



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Erstversorgung und Rechtsnormen

- Ein Plädoyer für die Freigabe von Substanzenanalysen
in niedrighschwelligen Drogenhilfeeinrichtungen -

Bachelorarbeit zur Erlangung des Abschlusses
Bachelor of Arts (B.A.): Soziale Arbeit

Erstgutachter:
Zweitgutachter:

Prof. Dr. Carmen Gransee
Annette Beyer

vorgelegt von:

Sarah Paschke
Hamburg, den 30.08.2013

**„If you're going crazy, you have get paid for it
or else you're going to be locked up.“**

- Hunter S. Thompson -

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Die globale Drogenprohibition.....	3
2.1 Entstehung.....	3
2.2 Probleme im Zusammenhang mit dem 'war on drugs'	7
2.2.1 Schwierigkeiten für den Staat.....	8
2.2.2 Der nützliche Feind	8
2.2.3 Entstehung eines Schwarzmarktes	10
2.2.4 Folgeschäden für die Konsument_innen	10
2.3 Ein Wandel zur Genussskultur	12
2.4 Das Versagen der Prohibition.....	13
3. Politik und Recht	14
3.1 Die Konstruktion von Legalität.....	14
3.2 Aufrechterhaltung der Legalitätsgrenze	16
3.2.1 Gefährlichkeit.....	16
3.2.2 Suchtpotenzial.....	17
3.2.3 Substanzwirkung.....	17
3.2.4 Künstlichkeit.....	18
3.2.5 Schlussfolgerung.....	18
3.3 Drogenpolitische Modelle	19
3.3.1 Das Modell der Schadensminimierung	19
3.3.2 Das therapeutische Modell.....	21
3.3.3 Das Modell der Kontrolle	22
3.4 Strafrecht & BtMG	23
3.4.1 Das Rechtsgut „Volksgesundheit“ im BtMG	24
3.4.2 Kritik am Rechtsgut „Volksgesundheit“	25
3.4.3 § 10a Abs.4	27
3.4.4 § 31a Absehen von der Verfolgung.....	29
4. Entwicklung der Drogenhilfe in Deutschland	31
4.1 Das Abstinenzparadigma & die Leidensdrucktheorie.....	33
4.2 Der akzeptanzorientierte Drogenhilfeansatz	34

4.2.1 Drogenmündigkeit	35
4.2.2 Harm Reduction	39
5. DrugChecking	41
5.1 Effizienz und Effektivität von DrugChecking	42
5.2 Rechtliche Aspekte von DrugChecking.....	43
5.3 Begriffsdefinitionen.....	45
5.3.1 Partydrogenszene	45
5.3.2 Offene Drogenszene	45
5.3.3 Schlussfolgerungen zur Anwendbarkeit.....	46
5.4 Von Streckmitteln, Beimengungen und dem „goldenen Schuss“.....	46
5.4.1 Heroin	47
5.4.2 Kokain.....	47
5.4.3 Anthrax/ Milzbrand	47
5.4.4 Desomorphin.....	48
5.4.5 Intoxikation durch unerwarteten Reinheitsgehalt	49
5.5 Anwendungsbeispiel	50
5.5.1 Die Einrichtung.....	50
5.5.2 Die Technik	51
5.5.3 Das Testverfahren	52
6. Fazit	53
Literaturverzeichnis	56
Eidesstattliche Erklärung	

1. Einleitung

„Welcome to the dark side of the spoon.“

-ein Klient des „Drob Inn“ Hamburg (2012) -

Der Umgang mit illegalisierten Substanzen und deren Konsument_innen schafft vielfältige Problemlagen in unserer Gesellschaft. Es ist nicht nur Aufgabe Sozialer Arbeit die Symptome dieser gesellschaftlichen Fehlentwicklungen behandeln zu lassen, sondern auch diese in die öffentliche Diskussion einzubringen und auf politischer Ebene Veränderungen anzuregen. Soziale Arbeit ist stets an das Doppelmandat aus Hilfe und Kontrolle gebunden, dieses manifestiert sich besonders im Spannungsfeld von Erstversorgung und Rechtsnormen, denn gerade im Bereich der Drogenhilfe *darf* Soziale Arbeit häufig nicht alles leisten, was eigentlich möglich wäre, da die rechtlichen Vorgaben wenig Spielraum lassen.

Die Illegalität bestimmter Drogen zieht massive gesundheitliche, ökonomische und soziale Folgeschäden für die Konsument_innen nach sich, welche schlussendlich von der gesamten Gesellschaft getragen werden müssen. Diese Folgeschäden sind nicht vollständig zu eliminieren, doch gerade im Bereich der Gesundheit könnte man sie auf ein Minimum reduzieren. Die Zulassung von Konsumräumen sowie Spritzenaustauschangebote sind Beispiele für sinnvolle gesundheitspolitische Änderungen die bereits umgesetzt wurden. Geht man nun davon aus, dass in absehbarer Zeit keine vollständige Legalisierung aller illegalisierten Substanzen erfolgen wird, so stellt sich die Frage wieso nicht alle notwendigen gesundheitspolitischen Maßnahmen ergriffen werden, um die Menschenwürde der drogengebrauchenden Menschen zu schützen, solange die Illegalität fortbesteht. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der aktuellen politischen und rechtlichen Situation in Bezug auf Substanzkonsum auseinander und es wird eine kritische Bestandsaufnahme aus sozialarbeiterischer Perspektive vorgenommen. Das zentrale Interesse richtet sich dabei auf die Auseinandersetzung mit der Frage warum DrugChecking, als ein geeignetes und sinnvolles Harm Reduction-Instrument bis jetzt noch nicht in das umfangreiche Methodenspektrum im Bereich der akzeptanzorientierten niedrigschwelligen Drogenhilfe in Deutschland integriert wurde.

Im ersten Abschnitt der Arbeit wird die Entstehungsgeschichte der Prohibition dargestellt, denn in ihr liegt der Grundstein für die heutige Drogenpolitik. In diesem Zusammenhang werden auch die Schwierigkeiten, welche sich aus der Illegalisierung der Substanzen ergeben, betrachtet - sowohl auf staatlicher Ebene, als auch die individuellen Folgeschäden für die Endverbraucher.

Im zweiten Teil erfolgt eine Bestandsaufnahme der politischen und rechtlichen Maßnahmen die installiert wurden, um dem Drogenhandel, -konsum und -missbrauch entgegenzutreten. Hier werden zunächst Überlegungen zum „Konstrukt der Legalität“ angestellt, die drogenpolitischen Modelle vorgestellt und der rechtliche Rahmen, welcher ihre Umsetzung gewährleisten soll, skizziert. In Bezug auf das Strafrecht wird einerseits eine kritische Auseinandersetzung mit dem Rechtsgut „Volksgesundheit“ sowie dem § 10a Abs.4 BtMG vorgenommen und andererseits die positiven Ansätze zu Veränderungen betrachtet, welche im § 31a BtMG erkennbar sind.

Im dritten Teil wird die Entwicklung der Drogenhilfe in Deutschland ausgeführt, welche aus dem Abstinenzparadigma herauszuwachsen beginnt und sich in der Profession Soziale Arbeit bereits in der akzeptanzorientierten Drogenhilfe bemerkbar macht.

Der vierte und letzte Teil behandelt die zentrale Fragestellung und beinhaltet alle Ausführungen zum Thema DrugChecking. Vorliegende Ergebnisse zu Effizienz und Effektivität sowie rechtliche Rahmenbedingungen von DrugChecking werden vorgestellt. Im Rahmen des Anwendungsbeispiels werden Überlegungen zur Realisierbarkeit von DrugChecking in niedrigschwelligen Einrichtungen der akzeptanzorientierten Drogenhilfe angestellt. Es wird ein kurzer Überblick über die Analyseinstrumente gegeben und eine mögliche Umsetzung des Testverfahrens ausgearbeitet. Abschließend erfolgt im Fazit eine kritische Stellungnahme zu den zusammengetragenen Ergebnissen.

Da sich die Fragestellung explizit auf den aktuellen politischen und rechtlichen Zustand der deutschen Drogenpolitik bezieht, wird das Thema Drogenfreigabe/ Legalisierung ausgeklammert, denn eine ausführliche Auseinandersetzung mit diesem Thema würde den Umfang der vorliegenden Arbeit deutlich überschreiten.

Die Begriffe „Substanzanalyse“ und „DrugChecking“ werden synonym verwendet und meinen die qualitative und quantitative Betäubungsmitteluntersuchung.

Soweit möglich werden in der vorliegenden Arbeit geschlechtsneutrale Begriffe (z.B.: die Studierenden) genutzt, an Stellen wo dies nicht möglich ist, wird die Schreibweise mit Unterstrich (z.B.: „Konsument_innen“) verwendet.

2. Die globale Drogenprohibition

Die globale Drogenprohibition ist zu beschreiben als ein riesiger Apparat weltweiter Bedarfsgenehmigung, -anmeldung und Schmuggelverhinderung, das gedacht ist als „vollständiges System“ einer „weltumfassenden“, „wirksamen“ Drogenverwaltung, die jeden nicht-medizinischen Gebrauch der Substanzen effektiv ausschließt. Kurz: die Idee eines „Weltplans“, der die „lückenlose Regelung einer ganzen Industrie und eines Handels, der sich über die ganze Erde erstreckt zum Ziele hat“ (Völkerbund 1934: 12, 14).

2.1 Entstehung

Seit Menschengedenken werden Pflanzen benutzt, als Heilmittel, für schamanische/ religiöse Rituale oder als Tauschware. In vergangenen historischen Zeitabschnitten wurde mit heute illegalisierten Substanzen ganz normaler Handel getrieben. So wurde z.B.: die sedierende Wirkung des Schlafmohns geschätzt und Kokablätter wurden (zur Zeit der Validiva Kultur) als Zahlungs- bzw. Tauschmittel eingesetzt. Kokain war einst fester Bestandteil der freiverkäuflichen Pharmaindustrie und auch Opium konnte völlig legal in Apotheken erworben werden. Wieso aber einige Substanzen heute illegalisiert und deren Genuss der öffentlichen Meinung nach, moralisch verwerflich ist, soll im Folgenden erläutert werden.

Der Weg in die globale Drogenprohibition, wie wir sie heute kennen, beginnt 1757, als Indien seine Selbstständigkeit verlor und von der englischen Ostindischen Kompanie übernommen wurde, die den Handelsaustausch mit China zu einem lukrativen Opiumexport ausbaute. „Es [Opium, H.S.-S.] ist für die Kompanie ein billiger Stoff: es wird (...) in Indien in Großproduktion hergestellt. Man schätzt, daß zwischen 1767 und 1850, also in weniger als hundert Jahren, der chinesische Opiumkonsum sich versiebzigfache.“ (Schivelbusch 1990: 227; in: Schmidt-Semisch 1994: 104). Der Bedarf war bald mit den typischen Handelswaren nicht mehr zu bezahlen und so wehrte sich China schließlich gegen den Import. Da der Handel mit Opium für England zu rentabel geworden war, schlugen sie den Widerstand in den Opiumkriegen (1840 und 1858) nieder und lieferten damit ein Paradebeispiel für kommerziellen Imperialismus (vgl. Schmidt-Semisch 1994: 104).

Deutschland

Um 1803 gelang F.W. Sertürner die Isolierung des Morphins und die Farbenfabriken Elberfeld (Bayer) begannen mit der industriellen Herstellung von Heroin, dem anhängend entwickelte sich „seit 1898 eine prosperierende Pharmaindustrie, die mit ihren Produkten den ganzen Weltmarkt belieferte.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war Deutschland das Land mit der ältesten Alkaloid- und der größten Pharmaindustrie.“ (Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 59f). 1828 brachte auch die

Firma Merck Morphin als starkes Schmerzmittel auf den Markt. Ein Großteil der hergestellten Produkte blieb aber nicht im Land, vor allem während des ersten und zweiten Weltkrieges war Opium ein begehrtes Mittel, welches Anwendung in Feldlazaretten fand. Opiumhandel ist zu dieser Zeit als ernsthaftes und ehrenhaftes Geschäft zu verstehen, im Ansehen sinkt hier nur, wer seine Kunden betrügt oder sich amateurhaft in das Gewerbe einzuschleichen sucht (vgl. ebd.).

Nach dem deutsch-französischen Krieg (1870-1871) und mit der Einführung der subkutanen Injektionsmethode begann sich die „Morphinsucht“ („Soldatenkrankheit“) auszubreiten. 1872 führte die Reichsregierung die Apothekerverordnung ein. Diese regelte die ausschließliche Vergabe von Morphin und Heroin in Apotheken durch Apotheker. Bereits damals fußte die Legitimation der Monopolstellung von Ärzten und Pharmazeuten auf dem Verweis zum „Schutz der Volksgesundheit“.

Entgiftung wurde auch schon von psychotherapeutischen Angeboten unterstützt und fand „warm“ oder „kalt“ in Kurorten, Kliniken oder Sanatorien statt. Die Therapien waren klar auf Abstinenz ausgerichtet, da die „Süchtigen“ jedoch angesehenen gesellschaftlichen Gruppen angehörten wurde das Strafrecht noch nicht als Druckmittel benutzt um Krankheitseinsicht zu erzwingen. Bis 1920 gab es kaum Sanktionen für KonsumentInnen und auch der Konsum selbst wurde nicht gesellschaftlich problematisiert. Die Verbreitungsstatistik von 1921-1930 führte nie mehr als 200 süchtige Personen pro Jahr auf (vgl. Ellenger 1974: 1-3; in: Jungblut 2004: 42).

In den 20er Jahren begann sich in der Weimarer Republik eine eigenständige Drogenszene zu bilden, deren Angehörige keine Ärzte oder Pharmazeuten waren. In Kombination mit dem Inkrafttreten des „Gesetzes zur Ausführung des internationalen Opiumabkommens vom 23.01.1912“ (01.01.1921) begann der Morphin- und Kokainhandel sich in die Illegalität zu verlagern, da diese Mittel nun nichtmehr frei verfügbar waren. Hier liegt der Grundstein für juristische Sanktionen. Das vom deutschen Reichstag verabschiedete Opiumgesetz „blieb bis zum 25.12.1971 [Inkrafttreten des BtMG] Rechtsgrundlage für den strafbewährten Umgang mit Konsumenten und Händlern u.a. von Opium und seinen Derivaten.“ (Jungblut 2004: 43). Unterbringung von Süchtigen in Heil- und Pflegeheimen wurden erst ab 1937 gesetzlich geregelt und dann auch nur, „wenn die öffentliche Sicherheit es erforderte.“ (vgl. Springer 1980: 12ff; in: Jungblut 2004: 46).

Dass der Rauschgiftdiskurs sich wunderbar für sämtliche nationalsozialistische und antisemitische Verschwörungstheorien instrumentalisieren ließ, sowie Ansätze zur Verbreitung von Demokratiefeindlichkeit lieferte wird an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. In Bezug auf die NS-Zeit bleibt festzuhalten, dass sich „die moralische Bewertung der Opiat- und Kokainhändler seit den dreißiger Jahren nicht grundsätzlich geändert, sondern – unter Ausspa-

rung expliziter Benennung von Juden als Tätern – in ihren wesentlichen Merkmalen nur verfestigt hat.“ (Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 71)

Amerika und das Opiumabkommen

Seit 1850 wanderten viele Chinesen nach Amerika ein, wo sie im Eisenbahnbau willkommene billige Arbeitskräfte darstellten. Der Opiumkonsum der Chinesen wurde zunächst toleriert, hatte er doch positive Auswirkungen auf deren Arbeitsleistung. Als jedoch der Bürgerkrieg endete und Amerika in die Wirtschaftskrise stürzte, wurden die chinesischen Arbeiter zur Konkurrenz. Ohne gewerkschaftliche Organisation und bereit unter schlechtesten Bedingungen zu arbeiten, gerieten sie bei den amerikanischen Arbeitern in Misskredit, da diese in ihnen „Lohndrücker und Streikbrecher“ sahen. (vgl. Schmidt-Semisch 1994: 108f) Infolgedessen wurde nicht nur ein „allgemeines Aufnahme-verbot für Chinesen in den Organisationen der nordamerikanischen Arbeiterbewegung durch[gesetzt]“ (vgl. Kappeler 1991a: 295f; Szasz 1978: 100f; in: Schmidt-Semisch 1994: 109) sondern es wurde auch eine Reihe rassistischer Gesetze erlassen. 1865 begann die Ghettoisierung nach „Chinatown“ (San Francisco), es „folgte Gesetz auf Gesetz, bis schließlich kaum ein Aspekt der chinesischen Arbeits- und Lebensweise übrigblieb, die nicht strenge Einschränkungen erfuhr.“ (Selling 1989a: 17; in: Schmidt-Semisch 1994: 109). Wurde zunächst das Opiumrauchen der Chinesen noch als positiv und leistungssteigernd bewertet, so war es jetzt zum Inbegriff des Bösen geworden und so wurde 1878 (San Francisco) die erste Strafrechtsnorm erlassen, die Opiumhöhlen und das Opiumrauchen bei Freiheits- und Geldstrafe verbot (vgl. Selling 1989: 17, zitiert nach Mark, G.Y.; in: Schmidt-Semisch 1994: 110). Die Amerikaner selbst konsumierten weiterhin ihr Opium, denn gegen „weiße Konsumformen“ (also das Essen oder Trinken des Opiums) wurden zu keiner Zeit strafrechtliche Sanktionen erwogen (vgl. Scheerer 1982: 24f). Das Opiumverbot richtete sich also primär gegen die chinesischen Zuwanderer und sollte diesen das soziale Dasein erschweren. Der Opiumkonsum selbst war zu diesem Zeitpunkt noch gesellschaftlich akzeptiert.

