagement.

Impressum

Herausgeber
akzept e.V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und
humane Drogenpolitik
für die Veranstaltergruppe

Alle Rechte bei den Autorinnen und Autoren

VeranstalterInnen
Akzept e.V. in Kooperation mit der AIDS-Hilfe FFM, Bas!s e.V. FFM
und der integrativen drogenhilfe FFM.

Fotos
Dirk Schäffer, Heino Stöver

Umschlag
Katja Fuchs

Gestaltung und Satz
Christine Kluge Haberkorn

Druck
Kleinoffsetdruck Dressler, Berlin

Bestellungen:
akzeptbuero@yahoo.de, buero@akzept.org, www.akzept.org

Berlin, März 2010

Pausengespräche



Georg Wurth; Joep Oomen; Gabriel Flores Palli; Albert Kern