In den USA waren opiat- und kokainhaltige Haus- und Genussmittelchen bis zum Ende des 19. Jahrhunderts allgemein verbreitet. 1886 schließlich erfand der Apotheker Pemberton aus Georgia ein Erfrischungsgetränk welches „die Bestandteile Kokain, Koffein und Kolanuß enthielt“ (aus: Scheerer/Bartholdy 1993: 11) und uns allen (mittlerweile natürlich ohne Kokain) als Coca-Cola bekannt ist. „Das Produkt wurde als Mittel gegen Kopfschmerzen und für ältere Leute angepriesen, aber eben auch als allgemeines Erfrischungsgetränk konsumiert. Der Erfolg brachte zahllose Nachahmungsprodukte auf den Markt und war sozusagen der Startschuss für kokainhaltige Hausmittel in den USA.“ (aus: Scheerer/Bartholdy 1993: 11).

Dies spiegelt nebst dem damals noch angesehenen Drogenhandel (als ehrbares Tätigkeitsfeld) auch die gesellschaftliche Akzeptanz und scheinbare Unbedenklichkeit des Sub-

stanzgebrauchs wieder. Hinzu kommt der eingeschränkte oder gar verbotene Vertrieb von Alkohol. Es kann also festgehalten werden, dass „der Drogenhandel zu diesem Zeitpunkt fest in das „der gesellschaftlichen Praxis zugrundeliegende, als verbindlich akzeptierte und eingehaltene ethnisch-sittliche Normensystem des Handelns“ eingebettet war.“ (Paul/Schmidt-Semisch 1998: 62). Auch hatten Handel, Konsum und Vermarktung ein vorher nie dagewesenes Ausmaß erreicht.

Nachdem sich jedoch die Erkenntnis einzustellen begann, dass die Substanzen (Morphine, Kokain) ein erhebliches Suchtpotential aufweisen, begannen Ärzte die bedenkenlose Vergabe zu hinterfragen und infolge von Vergiftungs- und Todesfällen zunehmend kritisch Abstand zu nehmen. Auch etablierte sich in den USA eine Medizinerlobby, welche verstärkt gegen Selbstmedikation eintrat, zunächst wurden die Mittel aber weiter verschrieben. „In Bezug auf die Rolle der Mediziner bei der Problematisierung der moralischen Bewertung von Kokain spricht Kaulitzki von den Ärzten als Moralunternehmern, „die ihre fachliche Autorität in kulturelle Autorität umsetzten.“ (Kaulitzki 1995 KrimJ Heft 2; in: Paul/Schmidt-Semisch 1998: 63)

„In der Opiumfrage spiegelten sich zwei wesentliche geopolitische Konfliktlinien des 19. Jahrhunderts: zum einen der Konflikt zwischen kapitalistischen und nichtkapitalistischen Weltgegenden, zum anderen der innerkapitalistische Konflikt zweier ökonomischer Strategien. Genaugenommen wurde aus dem Gegenstand des englisch-chinesischen Opiumhandels überhaupt erst die Opiumfrage, als dieser Handel von den USA attackiert und zum internationalen Problem erklärt wurde.“ (Scheerer 1993: 83; in: Paul/Schmidt-Semisch 1998: 64)

Der Vorsitzende der Opium-Kommission Bischof Brent regte die internationale Opiumkonferenz an, welche 1909 in Shanghai stattfand und deren ausschließliches Ziel die globale Opiumprohibition (einschließlich dem Verbot der Derivate) war.

Um einen wichtigen ökonomischen und politischen Konkurrenten auszustechen und einen weltwirtschaftlichen Ausgleich herbeizuführen, machte England es zur Bedingung seiner Teilnahme an der Konferenz, dass alle teilnehmenden Staaten den Konventionen zustimmen und darüber hinaus müssten neben Opium auch die industriell fabrizierten Narkotika Morphin und Kokain Gegenstand der Konferenz sein. Dies hatte den Hintergrund, dass England bei einem alleinigen Opiumverbot gegenüber der deutschen Pharmaindustrie als wirtschaftlicher Verlierer aus der Konferenz hervorgegangen wäre (vgl. Schmidt-Semisch 1994: 112f).

Auf der DenHaager Konferenz 1911 wurde das Inkrafttreten der Konventionen weiter verschoben, denn dies würde erst Sinn machen, wenn alle Staaten unterzeichnet hätten. Auch die von 1911-1914 stattfindenden Verhandlungen führten noch nicht zur Ratifizierung. Deutschland konnte das Inkrafttreten der internationalen Konvention zunächst verhindern und somit

Kokainherstellung/ -vertrieb sicherstellen (vgl. Bartholdy 1992:55; in: Schmidt-Semisch 1994: 113). Im Versailler Vertrag (1912) kam es dann zur verpflichtenden Ratifizierung des Opiumabkommens (Artikel 295) und Deutschland musste sich fügen.

Das Haager Abkommen (vom 23. Januar 1912) ist als erstes rechtlich verbindliches Resultat dieser globalisierten Bekämpfungsstrategie anzusehen (vgl. Scheerer 2002: 6). Somit hatten die USA die globale Kontrolle und Ächtung des Drogenhandels erreicht. Der Katalog verbotener Substanzen und unter Strafe stehender Handlungen erweiterte sich von nun an stetig. Im Zeitraum von 1920 bis 1981 wurde die Höchststrafe für illegalen Drogenhandel in einigen Schritten von zunächst 6 Monaten auf 15 Jahre erhöht. Auf internationaler Ebene ging es nun darum den „berechtigten Bedarf“ festzulegen und diesen mittels eines „ständigen Opium-Zentralkomitees“ zu überwachen. „Dieses „ständige Opium-Zentralkomitee“, hatte den Auftrag, „die Entwicklung des internationalen Handels auf Grunde der von den Regierungen dem Übereinkommen gemäß gelieferten Angaben zu studieren.“ Sinn der Sache war natürlich kein zweckfreies Studium, sondern „das neue System einer Weltbuchführung“ diente dem Zweck, eine „genaue Verrechnung der rechtmäßig eingeführten oder ausgeführten Rauschgiftfabrikate zu gewährleisten und ein Auftauchen dieser Waren im Schleichhandel auszuschließen“ (Völkerbund 1934: 12, 14).

Nadelmann bezeichnet dies als „Phase der Weltkreuzzüge gegen den Drogenhandel“, die fragliche Aktivität wird zum Gegenstand strafrechtlicher Verurteilung und polizeilicher Verfolgung. Ebenfalls entstehen internationale Konventionen und Verwaltungsabkommen, welche die Eindämmung der Aktivität in transnationalem Maßstab ermöglichen sollen. H.S. Becker spricht in diesem Zusammenhang von „Regeldurchsetzern“, welche die Gestalt von kodifizierten Normen und einem zugehörigen Behörden- und Beamtenapparat annehmen (vgl. Paul; Schmidt-Semisch 1998: 66).

„Aus dem amerikanischen, antichinesischen Rassismus war im Zusammenspiel mit nationalökonomischen und international-diplomatischen Taktierereien eine weltweit geltende Verbotsnorm geworden, die bis heute die internationale und nationale Drogenpolitik der meisten Länder bestimmen sollte.“ (Schmidt-Semisch 1994: 113)

2.2 Probleme im Zusammenhang mit dem 'war on drugs'

Die globale Drogenprohibition erzeugt vielfältige Problemlagen. Nachfolgend werden die Konsequenzen der Illegalisierung in Deutschland aufgezeigt.

2.2.1 Schwierigkeiten für den Staat

Die Repressionskosten sind in immense Höhen gestiegen und obwohl Justiz und Strafverfolgungsbehörden längst überlastet sind wird die Prohibition weiter verschärft. Zwar sind die Rauschgiftsicherstellungen von Polizei und Zoll beachtlich. Doch machen sie wahrscheinlich nicht mehr als 5-20% des tatsächlichen Handelsvolumens aus, der Handel wird dadurch also kaum gestört (vgl. Hess 1992: 21). Eine drogenfreie Gesellschaft ist absolut utopisch und mit dem derzeitigen Prohibitionssystem wird terroristischen Gruppierungen (z.B.: in Mexiko oder Columbien) eine sichere Finanzquelle bereitet. Mehr noch, denn „wir stehen also vor einer paradoxen Situation: Die Illegalität und die Verfolgung durch die Polizei tragen bei zur Dezentralisierung, die eine wirksame Bekämpfung des Angebots verhindert.“ (Hess 1992: 27). Der Staat sieht sich also mit dem Problem konfrontiert, die massiven Ausgaben für einen sinnlosen Krieg legitimieren zu müssen.

„Man verlor die Kontrolle über die Hersteller und Vertreiber der jeweiligen Substanzen, hatte keine Sicherheit mehr bezüglich der Qualität der Drogen, und die Preise stiegen ins Unermessliche. Der Versuch des Staates, mit repressiven Mitteln Kontrolle sowohl über die Drogennachfrage als auch über das Angebot zu gewinnen, führte gerade dazu, daß ihm zunehmend die Kontrolle über die Substanzen, über Gesundheitsschutz, Aufklärung und den Markt auf breiter Linie entglitt.“ (Herwig-Lempp 1993: 100).

Dramatisierung und Skandalisierung des Drogenkonsums führen dazu, dass eine effektive und vor allem ehrliche Prävention nicht stattfinden kann. „Es ist aber gleichwohl Jugendlichen nicht zu vermitteln, dass der vor Nikotin warnende Staat gleichzeitig ohne schlechtes Gewissen wie ein Drogendealer 20,6 Milliarden DM an Tabaksteuern (die fünftgrößte Einnahmequelle für den Bundeshaushalt) und nochmals 7 Milliarden DM an Alkoholsteuern kassiert, ohne diese Gelder zum großen Teil in Prävention, Drogenhilfe und Drogentherapien zu investieren.“ (Körner 2007: XI, Vorwort zur 5. Auflage).

2.2.2 Der nützliche Feind

Das medial erzeugte Bild des profitgierigen, brutalen Dealers dient klar der Verhinderung des Hinterfragens der nicht-funktionierenden Drogenplanwirtschaft. Wurden Staaten früher nach Nähe oder Ferne zum Sozialismus klassifiziert, so ist an dessen Stelle heute der Rauschgifthandel getreten und die Bekämpfung von Individuen ist nicht mehr genug, heute müssen es die Regierungen und Bevölkerungen ganzer Staaten sein (vgl. Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 72). „Der Kampf gegen die Drogen wird auf eine Weise zum Gegenstand internationaler Politik, wie es sich wohl selbst Bischof Brent nicht hat träumen lassen. So wie der illegale Drogenhandel Vorreiter der Globalisierung von Waren- und Finanzströmen war,

so ist heute die Drogen- und Händlerbekämpfung Vorreiterin der Überwachung, Repression und globalen Disziplinierung.“ (Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 72f).

Paul und Schmidt-Semisch beschreiben den heutigen Dealer-Diskurs als gekennzeichnet durch Invarianz der negativen Bedeutung des Drogenhandels, Abwesenheit von Dissens und die Präsenz starker Kollektivgefühle, woraus eine immer stärkere Forderung nach „Bestrafung“ der Dealer resultiert. Zugleich ist das Konsumentenbild ein entsubjektiviertes, welches den abhängigen Individuen jegliche autonome Handlungsfähigkeit abspricht. Der gesamte Diskurs befindet sich also in einem antagonistischen Widerspruch, welcher nur durch die Unschädlichmachung der Dealer lösbar scheint bzw. dies als einzig möglicher Ausweg dargestellt wird (vgl. Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 75). „Dealer müssen raus!“ selbst wenn das bedeutet, dass Minderjährige in Kriegsgebiete abgeschoben werden, in denen sie Tod und Folter erwarten (vgl. ebd). Der Propagandafeind muss um jeden Preis erhalten bleiben. „Im Drogendiskurs der Gegenwart ist auch ein solcher Dealer schon ein Mörder, der nur einer Konsumentin ihren Stoff verkauft.“ (Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 75). Und so wird die Legitimität der Nachfrage nach psychoaktiven Substanzen schlichtweg negiert.

Aktuell übt der Drogenhandel immernoch eine gesellschaftliche Sündenbockfunktion aus. Doch 1,7 Millionen Deutsche sind alkoholabhängig, 2,7 Mio. missbrauchen Alkohol und ca. 120.000 Deutsche werden jährlich stationär oder ambulant wegen ihrer Sucht behandelt. Mehr als 40.000 Deutsche versterben jährlich an den Folgen des Alkoholmissbrauchs.

Deutschlandweit werden 17 Mio. Raucher geschätzt, davon sind 6 Mio. Nikotinabhängig und ca. 120.000 Deutsche versterben jährlich infolge des Nikotinmissbrauchs (Krebs, etc.). Die Sozialsysteme müssen für die Behandlungskosten aufkommen, trotzdem lenkt der Staat das öffentliche Augenmerk auf die Wichtigkeit der Bekämpfung des Handels mit illegalen Betäubungsmitteln (vgl. Körner 2007: XI, Vorwort zur 5. Auflage). Denn auf „den großformatigen Werbeplakaten der Zigarettenindustrie weist die Gesundheitsministerin nicht nur kleinlaut, sondern in kaum lesbaren Fußnoten auf die Gesundheitsgefahren hin, während die Gefahren durch illegale Betäubungsmittel mit fetten Schlagzeilen und abschreckenden Berichten gebrandmarkt werden. Gewiss, die Alkoholprohibition in den USA hat gezeigt, dass allein Verbote das Problem nicht lösen, sondern sogar verstärken.“ (ebd.).

Nicht umsonst finden sich Alkohol und Nikotin auf den Plätzen 5 und 9 der Ranking-Liste der gefährlichsten Drogen wieder.

Hierzu sagte der Pharmakologe David Nutt (Universität Bristol): „Dass der Konsum von Alkohol und Nikotin legalisiert ist, erscheint aus wissenschaftlicher Sicht vollkommen beliebig. Das derzeitige System ist durch und durch krank.“ (sueddeutsche.de 2010). Hans Cousto bezeichnet diese strikte Trennung in „gute, legale Genussmittel“ und „böse, illegale Suchtgifte“ sehr zutreffend als „Schizonarkophobie“ (vgl. blog.taz.de 2013).

2.2.3 Entstehung eines Schwarzmarktes

Die Drogenplanwirtschaft sieht sich mit dem Problem konfrontiert, dass der „berechtigte Bedarf“ zu gering veranschlagt wird und so der tatsächlich artikulierte Bedarf nicht gedeckt zu werden vermag, was unweigerlich zur Bildung eines Schwarzmarktes führt, dessen Gesamtumsätze mit steigender Repression immer weiter ansteigen. „Die Unwirksamkeit der globalen Drogen-Planwirtschaft war – ebenso wie die der sowjetischen Planwirtschaft – für ideologisch unverblendete Beobachter von vornherein evident.“ (Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 68). Da sie jedoch als einzige Lösung propagiert wurde, konnte sie als ideologische Kampfmittel benutzt werden, denn ihren Gegnern „hing fortan der Ruf an, einen dem Wohl der ganzen Menschheit dienenden Plan arglistig zu sabotieren.“ (ebd.).

An sich könnte die Anmeldung der Bedarfe ein sinnvolles System sein, doch funktioniert das nur, wenn auch alle realen Bedarfe tatsächlich zugelassen werden würden. Dies geschieht faktisch nicht. So hat z.B.: Deutschland einen gemeldeten Bedarf von Null Gramm Cannabis. Die Realität zeichnet ein anderes Bild, denn jährlich werden bis zu 6 Tonnen Cannabis an Grenzübergängen oder Inlands konfisziert, die Dunkelziffer des nicht abgefangenen Marihuanas wird auf eine Menge, die den Bedarf für 3 Millionen Konsument_innen deckt geschätzt (Scheerer: Die Woche vom 8. März 2002: 3).

Der von Deutschland angemeldete Bedarf an medizinisch zu verwendetem Kokain belief sich 2001 auf 10.000 Gramm. Dieses hat natürlich Laborqualität und ist frei von Streckmitteln, im Gegensatz zu dem „Dreck“ mit dem sich Schwerstabhängige illegalisierter Substanzen zufriedengeben müssen. An dieser Stelle verweist Scheerer nochmals auf die (logische) Entstehung eines Drogenschwarzmarktes, da der reale Bedarf an z.B. Cannabis von staatlicher Seite schlichtweg negiert wird. Bestes Beispiel für eine nicht-funktionierende Planwirtschaft ist die DDR, welche binnen kürzester Zeit einen florierenden Schwarzmarkt mit West-Gütern zu verzeichnen hatte (vgl. Scheerer 2002: 6).

„Der Schwarzmarkt ist die direkte Folge einer Drogenpolitik, die den Menschen das Recht abspricht, selbstbestimmt und mündig auf der Basis von Informationen über ihr Verhältnis zu Drogen selbst zu entscheiden.“ (Sterneck 2009: 1).

2.2.4 Folgeschäden für die Konsument_innen

Die Gruppe der Schwerstabhängigen welche sich auf der offenen Drogenszene bewegen bilden „das letzte Glied in der Nahrungskette“. Sie haben keinerlei Einflussmöglichkeiten auf die Produktqualität und darüberhinaus auch keine Möglichkeit diese festzustellen. Herwig-Lempp beschreibt die Situation punktgenau: „Erst Illegalisierung und Kriminalisierung bringen „Junkies“ hervor, wie wir sie heute auf der Szene sehen. Sie bringen Schwarzmarkt, horrenden Preise, die Notwendigkeit diese zu finanzieren und damit Kriminalität, Prostitution

und Erschwerung sozialer Kontakte mit sich. Und vor allem die Verunreinigung des Stoffes, die Unsicherheit über seine Zusammensetzung, die damit verbundene Gefahr der Überdosierung (und des daraus möglicherweise folgenden ungewollten „goldenen Schusses“), die gesundheitlichen Gefahren.“ (Herwig-Lempp 1993: 100).

Der soziale Abstieg manifestiert sich vor allem im Verlust von Arbeitsplatz und Wohnung, sowie Zerschneiden des sozialen Umfelds. Auch eine Vorstrafe im Zusammenhang mit Betäubungsmittelkriminalität (besonders mit zusätzlichem Gefängnisarrest) ist geeignet einen – bis dato unauffälligen Bürger_in aus dem „normalen“ Leben in der bodenständigen Gesellschaft zu reißen und als „Junkie“ zu brandmarken. Prohibitionsbedingt geraten Konsument_innen illegalisierter Substanzen in einen Kriminalisierungskreislauf aus Strafverfolgung und Inhaftierung (vgl. Fengler 2002: 508).

Größte gesundheitliche Gefahrenquelle ist nach wie vor das 'needle sharing'. Hierbei werden HIV, Hepatitis und viele andere Krankheiten übertragen. Seit der Einführung von Spritzenaustauschprogrammen hat sich diese Situation für Menschen „draußen“ maßgeblich verbessert. Doch in deutschen Haftanstalten gibt es keinen Spritzenaustausch, weil es „drinnen“ ja auch keine Drogen geben darf. „Allgemein kommen Infektionskrankheiten – vor allem HIV und Hepatitis – bei Menschen in Haft sehr viel häufiger vor als in der erwachsenen Gesamtbevölkerung. Die HIV-Prävalenz ist je nach Region bis zu 20-mal höher, die von Hepatitis C sogar bis zu 40-mal.“(aidshilfe.de 2011).

Insbesondere in Bezug auf die Drogenprostitution ist festzustellen, dass es zu einer fortgesetzten Viktimisierung, der meist schon durch kindliche Gewalterfahrungen vorbelasteten Mädchen und Frauen kommt. Sie erleben die Prostitution als Fortsetzung sexueller Gewalt und permanente Wiederholung traumatischer Erlebnisse. Diese können sie weder verdrängen, noch aufarbeiten (Zurhold 2005: 16). Bereits in jungen Jahren erlebten die Frauen erhebliche biografische Belastungen, welche eine Orientierung am Drogen- und Prostitutionsmilieu begünstigen oder gar begründen (ebd.).

Hieraus ergibt sich ein prekärer Kreislauf aus Trauma, Sucht, Konsum als Verdrängungsstrategie und fortlaufender Traumatisierung/ Viktimisierung¹.

¹ Der Autorin der vorliegenden Arbeit ist bewusst, dass diese Problemlagen auch auf Männer, Trans und Intersexuelle zutreffen können und nicht geschlechtsspezifisch gebunden sind. Die Studie wurde zur exemplarischen Verdeutlichung des Gegenstands gewählt und Zurhold führte nur Interviews mit Frauen und Mädchen durch.

2.3 Ein Wandel zur Genusskultur

Nun heißt der „Völkerbund“ inzwischen UNO und aus dem „Opium-Zentralkomitee“ ist das International Narcotics Control Board geworden (sitzt heute in Wien), auch das Wort „Planwirtschaft“ ist aus den Dokumenten verschwunden, doch das System welches sich dahinter verbirgt ist noch das selbe, schlecht funktionierende Prohibitionssystem. „Nach herrschender Meinung dürfen auch die gravierenden Nebenfolgen der Drogenprohibition nicht dazu führen, das Verbotsprinzip selbst in Frage zu stellen, weil jede Lockerung des Verbots noch verheerendere Auswirkungen auf die Bevölkerung hätte.“ (Scheerer: Die Woche vom 8. März 2002: 6).

Die Studien, auf die sich diese Annahmen stützen stammen meist noch aus der Wissenschaft der 1930er Jahre, welche sich ausschließlich mit Extremformen der Sucht befasste und die Interviewpartner in „Irrenhäusern“ suchte, ist es nicht weiter verwunderlich, dass man z.B. zu dem Ergebnis kam Cannabis wäre eine „Psychosen hervorrufende Killerdroge“ (vgl. ebd.). Diese überholten Theorien halten sich hartnäckig in der öffentlichen Meinung und werden medial auch noch weiter verstärkt, obwohl aktuelle Forschungen längst belegen, dass ein kontrollierter Konsum fast aller Substanzen möglich ist. Das Konstrukt des kontrollierten Konsums fasst Scheerer unter „Genussmittelgebrauch zur Freizeitgestaltung“ zusammen. Er definiert dies klar als bewusste und autonome Entscheidung „normaler“ Menschen. „Die Droge wird aufgesucht [sic!] und bewusst und gewollt zu sich genommen. Nicht die Dealer, sondern die Konsumenten „verantworten“ diese Entscheidung.“ (ebd.).

Die herkömmlichen Theorien über Drogenkonsum als Folge individueller und sozialer Problemlagen (allein) sind auf die Gegenwartsgesellschaft nicht mehr anwendbar. Als wichtige Begriffe in diesem Zusammenhang nennt Scheerer „Wertewandel“ und „Konsumkultur“. An Stelle von Fleiß, Disziplin und Gehorsam gegenüber der (unhinterfragbaren) staatlichen Autorität sind heute Selbsterfahrung/ -entfaltung, Kreativität und Gemeinssinn getreten. Wieso wird also diesen „neuen Subjekten der Erlebnisgesellschaft“ zugebilligt ohne Sicherung in Bergen zu Klettern, Bungeejumpen zu gehen oder sich in anderer Art und Weise an den Rand des Todes zu katapultieren, aber eine „Nase Koks“ beim Après Ski soll weiterhin nicht zulässig sein? (vgl. ebd.).

Die radikale Bekämpfung des Drogenkonsums, in der Form wie wir sie heute kennen, führte schließlich zu einer Drogenpolitik, welche 'top-down' der Sozialen Arbeit vorschreibt wie sie das Drogenproblem lösen *soll*. Und das, *obwohl* dieses ohne die fehlgeleitete Prohibition nicht in der ausgeprägten Form existieren würde, mit der wir heute konfrontiert sind. Statt Soziale Arbeit zu fragen, welche Ansätze sinnvoll wären, um dem Problem beizukommen, wird weiterhin eine Unhinterfragbarkeit des Systems propagiert. Statt 'bottom-up' das Expertenwissen von Sozialarbeiter_innen aus der akzeptanzorientierten Drogenhilfe zu nut-

zen wird das Abstinenzparadigma weitestgehend aufrechterhalten und als einziger „Königsweg“ aus der Sucht heraus propagiert. So bleiben der Profession wichtige Handlungsspielräume weiterhin verschlossen. „Eine künftige Drogenpolitik hätte vor allem die grundsätzliche Legitimität der Nachfrage nach psychoaktiven Substanzen anzuerkennen.“ (ebd.).

2.4 Das Versagen der Prohibition

„Die internationale Drogenkontroll-Bürokratie verwendete bewußt die Terminologie der sowjetischen Planwirtschaft, denn in der Tat ist dies trotz ihres US-amerikanischen Ursprungs ein historisch einzigartiges Beispiel für die Übernahme sozialistischer Planungsideale durch den Westen. Obwohl das System bis heute unverändert (schlecht) funktioniert, ist der Charakter der Drogenkontrollpolitik als einer Planwirtschaft nie wieder so unverblümt ausgesprochen worden wie zum Zeitpunkt ihrer Installierung.“ (Paul/ Schmidt-Semisch 1998: 67f).

Zusätzlich zu den bereits erläuterten Probleme im Zusammenhang mit dem 'war on drugs', lässt sich feststellen, dass die globale Drogenprohibition selbst genau jene Problemlagen erzeugt, die sie angeblich zu heilen sucht. Hierzu merkt Scheerer folgerichtig an, dass das Recht auf Rausch und auch die Konsummündigkeit der autonomen Individuen zwar wissenschaftlich erkannt wurde, das System aber das alte geblieben ist. Dies gilt es anzupassen. Die zwei wichtigsten internationalen Verträge zur Drogenplanwirtschaft sind zwar verbindlich, aber dennoch kündbar. Es muss überprüft werden inwieweit Änderungen vorgenommen werden müssen, um die aktuelle Drogenpolitik am „Normalfall des Konsums“ zu orientieren und den Wandel vom „Suchtgift“ zum Genussmittel anzuerkennen, wie es bei Tabak und Alkohol längst der Fall ist (vgl. Scheerer: Die Woche vom 8. März 2002: 6). Denn schon 1840 hat Abraham Lincoln festgestellt: „Die Prohibition überschreitet die Grenze jeder Vernunft, indem sie die Bedürfnisse des Menschen durch Gesetze zu Kontrollieren versucht und Verbrechen aus Dingen macht, die keine Verbrechen sind. Ein Prohibitions-gesetz ist ein Schlag gegen die Prinzipien, die die Grundlage unseres Staates sind.“ (Lincoln, A. -ehem. Präsident der USA, 18.12.1840).

Und er hat Recht behalten, denn „wenn das alles stimmt, dass immer mehr Jugendliche zum Beispiel Cannabisprodukte konsumieren und die Zahl der „problematischen“ Konsumenten rapide zunimmt, dann kann nur eine Schlussfolgerung gezogen werden: Die jahrelange, aufwendige und kostenintensive, massenhaft wissenschaftlich evaluierte (natürlich positiv) abstinenzorientierte Suchtprävention als Lebenskompetenzförderung, Gesundheitsstärkung, Ressourcenstützung, Abschreckung, Immunisierung, Frühinterventionsprogramme und Vermittlung von peergestützten Alternativen zum Drogengebrauch hat auf der ganzen Linie versagt.“ (Schneider 2004: 2).

3. Politik und Recht

Die aktuelle Drogenpolitik stützt sich auf vier Säulen.

1. Prävention, soll verhindern, dass Sucht überhaupt entsteht.
2. Beratung, Behandlung und Rehabilitation bieten Hilfe und Wege aus der Sucht.
3. Schadensreduzierung und niedrigschwellige Angebote sichern das Überleben.
4. Repression soll Angebotsreduzierung bewirken und den Nachschub stoppen.

Legnaro beschreibt diese Säulen als Befestigung der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit bzw. Konformität und Devianz. Er bezeichnet sie treffenderweise, als „vier Säulen der Ratlosigkeit“. Nicht etwa, weil sie keine Funktion hätten, sondern da sie nicht fähig sind von der (seit 100 Jahren) unproduktiven Problematisierung und Kriminalisierung des Drogenkonsums abzuweichen, zugunsten „einer weitgehend liberalisierten politischen und gesellschaftlichen Handhabung von Drogen“ (Legnaro 2012: 7).

Nachfolgend zu dieser Grundannahme wird die Konstruktion von Legalität und ihre Instrumentalisierung aufgezeigt, denn sie soll die drogenpolitischen Modelle legitimieren. Im Anschluss folgt die Darstellung der aktuellen Gesetzeslage innerhalb des Betäubungsmittelgesetzes, unter kritischer Bezugnahme auf das Rechtsgut „Volksgesundheit“, welches auch zur Rechtfertigung repressiver Kontrollstrategien herangezogen wird.

Die Betrachtung der §§ 10a, 31a BtMG zeigt, dass eine konstruktivere Rechtsanwendung durchaus möglich ist und es immer wieder zu sinnvollen Gesetzesänderungen kommt. Auf trotzdem vorhandene Beliebigkeiten innerhalb der Paragraphen wird eingegangen.

3.1 Die Konstruktion von Legalität

Die Trennung in legitime/ legale und illegitime/ illegale Substanzen und Mittel ergibt sich aus der Definitionsmacht des kulturellen, gesamtgesellschaftlichen Systems. „Gerade diese (staatliche) Definitionsmacht befähigt über die Zuschreibung illegitim/illegal zur beabsichtigten oder unbeabsichtigten Produktion von Abweichung, deren Thematisierung, Dramatisierung oder Skandalisierung wiederum als Anlaß zur Darstellung und damit zur Reproduktion von Normalität und Konformität genutzt werden kann.“ (Schmidt-Semisch 1994: 94).

Diese Funktionen werden benutzt, um Probleme an anderen Stellen (z.B.: Arbeitslosigkeit) über zu kompensieren bzw. von ihnen abzulenken. Nach Ermessen und Interessen der jeweiligen Machthaber, kann jede Substanz zum „Sündenbock“ deklariert werden.

Doch Substanzen und Mittel sind gleichzeitig auch notwendig zur Reproduktion von Arbeitskraft, etwa in Gestalt von Medizin, die benötigt wird um die Leistungsfähigkeit der Arbeiter zu erhalten/ wiederherzustellen. Exkursiv sei hier die Tolerierung des Konsums leistungssteigernder Mittel in Form des Kauens der psychoaktiven Coca-Blätter erwähnt. Für die Lehnsherren wäre es kontraproduktiv gewesen, den Bauern das „Coca-Kauen“ zu verbieten, da sie sich selbst um gesteigerte Einnahmen gebracht hätten.

Politische Funktionen und Herrschaftsfunktionen werden also benutzt, um die Einstellungen zu Substanzen, den Umgang mit ihnen und ihren Herstellern und Konsumenten, zugunsten politischer und ideologischer Entscheidungen und Interessen zu selektieren (vgl. ebd.).

Die Grenze dieser konstruierten Legalität hat sich historisch verändert und verlagert. Im Lauf der Geschichte waren viele der Substanzen, die wir heute zu den legalen Genussmitteln zählen (wie z.B.: Tabak, Kaffee, Alkohol) und die in den gesellschaftlichen Gebrauch integriert sind, noch verboten und deren Gebrauch gar mit Todesstrafe belegt. Die Grenze zwischen erlaubtem und verbotenem Genuss wird aufgrund von ökonomischen, politisch-ideologischen oder herrschaftspolitischen Interessen und Funktionen gezogen und kann daher als historisch prekär betrachtet werden. Auch geographisch gesehen ist die Grenze als prekär zu bezeichnen, denn was in manchen Kulturkreisen und Ländern völlig akzeptiert ist (z.B.: Koka-Blätter kauen in Südamerika), ist in Deutschland mit Strafe belegt da eine territoriale Grenze übertreten ist. Als das Rauchen in Zügen noch teilweise gestattet war, verwischte die Grenze hier sogar zwischen bestimmten Räumlichkeiten, nämlich den Raucherabteil und dem Nichtraucher-Abteil. Auch Individuell unterscheiden sich Präferenzen für bestimmte Genussformen. Die Grenze kann also auch interpersonal prekär sein (vgl. ebd.: 104).

Die Gegensätzlichkeit der Grenze stellt sich vor allem in der Aufteilung „legal“ / „illegal“ dar, wobei die Legalität durch Anbindung an das kapitalistische System des Konsums, des Marktes und der Werbung angebunden ist, wohingegen die andere Seite der Grenze Illegalität impliziert und von kriminalistisch-polizeilicher und justizieller Repression begleitet, sowie an ein paternalistisch strukturiertes Behandlungs- und Maßnahmensystem angegliedert ist (vgl. ebd.). Auf der einen Seite finden sich also (per Definition) festgelegte Genussmittel, deren Konsum akzeptiert oder zumindest toleriert wird, solange das Individuum seine sonstigen Funktionen erfüllt. Auf der anderen (der illegalen) Seite, wird der „Konsum generalisierend als Betäubung bzw. Mißbrauch interpretiert und definiert. Es wird nicht, wie beim Konsum legaler Substanzen, nach Konsummuster, -menge, -situation, oder -wirkung also nach Aufrechterhaltung oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit differenziert und interveniert, sondern der Konsum illegaler Substanzen wird pauschal zur Beeinträchtigung, zum Un-

Genuß und zum Defizit der konsumierenden Person erklärt – die Substanz selbst ist Grund der Intervention.“ (Schmidt-Semisch 1994: 151).

3.2 Aufrechterhaltung der Legalitätsgrenze

Als vier zentrale Gründe für die Aufrechterhaltung der Legalitätsgrenze werden die Gefährlichkeit, das Suchtpotenzial, die Substanzwirkung und die Künstlichkeit (der Erlebnisse) von und durch Drogen angeführt. Diese Annahmen bilden die Legitimationsgrundlage dafür die Gruppe illegalisierter Substanzen dem autonomen Zugriff der Bürger zu entziehen. Nachfolgend werden diese Aussagen überprüft und kritisch betrachtet.

3.2.1 Gefährlichkeit

1.) *„Die illegalen Substanzen und Mittel sind gefährlich und gesundheitsschädlich“*
(Schmidt-Semisch 1994: 152)

Diese Feststellung ist zwar richtig, hat aber für die legalen Genußmittel ebenso Gültigkeit. So ist festzuhalten, dass Alkohol und Nikotin diejenigen Substanzen sind, welche unser Gesundheitssystem am stärksten belasten und massive finanzielle, gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Kosten nach sich ziehen. In Bezug auf die Gefährlichkeit von Alkohol ist zusätzlich seine Fähigkeit zu nennen die Hemmschwelle herunterzusetzen (z.B.: in Bezug auf strafbare Handlungen und Körperverletzung) und ein Blick in die Unfallstatistiken zeigt, dass nicht jeder Mensch fähig ist mit bis zu 0,5 Promille Alkohol im Blut (Promille-Grenze gem. § 24a Abs.1 StVG) noch ein Kraftfahrzeug zu führen. Es gestaltet sich also schwierig Illegalität allein mit der Gefährlichkeit der Substanzen zu begründen.

Ausserdem hat die neuere Drogenforschung erkannt, dass Opiate in guter, sauberer Qualität zunehmend als relativ unproblematisch anzusehen sind. Dementsprechend wurden für die meisten illegalen Substanzen bereits Entwarnungen und Entdramatisierungen ihrer pauschalen Gefährlichkeit herausgegeben (vgl. ebd.: 153).

„Es gibt keinen Beweis dafür, daß Opiate Schädigungen des zentralen Nerven-Systems verursachen oder andere Krankheiten, auch nicht nach jahrezehntelangem Gebrauch (...) Untersuchungen der nur wenigen Heroin-und Morphin-Abhängigen, die der Mittel-Klasse entstammen und die entweder legal oder illegal mit Opiaten versorgt wurden, bestätigen dies. Sie deuten darauf hin, daß solche Abhängigen an keinerlei gesundheitlichen Problemen leiden, die nicht auch von der übrigen allgemeinen Bevölkerung geteilt werden.“ (Kaplan 1985; in: Schmidt-Semisch 1992: 96).

Daraus ist zu folgern, dass die sozial bedingte Schädlichkeit auf die Illegalität und daraus resultierende Konsumbedingungen zurückzuführen ist, nicht aber auf die Substanz selbst! Des weiteren ist Selbstschädigung nicht unter Strafe gestellt, trotzdem werden drogenge-

brauchende Menschen staatlich verfolgt und bestraft, ihr fundamentales Recht auf körperliche und mentale Selbstbestimmung wird also untergraben. In unserer heutigen Risikogesellschaft, die sich mitunter an halsbrecherischsten Freizeitaktivitäten erfreut scheint die selektive Dramatisierung quasi-willkürlich ausgewählter Substanzen und deren Verbot aufgrund von „Gefährlichkeit“ kein besonders geeignetes Argument.

3.2.2 Suchtpotenzial

2.) *„Die illegalen Substanzen und Mittel verursachen Sucht und Abhängigkeit“ (ebd.)*

Auch diese Aussage ist natürlich zutreffend, allerdings ist ein Konsumverlauf, welcher schlussendlich in körperlicher Abhängigkeit gipfelt, nicht zwangsläufig. „Vor allem die beiden amerikanischen Forscher Zinberg und Harding haben nachgewiesen, daß ein großer Teil der Heroinkonsumenten nicht abhängig wird, sondern vielmehr über Jahre einen kontrollierten, nicht-abhängigen und von Regel- und Erfahrungswissen geleiteten Konsum treibt.“ (Schmidt-Semisch 1994: 157).

Eine weitere Möglichkeit ist das sog. *maturing out*. Der/Die abhängige Konsument_in wächst ohne professionelle Hilfe aus der Sucht heraus, da es zu identitätstiftenden Veränderungen in seinem/ihrer Leben, außerhalb ihrer „Junkie-Identität“ kam. Weder kontrollierter Konsum noch *maturing out* wären möglich, wenn Abhängigkeit zwangsläufig wäre. Ihre Ursachen sind also vor allem in sozialen, kulturellen, individuellen und psychologischen Bedingungen zu suchen. „Es muss an dieser Stelle noch erwähnt werden, daß die medizinische Verabreichung von Morphin an Schmerzpatienten in nicht geringen Dosen und zudem über längere Zeiträume in der Mehrzahl der Fälle nicht zu einer Abhängigkeit führt, zum einen häufig wohl deshalb, weil die Patienten eine Abhängigkeit nicht erwarten, zum anderen weil eventuell trotzdem auftretende Entzugssymptome nicht als solche gedeutet werden.“ (ebd.: 158).

3.2.3 Substanzwirkung

3.) *„Die Wirkungen der illegalen Substanzen und Mittel auf die Individuen sind sozial verheerend“ (ebd.)*

Die sozial verheerenden Folgen der Substanzen sind als Begleiterscheinungen der Illegalität zu verstehen, denn diese zwingt die Konsumenten immerhin „in den Untergrund“ bzw. auf den Schwarzmarkt.

Da bereits festgestellt wurde, dass Substanzen individuell sehr unterschiedliche Wirkungen entfalten können und zudem in hohem Maße von set und setting abhängig sind, scheint eine Generalisierung von Drogenwirkungen zu kurz gegriffen und nicht geeignet um Illegali-

sierung zu rechtfertigen, zumal selbige Effekte ebenfalls auf die legalen Substanzen zutreffen (vgl. Schmidt-Semisch 1994: 159).

3.2.4 Künstlichkeit

4.) *„Die Bewußtseinszustände und Erfahrungen, die die illegalen Substanzen bewirken sind künstlich.“*

Dem Argument der Künstlichkeit von Erfahrungen ist zunächst entgegenzustellen, dass es sich trotzdem um eine bewusst herbeigeführte und selbstbestimmte Wahrnehmungsveränderung handelt. Ausserdem ist *jede* nicht-körpereigene Substanz die man zu sich nimmt fähig die Funktionen der Körperchemie von außen zu beeinflussen und genau das ist auch Sinn und Zweck aller Mittel, welche wir nicht ausschließlich zum Zwecke der Ernährung zu uns nehmen (vgl. Schmidt-Semisch 1994: 163). Mittels Bungeejumping wird zum Beispiel der Körper angeregt seine eigenen psychoaktiven Substanzen (in diesem Fall Adrenalin) freizusetzen, auf genau diesen Effekt zielen viele Freizeitangebote ab und nicht umsonst verwenden wir in Bezug auf Menschen, welche exzessiv derartigen Hobbys nachgehen, den Begriff „Adrenalin-Junkie“.

Im Cyberspace wird es in nicht allzu ferner Zukunft wohl möglich sein die virtuelle Hologrammlandschaft nicht nur zu sehen, sondern sogar berührbar zu gestalten, hierbei handelt es sich ebenfalls um künstlich erzeugte bzw. sogar nur suggerierte Erlebnisse, da diese allerdings nicht in Bezug zu illegalisierten Substanzen stehen, sieht der Gesetzgeber keinen Anlass deren Künstlichkeit zu kritisieren. „(Damit) allerdings gerät auch die moralische Bewertung von Künstlichkeit und künstlich produzierten Erfahrungen zur Unmöglichkeit, wird die Grenze der Legalität, die für einige Leute durch die Grenze der Künstlichkeit bestimmt war, immer unwirklicher.“ (Schmidt-Semisch 1994: 166).

3.2.5 Schlussfolgerung

Die Illegalisierung bestimmter Substanzen ist bereits auf einer wertrationalen Betrachtungsebene nicht zu rechtfertigen, denn wie oben aufgezeigt wurde sind die Konzepte bezüglich Sucht, Gefährlichkeit und Wirkung einerseits selektiv, andererseits pauschalisiert und greifen daher nicht. Zudem bilden Substanzen und Gesellschaft unweigerlich ein Affinitätsverhältnis, welches geprägt ist durch die Eigenschaften der jeweiligen Substanzen im Verhältnis zu den Bedeutungen und Funktionen, welche sie für diejenigen Menschen erfüllen, die sie konsumieren. „Diese Funktionen können der Identitätsstiftung, der Distinktion und der (Gruppen-) Integration dienen, aber auch kompensatorische, hedonistische, ökonomische, politische und Herrschaftsfunktionen übernehmen. Dabei wird biologisch-physiologischen oder auch pharmakologischen Aspekten nur noch geringe Beachtung geschenkt, und politi-

sche, ökonomische und kulturelle Aspekte wirken rigider als biologische Notwendigkeiten.“ (Schmidt-Semisch 1994: 114).

3.3 Drogenpolitische Modelle

In Bezug auf die im Folgenden vorgestellten Modelle ist zu berücksichtigen, dass sie idealtypisch differenziert werden. Jedem von ihnen liegt das Verständnis zugrunde, dass es im Zusammenhang mit Drogen spezifische Probleme gibt, welche konkret angegangen werden müssen. Die beiden Pole der Drogenpolitik sind totale Prohibition, welche mittels extremer Repression durchgesetzt werden soll einerseits und völlige Liberalisierung, bei uneingeschränkter Legalisierung aller (jetzt noch) illegalen Betäubungsmittel andererseits. Ebenso wie sich jedoch kein drogenpolitisches Modell als „Idealtyp“ gibt, so findet sich auch keines der Modelle am einen oder anderen Extrempol, vielmehr entspricht jedes Modell einer Kombination verschiedener Elemente.

3.3.1 Das Modell der Schadensminimierung

„Das Ziel der Drogenpolitik nach diesem Modell ist, sämtliche in direktem oder indirektem Zusammenhang mit Drogen stehenden Schäden und Risiken zu vermeiden oder zumindest möglichst gering zu halten.“ (Cattacin 1996: 198).

Angebot und Tätigkeiten werden der Situation des Drogenabhängigen, sowie seinen individuellen Ressourcen angepasst. Das Menschenbild erkennt den Abhängigen als Individuum, welches zu selbstbestimmtem Handeln fähig ist. Die Abhängigkeit wird als das komplexe Gebilde wahrgenommen, welches sie auch ist und nicht als „Krankheit“ oder „Kriminalität“ beurteilt. Harm Reduction ist eines der wichtigsten Elemente des Modells der Schadensminimierung, denn sie erkennt an, dass es im Zusammenhang mit Drogen verschiedener Zielsetzungen bedarf, um dem Klienten effektive Hilfe zur Selbsthilfe angedeihen zu lassen. „Langfristige Entzugstherapien können gleichzeitig neben einer kontrollierten Abgabe von Heroin stehen, ohne daß die Kohärenz des Modells dadurch in Frage gestellt würde.“ (ebd.).

Der pragmatische Ansatz zur Politik der Normalisierung geht davon aus, dass eine „Gesellschaft ohne Drogen“ immer eine Illusion bleiben wird und erwartet von der Gesellschaft Drogensucht und Drogenabhängige als unumgängliche gesellschaftliche Wirklichkeit zu akzeptieren. Auch ein *normales Verhalten* im Umgang miteinander (Gesellschaft und Abhängige). Cohen definiert die Praxis der Normalisierung wie folgt: „Normalisierung bedeutet, nichts anderes, als daß ein Verhalten, das vom Gesetz oder der Mainstream-Kultur nicht als normal betrachtet wird, offiziell toleriert wird.“ (Cohen 1992: 50; in: Cattacin 1996: 199).

Daraus ergibt sich in erster Linie der Anspruch Drogenabhängige während sämtlicher Phasen ihrer Abhängigkeit bestmögliche Begleitung zur Verfügung zu stellen. Kontakte mit dem Drogenmilieu sollen überflüssig werden und dem Abhängigen somit den Weg aus der sozialen Randstellung heraus zu ermöglichen, negative Folgeerscheinungen der Sucht sollen gemindert und eine Wiedereingliederung gefördert werden. Besonders für die Wiedereingliederung ist *normales* bzw. gesellschaftskonformes Verhalten notwendig und an einigen Stellen gar unumgänglich. Trotzdem wird Wiedereingliederung nicht nur als letzter Schritt auf dem Weg „zurück in die Gesellschaft“ und totale Abstinenz verstanden, sondern beginnt schon während der Abhängigkeit. „Opiatkonsum und soziale Integration müssen sich nach diesem Modell also nicht widersprechen.“ (Cattacin 1996: 201).

Strafverfolgung und Repression bleiben weiterhin erhalten, allerdings werden repressive Maßnahmen auf ein Minimum reduziert, um die schädlichen Folgeerscheinungen die aus ihr hervorgehen möglichst gering zu halten (wie z.B.: Kriminalisierung Drogenabhängiger und damit einhergehende Marginalisierung, Gesundheitsschäden durch schädliche Streckmittel aufgrund der Illegalität der Substanzen). Der Drogenkonsum wird in diesem Modell entkriminalisiert. Justiz- und Polizeiwesen gehen also gegen negative Folgeerscheinungen der Illegalisierung von Drogen vor und Bekämpfen den regionalen und internationalen Drogenhandel, statt den kleinen Endverbraucher zu kriminalisieren.

Aufklärung und Prävention sollten sachlich und präzise sein und auf moralisierende Verurteilungen verzichten. Jede/r Einzelne muss Zugang zu den notwendigen Informationen haben, um die Gefahren des eigenen Konsumverhaltens kompetent einschätzen und sich ggf. Hilfe holen zu können.

Die primäre Prävention soll dem Einstieg in die Drogenabhängigkeit vorbeugen, die sekundäre Prävention greift in den Anfangsstadien der Drogenabhängigkeit ein und soll einer Verfestigung der Problematik entgegenwirken und die tertiäre Prävention soll die aus dem Konsum von Drogen folgenden indirekten Konsequenzen verhindern.

Der medizinisch/ therapeutische „Instrumentenkoffer“ reicht hier von stationärer Langzeittherapie bis hin zu niedrighwelligen Angeboten wie Spritzentausch. Gerade der regelmäßige Kontakt im niedrighwelligen Bereich (z.B.: Streetwork) ist wichtiges Harm Reduction Instrument, da somit auch schwer Erreichbare aufgesucht werden können.

Die Angebotspalette ist möglichst breit gefächert, damit eine Individualisierbarkeit und Flexibilität erhalten bleiben.

Als Erstes ist es nach diesem Modell notwendig, die Neben-/ Folgeerscheinungen sowie Schäden, die im Zusammenhang mit Drogen stehen möglichst gering zu halten und auf lange Sicht ganz zu beseitigen. Zweiter Schritt ist – sofern vom Klient_in gewünscht – der Weg

aus der Abhängigkeit, welcher nach einem individuell erarbeiteten Hilfeplan in vielfältiger Art und Weise erfolgen kann. Ist eine totale Abstinenz nicht das angestrebte Ziel, so wird der/die Nutzer_in trotzdem mit all seinen/ihren Problemen ernst genommen und unterstützend begleitet. „In diesem Modell hat eine erzwungene oder aufgedrängte Therapie keinen Sinn, eine Lösung aus der Abhängigkeit kann nur auf Initiative der betroffenen Person erfolgen.“ (Cattacin 1996: 202).

3.3.2 Das therapeutische Modell

In diesem Modell dominieren die öffentlichen Einrichtungen, der gesetzlich vorgegebene Rahmen wird streng eingehalten, daher geschieht kaum eigeninitiative Weiterentwicklung.

Das Menschenbild ist ein entsubjektiviertes, welches den Drogenabhängigen Menschen als krank einstuft. Daraus wird das vermeintliche „Recht“ legitimiert ihn im Namen der „Volksgesundheit“ erzwungenen Therapiemaßnahmen zuzuführen, da der Mensch unwillig scheint sich selbstständig in eine totale Abstinenz zu bewegen. Der betroffene Mensch wird also pathologisiert und die Drogensucht nur symptomatisch behandelt. Der Maßnahmenkatalog beschränkt sich vor allem auf Entzug und weitere medizinische Maßnahmen, alle anderen Maßnahmen werden erst später angeboten. Der Prävention wird wenig Gewicht zugestanden, ebenso der Wiedereingliederung. Überlebenshilfe oder niedrigschwellige Drogenhilfe werden erst in zweiter Linie angeboten.

Die drei kennzeichnenden Hauptaspekte des therapeutischen Modells sind klare Ausrichtung auf Abstinenz, Behandlung der Symptome der Drogensucht und Dominanz der staatlichen Einrichtungen.

Trotz dass Drogensucht hier als gesellschaftliches Problem betrachtet (nicht aber thematisiert) und eine Stigmatisierung der Abhängigen somit vermieden wird, zeigt sich im Bereich der Repression doch eine Etikettierung, denn entweder wird dem abhängigen Menschen *de facto* die eigenverantwortliche Handlungsfähigkeit abgesprochen, weil er „krank“ ist, polizeiliche und justizielle Anstrengungen richten sich dann primär gegen den Handel oder Drogenabhängigkeit wird mit Kriminalität gleichgesetzt und der abhängige Mensch wird zum Straftäter deklariert.

Inhaltlich bedeutet der Symptom-Bekämpfungsansatz vor allem eine Dominanz der Nothilfe (z.B.: Behandlung einer Überdosis) und Entzugstherapien. Zwar wird in diesem Bereich mit psychologischen, psychiatrischen und psychosomatischen Ansätzen gearbeitet, doch als Hauptproblem gilt die Abhängigkeit an sich, welche es „zu heilen“ gilt, tieferliegende Ursachen werden nicht beachtet bzw. nicht einbezogen. Da das Therapieziel grundsätzlich totale Abstinenz ist, werden Substitutionsbehandlungen als Beihilfen zur Aufrechterhaltung der

Krankheit angesehen. Sie verhindern – aus dieser Sicht- die „Heilung“ und werden daher abgelehnt.

Primäre und sekundäre Prävention sind nicht auf der moralischen Ebene angesiedelt, sondern informieren über die substanzbezogenen Gefahren, sowie die milieuspezifische „Ansteckungsgefahr“ mit der Krankheit „Drogensucht“. Tertiär Prävention widerspricht dem Abstinenzgedanken und wird daher ebenfalls abgelehnt.

Rückt jedoch der Aspekt der öffentlichen „Volksgesundheit“ in den Vordergrund, so wird es möglich Aspekte aus dem Modell der Schadensminimierung zu integrieren ohne damit das therapeutische Modell in Frage zu stellen.

Das therapeutische Modell ist reaktiv und hierarchisch, vom Abstinenzgedanken geleitet, durch den öffentlichen Sektor organisiert und von pflegerischen Maßnahmen dominiert. Strukturiert durch den gesetzlichen Rahmen ist es sehr unflexibel und kann ohne entsprechende Gesetzesänderungen nicht auf eine veränderte Realität reagieren. Nicht nur die Beziehung zu Klient_innen, sondern auch die Beziehungen der Einrichtungen und Angebote untereinander sind stark institutionalisiert (vgl. Cattacin 1996).

3.3.3 Das Modell der Kontrolle

Auch dieses Modell ist von einem klaren Abstinenzgedanken geprägt. Es verfolgt das utopische Ziel einer „drogenfreien Gesellschaft“. Pflegebereich/ Therapie, Repression/ Kontrolle und Prävention sind gleich gewichtet, arbeiten eng zusammen, sind aufsuchend konzipiert und sollen so den Einzelnen in die Gesellschaft integrieren, so wie die Drogenpolitik in eine umfassendere Sozialpolitik eingegliedert ist. Die drei Bereiche sind nicht in sich geschlossen, sondern beziehen auch Elemente aus den anderen mit ein. Sie stehen weder in Konkurrenz noch im Gegensatz zueinander.

Die drei Hauptaspekte sind hier umfassende soziale und politische *Kontrolle* (des Drogenproblems), die *utopische* Einstellung der drogenpolitischen Akteure und eine starke *Integration*, die alle Bereiche miteinander verbindet.

Als Aspekte der Kontrolle sind drogenspezifische Kontrollmaßnahmen (z.B.: Auswertung von Daten zum Konsumverhalten), soziale Kontrolle (z.B.: Suchtpräventionsstrategien, die auf Früherkennung durch die Bevölkerung aufbauen), polizeiliche und justizielle Kontrolle (z.B.: Verhindern einer offenen Drogenszene, damit die Bevölkerung nicht den Eindruck gewinnt die Situation sei „außer Kontrolle“ geraten). Insgesamt ist es Aufgabe der „Politik der Kontrolle“ die Drogenproblematik unter einem Ausmaß zu halten, welches von der Öffentlichkeit als bedrohlich empfunden werden könnte.

Einziges Ziel dieses Modells ist die Utopie der drogenfreien Gesellschaft, obgleich die Akteure selbst wissen, dass es sich um eine Utopie handelt. Bezüglich dieser besteht jedoch bei allen Beteiligten ein hoher Konsens, was den Rahmen für Experimente und neue Erfahrungen sehr gering hält.

Zwischen legalen und illegalen Substanzen wird nicht unterschieden, vielmehr wird Drogensucht als individuelle gesellschaftliche Abweichung und somit anormales Verhalten betrachtet. Süchtige gilt es nicht zu stigmatisieren und auszugrenzen, sondern zu reintegrieren, daher finden sich in diesem Modell viele Wiedereingliederungs- und Präventionsangebote.

Kontrollierter Konsum ist laut diesem Modell nicht möglich, vielmehr wird der/die Drogenkonsument_in als generell vom *normalen* sozialen Leben ausgeschlossen betrachtet, er/sie muss zu einer Entgiftung „motiviert“ werden, daher haben Substitutionsprogramme oder Spritzentauschangebote keinen Sinn, denn sie führen nicht zur Abstinenz. Diese kann nur mittels eines vielschichtigen Prozesses erlangt werden, welcher das Individuum respektvoll miteinbezieht. Das therapeutische Angebot ist auf Langzeittherapien ausgelegt, mittels derer der abhängige Mensch langsam an eine Abstinenz herangeführt werden soll (vgl. Cattacin 1996).

3.4 Strafrecht & BtMG

1972 wurde schließlich das BtMG verabschiedet, mit dem Ziel „der Rauschgiftwelle in der Bundesrepublik Deutschland Einhalt zu gebieten und damit große Gefahren von dem Einzelnen und der Allgemeinheit abzuwenden. Es geht darum, den einzelnen Menschen, insbesondere den jungen Menschen, vor schweren und nicht selten irreparablen Schäden an der Gesundheit und damit vor der Zerstörung seiner Persönlichkeit und seiner Existenz zu bewahren. Es geht darum, die Familie vor der Erschütterung zu schützen, die ihr durch ein der Rauschgiftsucht verfallenes Mitglied droht. Es geht darum, der Allgemeinheit den hohen Preis zu ersparen, den ihr die Opfer einer sich ungehemmt ausbreitenden Rauschgiftwelle abverlangen würden. Es geht schließlich darum, die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft nicht gefährden zu lassen [...]“ (vgl. gesetzgeberische Begründungen des BtMG von 1972, BR-Drucks, 665/70, S.2; zitiert in: Wang 2003: 47).

Das BtMG ist ein Ableger aus dem Gewerberecht, welches ein Verwaltungsrecht ist, dem die Substanzkontrolle unterliegt. Die einzige Erlaubnis für den Umgang mit BtM liegt für den medizinisch-pharmazeutischen Bereich vor. Es ist Aufgabe des Strafrechts jegliche Zuwiderhandlung aufzudecken und zu sanktionieren. „Die Kriminalisierung ist der Versuch, den Drogenmarkt durch Verknappung „auszutrocknen“. Doch dies gelang bis jetzt nicht und wird wohl auch weiterhin nicht gelingen.“ (Herwig-Lempp 1993: 100)

3.4.1 Das Rechtsgut „Volksgesundheit“ im BtMG

In Bezug auf das BtMG, scheint der Begriff der „Volksgesundheit“ anders konzipiert zu sein, als in anderen Regelungsbereichen. Bereits im Jahre 1929 als Rechtsgut der Vorschriften des Opiumgesetzes entworfen, stand damals noch die staatliche Regulierung des Umgangs mit BtM, sowie deren Verbleib und Kontrolle im Vordergrund.

„Der Terminus „Volksgesundheit“ ist problematisch und wird in der Literatur teilweise abgelehnt. Im Lehrbuch von Maurach/ Schroeder/ Maiwald wird etwa darauf hingewiesen, dass der Terminus „Volksgesundheit“ nicht nur missverständlich, sondern auch durch den nationalsozialistischen Missbrauch im Sinne eines Rasseschutzes belastet ist. (...) vgl. Maurach/Schroeder/Maiwald, Strafrecht BT, Teilband 2, 8.Aufl. 1999; §56 Rn. 54.“ (ebd.).

„Nach allgemeiner Ansicht gilt der Schutz der Volksgesundheit als das zu schützende Rechtsgut des Betäubungsmittelgesetzes. Allerdings scheint das, was unter dem Begriff „Volksgesundheit“ verstanden wird, nicht einheitlich zu sein. Deskriptiv wird in der strafrechtlichen Literatur der Inhalt der Volksgesundheit, die auch als „öffentliche Gesundheit“ oder als „allgemeine Gesundheit“ bezeichnet wird, als „die körperliche Unversehrtheit einer unbestimmten Mehrzahl von Personen verstanden.“ (vgl. Wang 2003: 45).

Das Rechtsgut „Volksgesundheit“ ist als das allgemeine Interesse am Schutz jeglicher sozialer Bereiche vor drogenbedingten Beeinträchtigungen (und deren Begleiterscheinungen) zu verstehen. Da dieses komplexe und universelle Rechtsgut nicht der Verfügung des Einzelnen unterliegt, darf in dessen Dispositionsbefugnis über seine eigene Gesundheit eingegriffen werden, weil er/sie mit seinem/ihrem selbst-schädigendem/ -gefährdendem Verhalten aus der privaten Existenz heraustritt und öffentlich bedeutsame Bereiche verletzt. Dem Phänomen „Drogenmissbrauch“ wird also ein sozial epidemiologischer Charakter zugeschrieben, welchem eine „Ansteckungsgefahr“ mit der „Krankheit“ Drogensucht inhärent scheint. Die schädlichen Folgen für die Gesundheit des Einzelnen könnten also auf die restliche Bevölkerung übergreifen und eine „soziale Destruktion“ in Form einer „Absage an das Leitbild einer aktiven leistungsorientierten Gesellschaft“ (Gülzow 1978: 54, 56; zitiert in: Wang 2003: 51) hervorrufen.

„Die Ausführungen in der Gesetzesbegründung, die die Notwendigkeit (verschärfter) strafrechtlicher Maßnahmen u.a. mit den „sozialen Interessen der Gesellschaft oder mit der „Wahrung der öffentlichen Sicherheit und der staatlichen Ordnung in der Bundesrepublik“ begründen, lassen deutlich werden, dass „Volksgesundheit“ zum Sammelbegriff wird für sämtliche staatliche Interessen. Es geht um ein Rechtsgut, das viele staatliche Ziele in sich vereinigt und sich zugleich an die durch internationale Übereinkommen vorgegebenen Zielsetzungen anschließt.“ (Pasedach 2012: 149).

3.4.2 Kritik am Rechtsgut „Volksgesundheit“

In Bezug auf das BtMG enthält die „Volksgesundheit“ zusätzlich zum Schutz der Gesundheit Einzelner und der Bevölkerung noch den Schutz allgemeiner Interessen. Auch die Sicherheit der wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und politischen Ordnung vor jeglichen drogenbedingten Begleiterscheinungen soll gewährleistet werden. In diesem Zusammenhang wird das zu schützende Rechtsgut sogar auf den Schutz der Stabilität, Sicherheit und Souveränität des Staates vor der Bedrohung durch organisierte Kriminalität ausgeweitet. Eben diese Ausdehnung wird aus drei Richtungen kritisiert.

Die liberal rechtsstaatliche Rechtsgutslehre kritisiert, dass im BtMG maßgeblich vom konkreten Individualrechtsgüterschutz abgewichen wird. Wang führt hierzu vor allem die kritische Auffassung von Hassemer und der Frankfurter Strafrechtsschule an. Nach der von Hassemer entwickelten personalen Rechtsgutslehre könne „der strafrechtliche Schutz nur für konkret fassbare und genau bestimmte Rechtsgüter, die direkt oder indirekt auf Interessen der Einzelperson zurückführbar sind, zugelassen und legitimiert werden.“ (Wang 2003: 60). Folglich könne der Schutz von gesellschaftlichen Institutionen oder Funktionseinheiten nur so weit gehen, wie er Grundlage zum Personenschutz ist, da sie ansonsten eine Funktionalisierung des Einzelnen von der Allgemeinheit oder den Staatsinteressen her bedeuten, das Universalrecht hätte keine Funktion und dies wäre mit einer am Grundgesetz orientierten sozialen Werterfahrung nicht vereinbar (vgl. ebd.).

„Insbesondere diejenigen Ansätze, die das Verbrechen als „Abfall von rechtlichen Gesinnungswerten“, als „Störung des sozialen Systems“ oder als „Normbruch“ begreifen, stellen maßgeblich auf menschliche Verhaltensweisen ab und unterziehen diese einer rechtlichen Beurteilung. Das läuft aber einer liberalen Staatsauffassung zuwider, nach der es sich verbietet, das Strafrecht zur Beurteilung menschlichen Verhaltens heranzuziehen.“ (Pasedach 2012: 134f). Verhaltensbeschränkungen dürfen nur aufgrund nachprüfbarer Maßkriterien vorgenommen werden.

Darüber hinaus verliert die „Volksgesundheit“ durch die themenübergreifende, vage Definition ihre Funktion der Begrenzung des Strafrechts und des Strafgesetzgebers, somit können tendenziell flächendeckende Erfassungen von Lebens- und Verhaltensbereichen im Vorfeld der Sucht „auf Verdacht“ vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang liegt der Schluss nahe, dass das Rechtsgutsdenken der Volksgesundheit die schützenden Formen des Strafrechts des liberalen Rechtsstaats erodiere. Auch drängt sich der Verdacht auf, dass die vage definierten Rechtsgüter und abstrakten Gefährdungsdelikte dazu benutzt werden könnten eine Kapazitätserweiterung des Strafrechts herbeizuführen (vgl. Wang 2003: 60ff).

Der zweite Einwand richtet sich gegen die paternalistische Motivation der Gesetzgebung, welche (potenzielle) Drogenkonsument_innen mittels Zwang vor gesundheitlichen Schäden und weiteren drogenbedingten Begleiterscheinungen schützen soll. Die „Freiheit“, welche erhalten bzw. wiedererlangt werden soll, ist jedoch aufgrund der gesellschaftlichen Moralvorstellung materiell und inhaltlich vorbestimmt und subjektiv (durch den/ die Drogenkonsument_in) nicht frei wählbar. Allgemein ist hier zunächst zu kritisieren, dass solcher paternalistischer Zwang dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie widerspricht. Ausserdem ist es als inakzeptabel zu bezeichnen, dass der/ dem Grundrechtsträger_in hier „zum Schutze des sich gefährdenden vor sich Selbst“ die Definitionsmacht über Gesundheit, Körper und Seele aberkannt, also massiv in deren Selbstbestimmungsrecht eingegriffen wird. Denn „Es ist nicht das Recht einer freiheitlichen Ordnung, hierin den Menschen zwangsweise ihre Glückseligkeit vorzuschreiben.“ (Köhler 1992: 170; in: Neumeyer/ Schaich-Walch). Trotz alledem ist festzuhalten, dass der Antipaternalismus nur bevormundende strafrechtliche Eingriffe „zum Schutz des Einzelnen vor sich Selbst“ ablehnt. Sozialer Fürsorge und nicht-repressiven Hilfsmaßnahmen stehen keine Einwände gegenüber. (vgl. Wang 2003: 69). Ausgehend von der Annahme, dass die persönliche Freiheit stets dort endet, wo die Freiheit eines anderen Menschen beginnt, ist genau zu prüfen, ob die durch Drogenkonsum ausgelöste Selbstgefährdung zugleich die Rechte anderer verletzt. Hierzu gibt es zwei Ansichten. Erstens die der Rechtsprechung, welche sämtliche konsumbezogenen Verhaltensweisen auf Grundlage „allgemeiner Interessen“ als pauschale Fremdverletzung betrachtet. Zweitens die Meinung von Köhler, der Drogenkonsum zwar als unvernünftig-freiheitswidrige Selbstnegation, aber nur an sich selbst orientiertes, autonomes Verhalten ansieht. Abgabe von BtM, also die Beteiligung an unvernünftig-freiheitswidrigem Selbstverletzungsverhalten erkennt er klar als Fremdverletzung gegenüber dem/der Konsument_in und lehnt sie deshalb, nicht aber aus einem heteronom gesellschaftlichen Interesse ab (vgl. Köhler 1992; in: Wang 2003: 67).

Folgt man dem utilitaristischen Gedanken, so könnten die Folgekosten für ungesunde Ernährung oder Lebensführung mittels einer strafbewehrten Gesunderhaltungspflicht aufgelöst werden. Dies würde jedoch dazu führen, dass die Dispositionsbefugnis des/der Einzelnen über seine/ihre Gesundheit hinter gesamtgesellschaftliche Interessen zurücktritt und würde zudem die Zerstörung des Grundrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit mit sich bringen. Strafrechtlicher Schutz, welcher sich ausschließlich an einer Kosten-Nutzen-Erwägung orientiert, ist folglich abzulehnen (vgl. Haffke ZStW 107, 1995: 780).

Drittens wird das BtMG als abstinenzorientiertes, präventives Strafrecht kritisiert. Denn auf Grundlage des behaupteten sozialepidemiologischen Charakters des Drogenkonsums, wird das BtMG instrumentalisiert, um „strategisch zugunsten präventiver Interessen und flächendeckender Interventionen“ in die Dispositionsbefugnis des Einzelnen über seine/ihre Gesundheit einzugreifen. Der Schutz des Individualrechtsguts wird hier vorgeschoben, um das

tatsächliche Interesse zu legitimieren, nämlich den Erhalt der auf Arbeitskraft basierenden Leistungsfähigkeit der Gesellschaft. Die präventiven Aspekte rücken also zugunsten von sozialer Kontrolle und Sozialdisziplinierung in den Hintergrund.

Die beiden Zwecke, welche mittels des BtMG verfolgt werden, sollen nicht bloß repressiv wirken, sondern die Funktionsfähigkeit der Gesellschaft einerseits und die innere Disziplinierung sowie Verhaltenssteuerung des Individuums andererseits erzeugen, also einen positiven und produktiven Zweck sozialer Integration, innerhalb eines präventiv-gestaltenden Modells sozialer Kontrolle. Trotzdem wird Drogenkonsum hier gemäß der „Infektionstheorie“ als gefährliche Krankheit mit hohem Ansteckungspotenzial betrachtet, welche auf lange Sicht zu einer „Absage an das Leitbild einer aktiven leistungsorientierten Gesellschaft“ (Hobbing: Strafwürdigkeit der Selbstverletzung S. 71; in: Wang 2003: 71) und „sozialer Destruktion“ (Gülzow: Drogenmissbrauch S. 54/56; in: Wang 2003: 71) führt.

Aus der Annahme, dass sich alle gesellschaftlichen Belange und wirtschaftlichen Verhältnisse an der Produktivität des einzelnen Menschen orientieren, wird der Eingriff in dessen Gesundheit bzw. die Auflage zur Gesunderhaltung legitimiert. „Der Staat muss sich nämlich um die Gesundheit, Ernährung, Lebensdauer, Arbeitsfähigkeit des Individuums und der Bevölkerung kümmern, um das Glück und die Wohlfahrt des Menschen zu schaffen. Insofern ist ein System der Differenzierung für die Ausübung der Staatsmacht wichtig und notwendig.“ (Wang 2003: 78f). „Volksgesundheit“ wird hier zum Unterscheidungskriterium. Einerseits gibt es das „gesunde, vernünftige, normale“ Zentrum der Produktivität bestehend aus Menschen, die keine Drogen konsumieren. Andererseits die „ungesunde, unvernünftige, pathologische“ Peripherie, diese Unterscheidung soll nicht primär ausgrenzend wirken, sondern vielmehr den Wert der Gesundheit und die daraus abgeleitete Abstinenznorm in den Drogenkonsumenten internalisieren. Ihnen soll so die Verantwortung für ihre „Krankheit“ übertragen werden, woraus sich ergibt, dass sie therapeutische Eingriffe annehmen müssen, damit ihnen ihr Status als selbstverantwortlich handelndes Subjekt zugestanden wird. Dies geschieht allerdings nur bei „Krankheitseinsicht“. Das produktive Zentrum erkennt dies ebenfalls und wird mehr soziale Kontrolle gegenüber der Peripherie verlangen, um sie wieder in die gesellschaftliche Ordnung integrieren zu können. „Allerdings birgt das produktive, gestaltende und präventive Modell der Kontrolle die Gefahr, verfassungsmäßig garantierte Eingriffsvoraussetzungen zu vermischen und zu beseitigen.“ (vgl. Wang 2003: 74ff).

3.4.3 § 10a Abs.4

Am 01.4.2000 trat § 10a *Erlaubnis für den Betrieb von Drogenkonsumräumen* in Kraft und damit wurde einem der notwendigsten Harm Reduction Instrumente Raum gegeben. „Das Verbot der Substananalyse in § 10a Abs 4 BtMG soll klarstellen, dass das Personal sich nur um hygienische Konsumbedingungen und um Infektionsvermeidung, nicht aber um aktive

Unterstützung des Drogenkonsums bemühen darf.“ (Körner 2007: 152f). In der Substanzanalyse wird also das strafbare Verschaffen einer Gelegenheit zum unbefugten Erwerb, zur unbefugten Abgabe oder zum unbefugten Verbrauch gem. § 29 Abs.1 Nr.10 oder 11 BtMG gesehen. Gleichzeitig wird aber die Abgabe steriler Einwegspritzen gem. § 29 Abs.1 Satz 2 BtMG explizit nicht als Verschaffen einer Gelegenheit angesehen, weil diese Maßnahme ja auf den Schutz vor gesundheitlichen Risiken abziele. Diese unterschiedliche Rechtsauslegung ist paradox. Ausserdem dürften dann auch Apotheken keine BtM zur Untersuchung entgegennehmen bzw. solche Untersuchungen durchführen oder durchführen lassen, wenn die Substanzanalyse zum Zwecke der Gesundheitsförderung eine strafbare Verschaffung einer Gelegenheit wäre. Denn § 4 BtMG kann das Begehen von Straftaten gem. § 29 Abs.1 Satz 1 Nr. 10 oder 11 BtMG nicht erlauben (vgl. DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2011: 13). Im Zusammenhang mit Substanzanalysen bestehen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Strafbarkeit. „So verneint etwa ein Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages die Strafbarkeit. Auch Körner bezeichnet die Strafbarkeit als „zweifelhaft“ (Körner, Betäubungsmittelgesetz 6. Auflage, § 29, Rn. 1811ff). Einzelne Staatsanwaltschaften sehen jedoch mit dem DrugChecking den Tatbestand des Verschaffens einer Gelegenheit zum unbefugten Verbrauch, Erwerb und zur unbefugten Abgabe von Betäubungsmitteln als gegeben an (Körner, a.a.O.).“ (Deutscher Bundestag: Drucksache 17/2050: 3).

Von allen juristischen Überlegungen einmal abgesehen, haben wissenschaftliche Studien und Praxiserfahrungen mit DrugChecking erbracht, dass ein Mehrkonsum nicht befördert wird (hierzu ausführlich: 5.1 Effizienz & Effektivität von DrugChecking).

Albrecht und Seiler kommen in ihren Rechtsgutachten zu dem Schluss, dass DrugChecking keine Anstiftung und keine Aufforderung zum Drogenkonsum darstellt. Sie beziehen sich dabei auf internationales Drogenrecht (vgl. Albrecht, P. 1997; Seiler, H. 1997; in: DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2011: 14).

Angesichts aller wissenschaftlichen Erkenntnisse von Harm Reduction, stellt § 10a Abs.4 BtMG einen unverständlichen gesetzlichen Rückschritt dar (vgl. Körner 2007: 157). Illegale Heroinzubereitungen mit giftigen Streckmitteln sind keine Ausnahme und nur Substanzanalysen könnten diese identifizieren und somit Konsument_innen vor Gesundheitsschäden bewahren. Forschung und Erprobungsvorhaben müssen als Chance begriffen werden das Betäubungsmittelrecht unter strengen Auflagen zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. Auch das Heroinprojekt, ist ein Beispiel dafür, dass Modellprojekte Wissenschaft greifbar werden lassen und eine objektive Auseinandersetzung mit den evaluierten Ergebnissen ermöglichen. Gerade vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen welche mit DrugChecking unter anderem in der Schweiz, Österreich und Holland gemacht wurden, ist es nicht nachvollziehbar,

warum in Deutschland kein Modellversuch zugelassen wird. Körner merkt hierzu folgerichtig an, dass „trotz dreier Betäubungsmittel-änderungsgesetze und 13 Betäubungsmittelrechts-änderungsverordnungen nach wie vor eine umfassende Überarbeitung des BtMG dringend geboten“ ist (Körner 2007: X).

3.4.4 § 31a Absehen von der Verfolgung

„Verbot und Reglementierung sind Symbol unserer Moralauffassung, aber die wirklich Abhängigen werden praktisch in Ruhe gelassen. Dies bedeutet nicht die offizielle Anerkennung des Drogenmißbrauchs.“ (Bruun; Christie 1991: 183). Bruun und Christie formulierten Alternativen zur totalen Prohibition und gehen davon aus, dass die Zielsetzungen, des Reglementierungs- und Sanktionssystems erhalten bleiben könnten. Um die Kontrollkosten zu senken, würde die Intensität der praktischen Strafverfolgungsmaßnahmen reduziert werden – die Sondervollmachten der Polizei würden zurückgenommen, der Polizeieinsatz reduziert (ebd.). Dies ist nur einer ihrer Grundgedanken, doch er passt inhaltlich am besten zu den Überlegungen in Bezug auf § 31a BtMG.

„Von der Verfolgung soll abgesehen werden, wenn der Täter in einem Drogenkonsumraum Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch, der nach § 10a geduldet werden kann, in geringer Menge besitzt, ohne zugleich im Besitz einer schriftlichen Erlaubnis für den Erwerb zu sein.“ (§ 31a Abs. S. 2 BtMG). Nach der Zulassung von Konsumräumen gem. § 10a BtMG musste nun auch der Besitz geringer BtM-Mengen geregelt werden, da es aufgrund der hohen Fluktuation und auch wegen der Anonymität der Drogenhilfeeinrichtungen utopisch wäre für jede/n Nutzer_in eine Einzelerlaubnis einzuholen.

Fraglich bleibt, ob der Tatbestand des unerlaubten Besitzes überhaupt erfüllt wäre, da der/die Besucher_in die Konsumration lediglich kurzfristig innehat und ein Besitzwillen nicht gegeben ist (denn die Einrichtung wird ja explizit zum Zwecke des schnellstmöglichen Konsums aufgesucht). „Geht man jedoch davon aus, dass Konsumraumbesucher die mitgeführten BtM-Rationen nicht nur kurzfristig innehaben, sondern auch besitzen, so vermag § 31a Abs 1 S 2 BtMG an der materiellrechtlichen Strafbarkeit auch nichts zu ändern, sondern kann nur ein Absehen von Verfolgung erlauben. Im Regelfall soll die Staatsanwaltschaft also von der Verfolgung absehen und ihre grundsätzliche Duldung des BtM-Konsums in dem mit Erlaubnis betriebenen Konsumraum auch als generelle Weisung an die zuständige Polizei weitergeben. Diese hat von der Aufnahme von Ermittlungen abzusehen (vgl. Körner 2007: 1239).

Diese Vorschrift soll den Grundsatz Hilfe statt Strafe verwirklichen, doch es muss noch eine bundeseinheitliche Angleichung der staatsanwaltschaftlichen Einstellungspraxis erfolgen. § 31a BtMG entlastet die Strafverfolgungsbehörden und trägt damit dem zwingenden ver-

fassungsrechtlichen Übermaßverbot Rechnung, indem die Strafverfolgung primär gegen sozialschädliche Schwermriminalität gerichtet wird. Bagatelldelikten von Erst-oder Gelegenheitskonsumenten muss mit Drogenberatung, Drogenhilfe, Drogentherapie und pädagogischen Hilfestellungen -nicht mit Strafe -begegnet werden (vgl. Körner 2007: 1209). Die Betonung liegt hier auf „Erst-oder Gelegenheitskonsumenten“ denen mit milder Nachsicht begegnet wird. Die Realität für Menschen, welche abhängigkeitsbedingt auf Beschaffungskriminalität angewiesen sind beinhaltet nicht so viel Milde.

In Bezug auf die sog. „Cannabis-Entscheidung“ (§ 31a BtMG) aus dem Jahr 1994 kommen Paoli und Schäfer in ihrer Untersuchung zu der Schlussfolgerung, dass unterschiedliche Rechtsanwendungspraxis und Erledigungspraxis in der gegenwärtigen Rechtswirklichkeit problematisch erscheinen. Dies führen sie darauf zurück, dass schon eine genaue Ausgestaltung des Begriffs „Gelegenheitskonsum“ fehlt und daher „lediglich in Fällen der (...) Idealkonstellation von einer gleichmäßigen Rechtsanwendung auszugehen ist.“ Die „Idealkonstellation“ ist lediglich in 20% der untersuchten Cannabisverfahren der Stichprobe gegeben. Sie bezieht sich auf eine größte Einzelmengende von (bis zu) 6 Gramm Cannabis und einen Betreffenden, welcher das 20. Lebensjahr vollendet hat, vorher strafrechtlich noch nicht in Erscheinung getreten ist und durch den keine Fremdgefährdung vorliegt. Für Sachsen und Bayern ist noch anzumerken, dass signifikant häufiger auf Einstellung mit Auflagen zurückgegriffen wird. „Bei anderen Betäubungsmitteln, insbesondere sog. „harten“ Drogen, führen darüber hinaus grundsätzliche Erwägungen zur Anwendbarkeit des § 31a BtMG zu noch deutlicheren Unterschieden.“ (Paoli; Schäfer 2006: 24).

„Albrecht hält dennoch Opportunitätsvorschriften wie den § 31a BtMG für verfehlt, weil die Anklagebehörde zu einer arbeitsintensiveren quasi Entkriminalisierungsbehörde entarte. Da der Gesetzgeber immer weiter vom Legalitätsprinzip abweiche (vgl. Rieß, NstZ 1981, 2ff) und nicht den Mut habe, das materielle Strafrecht vom Ballast unzähliger Bagatelldelikte durch normative Entkriminalisierung zu befreien, müsse die Staatsanwaltschaft durch massenhafte Verfahrenseinstellungen quasi originäre Aufgaben des Gesetzgebers wahrnehmen (krit. auch Hellebrand, ZRP 1992, 249)“ (Körner 2007: 1214). Schneider (StV 1992, 498ff; in: Körner 2007) schlug deshalb keine Entpoenalisierung, sondern echte beschränkte Entkriminalisierung für Besitz und Erwerb von BtM vor. Im Bereich der Tatbestandsmäßigkeit diskutierte er, die Konsumtatbestände durch eine Fremdgefährdungsklausel einzuschränken, wonach nur der BtM-Erwerber und BtM-Besitzer strafbar sei, der die Gesundheit anderer gefährde. Im Bereich der Rechtswidrigkeit hielt er es für möglich, durch eine Sozialwidrigkeitsklausel – ähnlich wie bei § 240 Abs 2 StGB – den Besitz und Erwerb von BtM erst ab einer bestimmten Schwellenmenge für rechtswidrig zu erklären. Auch die Begrenzung der Strafbarkeit durch eine objektive Strafbarkeitsbedingung (strafbar ab x-Gramm) hält Schneider aus kriminal-und gesundheitspolitischen Erwägungen für möglich.“ (Körner 2007: 1214).

4. Entwicklung der Drogenhilfe in Deutschland

Um das junge Hilfesystem zu stabilisieren und eigene Handlungsspielräume zu erwirken, begannen sich Organisationsstrukturen und Institutionen innerhalb der Drogenhilfe zu bilden. Die Reform des Betäubungsmittelrechts (1982) sollte schließlich Klient_innen dazu „motivieren“, sich auf die langwierige Behandlung im Rahmen der therapeutischen Kette einzulassen. Auf das „Psychosoziale Anschlussprogramm (PSAP)“ folgte 1978 ein weiteres Bundesmodellprogramm unter wissenschaftlicher Begleitung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie. „Gefördert wurden zunächst 18, später insgesamt 32 Modelleinrichtungen.“ (Bühringer et al. 1982; in: Schmid 2003: 170).

Die Zielgruppen des Modellprogramms hatten sich erweitert, von Jugendlichen, die illegale Drogen konsumierten, auf solche mit Alkohol-oder generellen Problemen. Das Zugrundeliegen psychischer oder sozialer Differenzen wurde als unbedingte Grundlage für die Entwicklung eines späteren Drogenproblems angesehen. Es wurden nur Beratungsstellen aufgenommen, welche die Mindestkriterien erfüllten und sich an der EBIS-Dokumentation beteiligten. Hier lassen sich erste präventive Interessen erkennen, welche sich in den acht Schwerpunkten des Modellprogramms verwirklichen sollten: Früherfassung von Gefährdeten, allgemeine Beratung, Vermittlung in stationäre Einrichtungen, ambulante psychosoziale Behandlung, Begleitung während des Entzugs, im Krankenhaus und im Strafvollzug, Beratung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen, Nachsorge und Krisenintervention. Die Gestaltung der jeweiligen Interventionsmöglichkeiten war nicht vereinheitlicht, sondern den Einrichtungen selbst überlassen. Trotzdem wurde mittels genauer Organisationsanweisungen (Mindestkriterien) und Zielvorgaben (Abstinenz), die Entwicklung eines speziellen Organisationstyps forciert.

In diesem komplexen Drogenhilfesystem hatten Drogenberater inzwischen eine wichtige Funktion, um die Klient_innen in entsprechende Einrichtungen zu überweisen oder zwischen den Sozialversicherungssystemen, Justiz, Drogenhilfeeinrichtungen und Gesundheitssystem zu vermitteln. Offene Kontaktangebote wurden in den Hintergrund gedrängt, zugunsten hochschwelligerer ambulanter Jugend- und Drogenberatungsstellen. 1980 legten mehrere Bundesländer im Rahmen des „Aktionsprogramm(s) der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs“ (Schmid 2003: 171) Forderungen für den weiteren Aufbau von stationären Therapieangeboten und ambulanten Beratungsstellen vor. Zusätzlich wurden zur effektiveren Rauschgiftbekämpfung in allen Polizeipräsidien entsprechende Kommissariate eingerichtet. Auch wurde in Zusammenarbeit von LKA und BKA der gesamte Kontrollapparat zunehmend auf den 'war on drugs' abgestimmt.

Um möglichst flächendeckende Beratung und Beobachtung zu sichern, wurden für Polizei und Drogenhilfe nicht unerhebliche Summen in die Landeshaushalte eingestellt (z.B.: wurden 1980 12,2 Millionen DM für Jugend- und Drogenberatungsstellen in Hessen veranschlagt), allerdings waren dafür „nicht die erbrachten Leistungen (...) relevant, sondern die Haushaltspläne. Land und Kommunen bezahlten nicht Beratungsstunden, Vermittlungen oder sonstige Tätigkeiten, sondern für die Stellen der Fachkräfte und die benötigten Sachmittel. Damit wurde ein Finanzierungsweg gewählt, der bis heute für Diskussionen und Reformversuche sorgt.“ (Schmid 2003: 171).

1978 noch waren die Krankenkassen primäre Kostenträger für die Entgiftung. Für stationäre Langzeittherapie waren damals schon die Rentenversicherungsträger zuständig. Die Krankenversicherung sollte nur dann einspringen, wenn eine Kostenübernahme durch die Rentenversicherungsträger nicht gegeben war. Im Zuge dessen wurde auch das Antragsverfahren für Entwöhnungsbehandlungen festgelegt, welches einen Sozialbericht und ein ärztliches Gutachten umfasste. Diese Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sollten die Arbeitskraft wiederherstellen.

Auch die Sozialämter waren im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes von der Suchtvereinbarung betroffen und zwar im selben Maße, wie Kostenübernahme von den Krankenkassen gewährt werden würde. Waren also die individuellen Voraussetzungen gegeben und fand sich eine entsprechende Einrichtung, so gab es auch einen gesicherten Kostenträger. Die Finanzierung über die Sozialämter lief schließlich, mit Verweis der Kommunen auf die Empfehlungsvereinbarung, aus. Die Dachorganisationen einigten sich also mit den Rentenversicherungsträgern.

Ende der 70er/ Anfang der 80er Jahre begann die vermehrte Verbindung von Therapie **und** Strafe, denn „für eine Mehrzahl von Drogenabhängigen ist eine sekundäre, eine Zusatzmotivierung notwendig (...) In vielen Fällen ist eine zwangsweise Therapieeinleitung, eine Zwangsentgiftung durch Maßnahmen der Justiz unvermeidbar oder auch sinnvoll als Voraussetzung dafür, daß überhaupt ein therapeutisches Gespräch mit dem Betroffenen geführt werden kann mit dem Ziel, seine Therapiewilligkeit zu wecken bzw. zu ken.“ (Kleiner 1978: 136; in: Schmid 2003: 176).

Es kam also vermehrt zur Strafaussetzung zur Bewährung, bei gleichzeitigem Verhängen einer Therapieauflage. Der Maßregelvollzug selbst, sollte verstärkt zur zwangsweisen Behandlung Drogenabhängiger genutzt werden, zu diesem Zweck wurden innerhalb der Strafvollzugsanstalten Stationen zur „intramuralen Therapie“ eingerichtet. Alle Bemühungen in dieser Richtung führten jedoch nicht zum gewünschten Erfolg und so traten 1982 erste Regelungen mit der Grundlage Therapie **statt** Strafe in Kraft (vgl. ebd.).

4.1 Das Abstinenzparadigma & die Leidensdrucktheorie

Das Abstinenzparadigma fußt auf der Grundannahme, dass nur ein geradliniger Prozess, welcher in absoluter Enthaltensamkeit von illegalen Drogen endet, fähig ist dem abhängigen Individuum die Freiheit über sich selbst wiederzugeben, indem das Symptom der Unfreiheit (die Drogensucht) „geheilt“ wird. Schneider zitiert in diesem Zusammenhang: „Es gilt die offene Drogenszene aufzulösen und den Drogenhandel durch konsequente Strafverfolgung und alle Härte gegen Dealer nachhaltig zu reduzieren.“ (Schneider 2004: 20). In Bezug auf den konsumierenden Menschen verläuft der „Königsweg“ zur Abstinenz dabei wie folgt: Ambulante Beratung in einer Jugend- und Drogenberatungsstelle, von dort aus erfolgt eine Bewerbung für eine stationäre Langzeittherapie. Vorher nimmt der/die Klient_in an einer etwa zweiwöchigen Entgiftung in einem psychiatrischen Krankenhaus teil. Im Anschluss geht es direkt und ohne Unterbrechung weiter in eine stationäre Langzeittherapie. Nach der ein- bis zweijährigen Langzeittherapie („Die Therapiezeit sollte sich an den Erfordernissen eines klientenzentrierten Therapieverlaufes orientieren, sollte aber den Zeitraum von 18 Monaten nicht unterschreiten“ (FDR 1984)“) folgt eine zunächst stationäre Nachsorge. Auch die weitere ambulante Nachsorge darf nicht ausbleiben, diese erfolgt wiederum in der Jugend- und Drogenberatungsstelle. Hier zeigt sich die Dominanz der psychosozialen Drogenhilfe innerhalb der therapeutischen Kette (vgl. Schmid 2003: 169).

Um im therapieunwilligen Individuum Krankheitseinsicht zu erzeugen, bedient man sich der Leidensdrucktheorie, laut der es therapeutisch sinnvoll ist, mittels justizieller Intervention und Verstärkung der Leidenssituation des Abhängigen Therapiebereitschaft zu erzeugen. Wilms verweist hier auf Bühringers Auffassung, „daß justizielle Zwänge sogar besser geeignet seien als sonstige soziale, physische oder emotionale Zwänge unter denen der Abhängige steht, um die Motivation zum Beginn einer Behandlung sowie langfristige Stabilisierung eines drogenfreien Lebens zu unterstützen.“ (vgl. Bühringer in Kreuzer 1998: § 5 Rn. 400Ff; sinngem. in: Wilms 2005: 156). Bei Therapieunwilligen gelte es mit Hilfe einer Entgiftung eine Stabilisierung zu erreichen, um Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft zu erzeugen. Vertreter der Denkrichtung des Initialzwangs gehen sogar so weit, dem drogenabhängigen Menschen seine freie Selbstbestimmungsfähigkeit abzusprechen bzw. selbige als fraglich zu betrachten, da die Abhängigkeit eine drogenspezifische Fixierung hervorrufe (auf Substanz und Drogenmilieu), welche die Mündigkeit aufhebe und die Entscheidungsfreiheit beeinträchtige. Hierin wird auch die Legitimation „helfenden Zwangs“ begründet, welcher den/die Drogenabhängige_n wieder zu freier Selbstbestimmung befähigen soll. Wird der Initialzwang nicht angewandt, werde der abhängige Mensch in Unfreiheit allein gelassen. Was wiederum als „unethisch“ oder gar „inhuman“ bewertet wird (vgl. Wilms 2005: 156).

4.2 Der akzeptanzorientierte Drogenhilfeansatz

Die akzeptanzorientierte Drogenhilfe bildet einen Gegenentwurf zu ausschließlich abstinenzorientierten Konzepten und Strategien aus Drogenpolitik und Drogenhilfepraxis. Sie erkennt grundsätzlich an, dass jede/r Konsument_in einzigartig ist und aufgrund dessen nicht in ein vorgegebenes Therapieschema hineingezwungen werden kann. Wege in die Sucht sind so vielfältig, wie Menschen selbst, folglich gibt es auch keinen „Königsweg“ hinaus. Wo der Eine den „helfenden Zwang“ vielleicht sogar braucht und auch will, bricht die Andere 15 „Zwangstherapien“ ab und wächst schließlich, ohne jeglichen therapeutischen Eingriff, aus der Sucht heraus. Die Dynamik der Suchtverläufe wird akzeptiert, denn „Sucht“ ist kein statischer Zustand, welcher nur durch Therapie, Gefängnis oder Tod zu verändern ist.

Hilfen werden angeboten, nicht „übergestülpt“. Stets im Mittelpunkt steht der Mensch an sich, es werden alltagspraktische und psychosoziale Lebenshilfen zur Verfügung gestellt, unabhängig davon ob in näherer Zukunft eine Abstinenz angestrebt oder der Drogenkonsum fortgesetzt wird. Das zugrundeliegende Menschenbild ist das eines selbstverantwortlichen und zur Selbstbestimmung fähigen Konsumenten, wobei Konsum nicht automatisch mit „Abhängigkeit“ gleichgesetzt wird. Die Arbeit ist stets zielgruppenorientiert und speziell im niedrigschwelligen Bereich so anforderungsarm konzipiert, dass möglichst wenig Hemmschwellen und damit eine entsprechend große Reichweite realisiert werden können. Auf einen Cleanstatus und/oder Abstinenzmotivation als feste Voraussetzungen für den Zugang zu Hilfsangeboten wird verzichtet (vgl. Schuster 2012: 3).

Im Mittelpunkt stehen die Sicherung eines gesunden Überlebens, das Verhindern irreversibler Schädigungen und die Verhinderung sozialer Desintegration. Das sind Grundrechte eines jeden Menschen und ihre Verwirklichung darf nicht von der Aufgabe der Selbstbestimmung abhängig gemacht werden. Die Konsumierenden sollen beim Erlernen eines selbstverantwortlichen, kontrollierten Drogengebrauchs unterstützt werden, um zwanghafte Gebrauchsmuster vermeiden zu können. So wird es möglich, längere Drogenkontrollphasen (mit Substitut oder ohne) und somit eine individuelle Herauslösung aus der Drogenszene zu erreichen. Grundvoraussetzung hierfür ist natürlich die Selbstveränderungsmotivation des Menschen (vgl. Schneider 2004: 19). Die Grundannahme ist: „Du kannst dem/r Klient_in nur so weit helfend zur Seite stehen, wie er/sie selbst bereit ist zu gehen!“. Diese Annahme kollidiert unweigerlich mit dem vorgegebenen Abstinenzparadigma der aktuellen Drogenpolitik, welches kollektive Nüchternheit (in Bezug auf illegale Substanzen) zu erzwingen sucht und nicht bereit ist von der vereinfachten Kausalkette (Persönlichkeitsdefizit-Soziale Probleme-Abhängigkeit-Therapie-Abstinenz) abzuweichen.

4.2.1 Drogenmündigkeit

Drogenmündigkeit gestaltet sich als ein Zusammenspiel technischer, sozialer, kultureller, reflexiver, emotionaler, sinnlicher und ethischer Kompetenzen, welche auf der individuellen, kollektiven und gesellschaftlichen Ebene von multifaktoriellen Bedingungen beeinflusst und geprägt wird. Emanzipierter und unproblematischer Umgang mit psychoaktiven Substanzen muss im Rahmen des Mündigkeitskonzepts das Ziel sein. Das bedeutet: Die Risikolust der Jugend ist anzuerkennen, deren positive Aspekte sind zu fördern und die Nachteile auf ein Minimum zu bringen. Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist soziale Realität und es muss daher zu einer Anpassung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen kommen. Auf eine ausschließlich psychologisierende Betrachtung wird verzichtet, stattdessen wird sich um Normalisierung bemüht (vgl. Barsch 2001: 1).

Die gesellschaftliche Denkrichtung hingegen, beruht auf der Annahme der Gefährlichkeit des Drogenkonsums. Erstens wird suggeriert Drogenkonsum habe generell einen unsicheren Ausgang für Menschen. Zweitens wird daraus geschlussfolgert Drogenkonsum sei „falsches Verhalten“ und müsse unterlassen oder zumindest minimiert werden. Drittens müsse dort, wo Verzicht nicht möglich ist, mit besonderen Kontroll- und Schutzmaßnahmen eingegriffen werden. Dies ist eine sehr negativistische und krankheitsorientierte Sichtweise, die von der substanzfixierten Sichtweise auf Drogen herrührt. Einerseits werden chemische Formeln als operationalisierbare pharmakologische Größen angeführt, andererseits liefert das biologische/neurologische Wissen über Hirnbereiche und Rezeptorsysteme effektive Grundlagen für Alltagsmythen und rein biochemische Erklärungsmodelle. Psychoaktiven Substanzen wird somit eine pharmakologische Eigengesetzlichkeit und Unberechenbarkeit zugeschrieben, die dann die Grundlage für ein statisches Kausalmodell der Unbeherrschbarkeit des Drogenkonsums bildet. „Auf diese Weise wird es unmöglich, Drogenkonsum als Prozess in einem offenen System zu erkennen, in welchem den handelnden Menschen eine eigenständige Rolle zukommt.“ (Barsch 2001: 2).

Argumentationen dieser Art beinhaltet das Mündigkeitskonzept nicht. Die Grundannahmen sind: Erstens ist Drogenkonsum nicht grundsätzlich ein Risiko, sondern er kann unter bestimmten Bedingungen zu einem werden. Der handelnde Mensch ist selbst dafür verantwortlich, ob sich dieses Risiko auch tatsächlich realisiert. Zweitens erkennt der Mensch den Umgang mit psychoaktiven Substanzen und Drogenkonsum ist eine Fähigkeit/Verhalten, welches sich jeder Mensch aneignen kann. Drittens zielt der Prozess nicht auf ein „Herrschen“ der Substanzen ab, in dem Sinne, dass „Drogen für egozentrische Bedürfnisse funktionalisiert, grenzenlos und unreflektiert für sich vereinnahmt und für eine Ausbeutung von Körper, Seele und Geist benutzt werden.“ (Barsch 2001: 3).

Im Konzept der Drogenmündigkeit wird von normierender Einflussnahme auf das Verhalten von Menschen abgesehen, da diese als nicht notwendig und überdies wenig geeignet angesehen wird. Paternalistische Regulierungsversuche „von oben“ erleiden bei Konsument_innen, die sich ja selbst als handlungsfähig und selbstverantwortlich definieren, einen Akzeptanzverlust. Aufoktroierte Vorgaben, welche Regulierung bewirken sollen, sind auf unsere Gegenwartsgesellschaft mit ihren pluralisierten Lebensstilen und diversifizierten Drogenkonsummustern nicht mehr anwendbar. Das Konzept der Drogenmündigkeit ist daher auch nicht darauf ausgerichtet, für jede neue Motiv-, Situations-, oder Verhaltensweise der Konsument_innen ein fundiertes Regelwerk zu bilden, sondern hat vielmehr den Anspruch, flexibel auf diese Veränderungen zu reagieren und mit ihnen zu arbeiten. Das bedeutet nicht, dass Risiken in Bezug auf Drogenkonsum unberücksichtigt bleiben. Es wird jedoch darauf verzichtet mittels direkter Verhaltensindoktrination auf sie zu reagieren. So genügt es nicht den Menschen den „Risikoabwehr-Plan“ auswendig lernen zu lassen, sondern das Individuum muss in der Entwicklung komplexer Handlungsfähigkeiten gefördert und begleitet werden, um in Alltagssituationen selbstständig eine angemessene Drogenkonsumform für sich verwirklichen zu können. Angemessenheit des Drogenkonsums ist hier nicht mit alleiniger Berücksichtigung der Gesundheit gleichgesetzt, vielmehr umfasst sie alle Lebensbereiche. „Nicht immer ist ein Urteil darüber so einfach, wie bei der Konfrontation mit volltrunkenen Personen in der Öffentlichkeit. In dieser Situation, [ist] die Würde und Integrität der TrinkerIn nachhaltig lädiert, werden offensichtlich Grenzen der Angemessenheit überschritten, auch wenn damit keine ernsthafte Beeinträchtigung der Gesundheit verbunden sein muss.“ (Barsch 2001: 6).

Im Erklärungsmodell zur Entstehung von negativen Konsummustern wird von rein „individualisierenden Zuweisungen“ Abstand genommen, denn individuelles Konsumverhalten entsteht immer aus einer Verknüpfung subjektiv-biographischer, interpersoneller, kultureller und soziokultureller Entwicklungs- und Handlungskomponenten, es ist niemals rein subjektiv.

Die folgenden Überlegungen zu den Umfassensbereichen von Drogenmündigkeit sind als Anregungen zu verstehen. Barsch weist in diesem Zusammenhang explizit darauf hin, dass kein Anspruch bezüglich Vollständigkeit besteht, sondern das Konzept Drogenmündigkeit in ständiger Weiterentwicklung begriffen ist, welche vor allem von den Kompetenzen drogenkonsumierender Männer und Frauen zu profitieren vermag und sich nicht allein auf das Fachwissen von Expert_innen der verschiedenen Fachrichtungen ausruhen darf. Nach heutigem Wissensstand ergeben sich folgende Kernbereiche von Drogenmündigkeit: Drogenkunde, Genussfähigkeit, Kritikfähigkeit und Fähigkeiten zum Risikomanagement.

Drogenkunde soll zunächst *informativ* Wissen und Kenntnisse über Drogen vermitteln. *Technisch* sollen nicht nur konsumbezogene Fähigkeiten, sondern auch das Erschließen der vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten von Drogenkonsum vermittelt werden. *Kulturelle* Kompetenzen sind Sinnerwerb und Sinnsetzung als auch ein Erkennen der kulturellen Codes und der Umgang mit ihnen. Diese Kenntnisse befähigen das Individuum, nicht einfach nur vor sich hin zu konsumieren, sondern den kulturellen und gesellschaftlichen Rahmen in den Drogenkonsum miteinzubeziehen und sich kritisch damit auseinanderzusetzen.

Genussfähigkeit wird in unserer Gesellschaft mit Konsum gleichgesetzt (nach dem Motto: „Du willst es. Du kaufst es. Du vergisst es!“). Die *kulturelle* Dimension von Genussfähigkeit bedarf daher einer kritischen Auseinandersetzung mit den Genusssnormen der jeweiligen Drogenkultur, denn nur so wird ein Hinterfragen vorgegebener Rationalisierungen, Symbolisierungen, Beweggründe und Inszenierungen des Drogenkonsums möglich.

Technisch gesehen ermöglichen Kontrollfertigkeiten nicht nur eine Übersicht der möglichen Wirkungen von Drogen, sondern auch die bewusste Gestaltung der sozialen Situation (Set und Setting). Des Weiteren erwächst daraus die Fähigkeit, Handlungsorientierungen herstellen zu können und Verbindungen zwischen „Drogenkonsum“ und „Lebensstil“ zu erkennen. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig den substanzfixierten Blick abzulegen, denn Drogenkonsum tritt nicht isoliert auf, sondern ist in die komplexen Lebensbezüge der/des Konsument_in und deren/dessen soziale Bezugsgruppen integriert. Ein/e mündige/r Konsument_in sollte in der Lage sein die wechselseitigen Bezüge zwischen eigenem Konsummuster und anderen Orientierungen, Interpretationen, biographisch geprägten Gewohnheiten, Rollen und Zukunftsentwürfen herstellen zu können.

Motivational gesehen hängt die Genussfähigkeit davon ab, für welche Drogen der/die Konsument_in sich entscheidet. Welche Substanzwirkung als angenehm empfunden wird variiert von Mensch zu Mensch und nur eine Erfahrung, welche als sinnlich erlebt wird, kann auch genossen werden. Im realistischen Einschätzungsvermögen von Situationen manifestieren sich die *analytischen* Elemente der Kritikfähigkeit. Es gilt also zu erwägen wie viel, von welcher Substanz, an welchem Ort und in welcher Konsumform zu sich genommen werden kann (z.B.: tritt Entzückigkeit am Arbeitsplatz auf, so wäre es der Situation eher angemessen eine kleine Menge Heroin nasal zu konsumieren, um bis zum Feierabend durchzuhalten. Wohingegen es sich als kontraproduktiv erweisen würde, intravenös eine große Menge zu konsumieren und überdosierte von einem/r Kolleg_in auf der Toilette aufgefunden zu werden.).

Als wesentliches Element ist hier die kritische *Selbstreflexion* zu nennen, also die Fähigkeit in Bezug auf sich selbst „die Funktionen und Rolle des jeweils praktizierten

Drogenkonsums in der jeweiligen Situation, der konkreten Gemeinschaft und der persönlichen Biographie kritisch vergewissern [zu können] und ggf. Korrekturen an den getroffenen Entscheidungen“ vorzunehmen (vgl. Barsch 2001: 8).

Wird das eigene Konsumverhalten als kritisch eingestuft, so ist es notwendig sich Hilfe zu holen, also Gebrauch von den persönlichen Ressourcen in Bezug auf das eigene Risikomanagement zu machen. Dies sind wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten für *sozial* und *ethisch* verantwortlichen Drogenkonsum (indem z.B. auch die Risiken für andere wahrgenommen und im Handeln berücksichtigt werden). Produktive Risikobewältigung kann nur geschehen, wenn ein komplexes Einschätzungsvermögen der Situation gegeben ist. Erstens muss die Situation realistisch bewertet werden, zweitens müssen die zugrundeliegenden Defizite erkannt und mit verfügbaren Ressourcen in Zusammenhang gebracht werden, drittens sind daraus „angemessene Konsequenzen für die Gestaltung des Drogenkonsums“ zu ziehen (vgl. ebd.).

Die Möglichkeit der Entfaltung von Drogenmündigkeit wird in wesentlichem Maße dadurch bedingt, ob und in welcher Form kollektive Verständigungsprozesse stattfinden bzw. ob sie überhaupt zugelassen werden. In unserer von protestantischer Ethik geprägten Gesellschaft konnte diese Auseinandersetzung unter Berufung auf medizinisch-zweckrationale Perspektiven bis jetzt erfolgreich verhindert werden. Stattdessen wird weiterhin Selbstkontrolle, Affektverdrängung, Triebregulierung und Rationalität propagiert. Doch genau die fehlende Regelung und gesellschaftliche Einigung über das Ausmaß sozial akzeptierter Selbstkontrolle erschwert die Entwicklung von Drogenmündigkeit immens. Ein kollektiver Konsens zu dieser Thematik würde Drogenkonsument_innen klare Orientierungspunkte und Bewertungsmaßstäbe für „angemessenen Konsum“ liefern, anhand derer sie ihr eigenes Verhalten kritisch reflektieren könnten. Es ist nicht zu erwarten, dass dieser Zustand in unserer gesellschaftlichen Realität in absehbarer Zeit eintreten wird.

Innerhalb der sozialen Gruppen ist Verhalten immer eingebunden in kulturelle Handlungsspielräume und Verhaltensmodelle. Der kulturelle Einfluss der Gesellschaft zeigt sich selbst in Geschmackspräferenzen. Folglich kann Drogenmündigkeit nicht einfach auf Forderungen nach Selbstverantwortung und Selbstkontrolle verkürzt werden. Eine Gesellschaft deren Kultur zu Exzess und Missbrauch von Drogen (z.B.: „Flatrate-Saufen“) animiert, darf als Einflussfaktor auf die Drogenmündigkeit nicht unterschätzt werden.

„Individuelle Drogenmündigkeit kann in ihrer Qualität nicht völlig anders sein, als die Drogenmündigkeit sozialer Gruppen und die Drogenmündigkeit einer Gesellschaft als Ganzes. Insofern bringt jede Gesellschaft die Drogenmündigkeit hervor, die sie verdient!“ (Barsch 2001: 10).

Drogenmündigkeit kann nicht durchgesetzt werden, sie muss sich entwickeln. Expert_innen aller beteiligten Fachrichtungen müssen sich auf Augenhöhe begegnen und gemeinsam Raum und Zeit für die Entwicklung einer Drogenkultur in unserer Gesellschaft entstehen lassen. Hauptakteure sind hier die drogenkonsumierenden Frauen und Männer, ihre sozialen Netzwerke und Selbsthilfebezüge, denn sie sind die wahren Expert_innen auf diesem Gebiet. Dieser notwendige Prozess wird aktuell noch immer durch Kriminalisierung und Diskriminierung verhindert und im Namen der globalen Prohibition sogar der produktiven Möglichkeiten beraubt und deformiert. Die Entwicklung einer Drogenkultur und somit auch Drogenmündigkeit braucht straffreie Räume, als Voraussetzung für soziale Unterstützung und um eigene Wertmaßstäbe und Sinnsysteme bilden zu können.

Nicht nur die Drogenpolitik muss angepasst werden, sondern die Soziale Arbeit muss aus ihrem Doppelmanat „erzieherische Kontrolle – Hilfe zur Abstinenz“ entlassen werden. Die akzeptanzorientierte Drogenhilfearbeit bewegt sich bereits in die richtige Richtung, doch muss ihr mehr Gestaltungsspielraum zugestanden werden, um tatsächlich bedürfnis- und partizipationsorientierte Förderung verwirklichen zu können.

4.2.2 Harm Reduction

„Harm Reduction (Schadensminimierung) umfasst Methoden, Programme und Praktiken, die darauf abzielen, die individuellen und gesellschaftlichen Schäden des Gebrauchs von psychoaktiven Drogen von Menschen zu reduzieren, die nicht in der Lage oder nicht willens sind, deren Gebrauch einzustellen. Die Hauptmerkmale des Harm Reduction Ansatzes sind auf die Vermeidung gesundheitlicher Schäden der Drogeneinnahme gerichtet – im Gegensatz zu einer Verhinderung des Drogenkonsums an sich – und der Fokus liegt auf Menschen, die weiterhin Drogen nehmen.“ (ihra.net 2010).

Im Zusammenhang mit der Verbreitung des HI-Virus unter injizierenden Drogenabhängigen rückte die Notwendigkeit für Harm Reduction und andere schadensminimierende Ansätze zunehmend in die öffentliche Diskussion. Harm Reduction ist ein begleitendes Element, welches an Drogenhilfemaßnahmen jeglicher Art mit angehängt werden kann. Die Grundannahme ist akzeptanzorientiert, d.h. für den Zugang zu medizinischer Versorgung oder den anderen angebotenen Behandlungsmöglichkeiten ist kein „Cleanstatus“ oder „Abstinenzwille“ erforderlich, denn „Menschen an vermeidbaren Ursachen leiden oder sterben zu lassen, [nur weil sie nicht die totale Nüchternheit anstreben] darf keine Option sein.“ (ebd.).

Die bewusste Inkaufnahme einer Schädigung von Individuen im Namen von Drogenbekämpfung und Drogenprävention ist grundsätzlich abzulehnen.

Harm Reduction zielt jedoch nicht nur auf die Reduzierung oder Verhinderung gesundheitlicher Schäden ab, sondern beinhaltet auch Hilfe in Bezug auf negative soziale und ökonomische

mische Folgen des Gebrauchs legaler und illegaler Drogen, sowie Arbeit mit Familie, Umfeld und Gemeinwesen und tritt klar gegen Stigmatisierung und Ausgrenzung ein. Grundsätzlich basiert der zielorientierte Harm Reduction Ansatz auf den Prinzipien des öffentlichen Gesundheitswesens und verpflichtet sich zur Achtung der Menschenrechte, fördert Respekt und Toleranz.

Methoden und Praktiken sollen auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, sich praktikabel und kostengünstig gestalten, sowie einen hohen Wirkungsgrad aufweisen. Um den hohen Wirkungsgrad realisieren zu können, ist es unbedingt notwendig auf Zwang zu verzichten und sich stattdessen an den individuellen Bedürfnissen des Menschen zu orientieren und die Hilfsangebote entsprechend anzupassen. Praktikablen Lösungen ist stets der Vorzug zu geben (z.B.: Überleben sichern, vor irreparablen Gesundheitsschäden schützen, Gesundheit erhalten). „Abstinenz gilt in dieser Hierarchie als erstrebenswertes aber schwer realisierbares Ziel.“(ihra.net 2010).

Vor diesem akzeptanzorientierten Hintergrund, setzt sich Harm Reduction für eine Drogenpolitik ein, welche die Würde des Menschen nicht antastet. Die Annahme, als Drogengebraucher habe man seine Menschenrechte verwirkt, ist in höchstem Maße inakzeptabel. Maßnahmen, welche begleitende Risiken des Drogenkonsums zusätzlich verstärken, müssen aufgezeigt, kritisiert und es muss gegen sie eingetreten werden. In diesem Zusammenhang ist es unbedingt notwendig, dass denjenigen Menschen (z.B.: Sozialarbeiter in der Drogenhilfe, aber vor allem auch die Drogenkonsumenten selbst) an Planung und Weiterentwicklung von Maßnahmen und Programmen aktives Mitsprachrecht gegeben wird, da sie hinterher auch von den Entscheidungen betroffen sind. Politische Maßnahmen, die sich nicht an der Realität orientieren (können, weil sie „nur von oben herab schaut“), sind von vorn herein zum Scheitern verurteilt (vgl. ihra.net 2010).

5. DrugChecking

„Es ist der Erinnerung wert, dass bei Reinheit und richtiger Dosierung nicht die Drogen an sich gefährlich sind, sondern die Beimengungen der Substanz, der Kontext ihres Konsums und der persönliche, eventuell durch Kriminalisierung verelendete Zustand des Konsumenten. Gemessen am geschützten Rechtsgut Volksgesundheit bzw. dem angenommenen Gefährlichkeitsgrad der Drogen ist es unsinnig, stereotyp an Markt oder Wirkstoffmengen anzuknüpfen. Man kann sagen: Je stärker gestreckt, desto gefährlicher der Stoff; je reiner, desto ungefährlicher, wenn der Konsument die Konzentration kennt.“ (Böllinger 2002: 466f). Daraus folgt: „Nur wer ganz genau weiß, was er/sie da eigentlich „snieft“, raucht, schluckt oder spritzt, kann ein ganz persönliches Risikomanagement verwirklichen.“ (Felix von Ploetz 2010).

„Als „DrugChecking“ wird die Möglichkeit für Drogenkonsumenten bezeichnet, auf dem Schwarzmarkt erworbene, zum Eigenkonsum bestimmte psychoaktive Substanzen auf ihre qualitative und quantitative Zusammensetzung hin untersuchen zu lassen und die Testergebnisse zurückgemeldet zu bekommen.“ (DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg (06.Mai.2011)).

Illegale Drogen sind nur auf dem Schwarzmarkt zu erwerben und unterliegen dementsprechend keinerlei Qualitätskontrollen. Für den Endverbraucher bedeutet das, dass sie gezwungen sind Produkte von schwankender bzw. ungenügender Qualität zu erwerben. Dies birgt ein unüberschaubares Gesundheitsrisiko und verhindert einen reflexiven Umgang mit den konsumierten Substanzen. DrugChecking soll mit Hilfe von quantitativen und qualitativen chemischen Analysen möglichst genau Auskunft über Reinheitsgehalt und Inhaltsstoffe bzw. Beimengungen des überbrachten Materials geben. Auf diese Weise kann auch vor besonders gesundheitsschädlichen Präparaten gewarnt werden.

Mittels Monitoring liefert DrugChecking ausserdem Daten zu Drogentrends und kann somit für Aufklärungs- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen herangezogen werden. DrugChecking ist also eine Strategie der Gesundheitsförderung im Bereich des Konsums psychoaktiver Substanzen, die kurzfristig akute Gebrauchsrisiken reduzieren hilft und längerfristig risikobewusstere Gebrauchsmuster begünstigt. Ebenso können vielfältige Informationen über psychoaktive Substanzen auf dem Drogenmarkt und deren Zusammensetzung evaluiert werden, was wiederum den Horizont der Drogenarbeit erweitert. Konsument_innen wird der Zugang zu substanzspezifischen Informationen ermöglicht der Zugang zum Drogenhilfesystem erleichtert (vgl. DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2011: 7).

5.1 Effizienz und Effektivität von DrugChecking

Rüdiger Schmolke ist Leiter der Suchtpräventionsfachstelle Chill out in Potsdam und hat sich mit der Effektivität und Effizienz von DrugChecking-Projekten auseinandergesetzt, unter besonderer Berücksichtigung der EU Studie „Auswirkungen von Pill-Testing-Programmen auf das Konsumverhalten und das Risikobewusstsein von Gebrauchern synthetischer Drogen“. Hierzu hat er eine Literaturanfrage bei deutschen DrugChecking Projekten gestartet und Ergebnisse verschiedener Userbefragungen ausgewertet. Es konnten keine deutschen Studien zum Vergleich herangezogen werden, da keine existieren. Es handelt sich um Querschnitt- und Einzelstudien, die sich explizit auf Ecstasy und die dazugehörige Partyszene beziehen. Wie z.B. die Userbefragung von Benshop/ Cort/ Rabes (2002) des Kriminologischen Instituts der Uni Amsterdam, der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Senn 2007) und den Bericht der National Alcohol and Drug Research Central von Johnston et al. (2006). Auch Dr. Terpe et al. nehmen in der Drucksache 17/2050 (Gesundheitliche Risiken des Drogengebrauchs verringern – DrugChecking ermöglichen) des Deutschen Bundestages Bezug auf diese Studien (Deutscher Bundestag (Drucksache 17/2050: 2)).

Schmolke kommt zu folgenden Ergebnissen: DrugChecking-Angebote müssen für die Nutzer glaubhaft sein, also auf ehrliche Aufklärung angelegt sein, statt zu moralisieren. Johnston et al. stellten fest, dass 84% der befragten Ecstasy-Konsumenten zumindest manchmal den Versuch starten genaueres über die Inhaltsstoffe der erworbenen Produkte zu erfahren (zuerst werden Freunde und/ oder der Dealer befragt). 63% gaben an, dass sie DrugChecking-Angebote nutzen würden, wenn denn welche vorhanden wären.

Die 3 Länder Studie hat folgende „Testmotivationen“ herausgefunden:

1. Neugier – „Ich will die Inhalte des Produkts wissen.“
2. Angst/ Warnungen vor gefährlichen Stoffen – „Andere warnen“
3. Gesundheitliche Interessen – „Aus Sorge um gesundheitliche Schäden“
4. Den Dealer testen – „Was verkauft der mir eigentlich?“

Eines der Hauptargumente gegen DrugChecking ist der Vorwurf, es würde Drogen die Gefährlichkeit nehmen und (jungen Erst-) Konsumenten Unbedenklichkeit in Bezug auf Drogenkonsum generell suggerieren. Doch es konnte ein gegenteiliger Effekt festgestellt werden, denn DrugChecking senkt die Hemmschwelle für eine Kontaktaufnahme zu professionellen Einrichtungen der Drogenhilfe und erhöht somit die Reichweite des Hilfesystems und den Wirkungskreis der Drogenarbeit. 80% der Konsumenten sind allein wegen DrugChecking mit professionellen Einrichtungen in Kontakt getreten.

> 50% wollen zunächst nur das DrugChecking-Angebot nutzen, ohne Beratung. Die weiteren Beratungsangebote, welche in erster Linie der Risikokommunikation dienen, werden später jedoch auch genutzt und die Konsumenten werden somit zu einem reflektierteren Umgang mit den Substanzen und den dazugehörigen Gebrauchsrisiken angeregt. Parallel wird weniger auf Informationen konsumierender Peers oder Dealer vertraut (vgl. Schmolke 2008).

In Bezug auf Testhäufigkeit und Information konnte festgestellt werden, dass Konsumenten, die das DrugChecking als vertrauenswürdige Informationsquelle erachteten dieses auch öfter nutzten und zusätzlich begannen, sich selbstständig weitere Informationen einzuholen (z.B. via Internet). Somit erhöht DrugChecking auch die Reichweite für differenziertere Präventionsbotschaften und wirkt der Mystifizierung der Drogen **entgegen**. Je länger und öfter Konsumenten Drugtests nutzen, desto größer wird ihr substanzbezogenes Wissen und desto sicherer ist ihr Partyverhalten (z.B. Pausen einlegen beim Tanzen, viel trinken, etc.).

DrugChecking ist nicht nur ein effektives Instrument des Verbraucherschutzes, sondern rettet Menschenleben, indem Warnungen für gefährliche Substanzen herausgegeben werden können. Ein weiteres wichtiges Argument der Gegner von Substanzenanalysen bezieht sich darauf, dass Dealer die festgestellte Produktqualität als „Aushängeschild“ missbrauchen könnten und somit illegale Produkte befördert werden würden. Gesundheitspolitisch betrachtet sollte jedoch den Konsumenten die Möglichkeit gegeben werden, wenigstens Kenntnis über die beigemengten „Streckmittel“ zu erhalten und möglichst sauberen „Stoff“ zu erhalten, wenn sie schon gezwungen sind auf dem illegalen Markt einzukaufen. Folgt man diesem Ansatz wäre es durchaus logisch, dass Dealer, die grob verunreinigte Waren oder Waren mit geringem bzw. gar keinem Wirkstoffgehalt anbieten nicht mehr frequentiert werden. Diese indirekte Kontrolle wirkt also disziplinierend auf den Schwarzmarkt ein und kann so zu einer Verbesserung der Qualität der Drogen führen (vgl. akzept e.V. Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit :2).

Der Vorwurf, DrugChecking würde eine Unbedenklichkeit gegenüber Drogenkonsum erzeugen oder diesen gar verharmlosen, konnte also nicht nur gänzlich widerlegt werden, sondern es hat sich auch gezeigt, dass DrugChecking den Wirkungsbereich anderer Präventionsangebote/ -maßnahmen sogar zusätzlich erhöht (vgl. Schmolke 2008).

5.2 Rechtliche Aspekte von DrugChecking

Sofern DrugChecking der Gesundheitsvorsorge in Drogenberatungsstellen dient, könnte es eigentlich von den Polizeibehörden respektiert werden. Dies widerspricht allerdings eindeutig ihrem gesetzlichen Auftrag, der sie dazu verpflichtet dafür Sorge zu tragen, dass Betäubungsmitteluntersuchungen auf den vorgegebenen Personenkreis beschränkt bleiben. Bei diesem Personenkreis handelt es sich gem. § 4 Abs.1 Nr.1e BtMG um den Betrieb einer

Apotheke und gem. § 4 Abs.2 BtMG um die mit der Untersuchung von BtM beauftragten Bundes- und Landesbehörden. Folglich können Untersuchungen durch unbefugte Untersuchungsstellen nicht toleriert werden.

Auch die Entgegennahme, die Aufbewahrung, Untersuchung und Weiterleitung von BtM durch Drogenberater stellt einen Verstoß gegen § 29 Abs.1 BtMG in Form des strafbaren Erwerbes, Sich-Verschaffens, Besitzes bzw. Abgabe von BtM dar, sofern keine Erlaubnis nach § 3 BtMG vorliegt (vgl. Körner 1997).

§§ 152 Abs.2, 160 Abs.1 der Strafprozessordnung verpflichten, gemäß dem Legalitätsprinzip, die Polizei bei bestehendem Verdacht auf den Besitz von BtM gegen den Besitzer zu ermitteln. Ferner hält „das BfArM (...) die Entgegennahme, Aufbewahrung, Untersuchung und Weitergabe von BtM zum Zwecke der Drogenuntersuchung nur durch Apotheker und staatliche Untersuchungsstellen für zulässig. Drogenuntersuchungen durch Drogenberater, Drogenberatungslehrer, Therapeuten, Trainer oder Privatpersonen sind nach Auffassung des BfArM verboten und strafbar. Anträge auf Ausnahmegenehmigungen gem. § 3 Abs.2 BtMG wurden nicht erteilt (vgl. Schreiben v 9.2.1996 – GVT1-7535; Schreiben v 9.10.1996 – GS 4.1.A. 9307-32714/96).“ (Körner 2007: 116).

Leider kollidieren gesundheitspolitische Interessen häufig mit dem BtM-Strafrecht. Nach Prof. Nestlers² Ansicht wird es schwierig eine generelle Erlaubnis für DrugChecking zu erwirken. Allerdings wäre es -wenn überhaupt -möglich für eine spezielle Ausnahmesituation (in Gestalt eines Forschungsprojekts) eine Erlaubnis zu bekommen. Ähnlich wie beim Diamorphinprojekt, welches lediglich auf politischer Grundlage und zwar als Forschungsprojekt auf Grundlage der grundgesetzmäßig festgelegten Forschungsfreiheit (GG, Artikel 5) ins Leben gerufen werden konnte. „Die Chance eine Erlaubnis für Substanzanalyse zu bekommen, ist solange schlecht, wie das Bundesinstitut für Arzneimittel nicht durch seine politische Aufsicht (das Gesundheitsministerium) die Anweisung bekommt so etwas zu erlauben. Es handelt sich also um eine politische Diskussion und verwaltungsrechtliche Streitigkeit.“ (Nestler 2008). Ein Mittel zur Durchsetzung eines Forschungsprojekts wäre eine politische Diskussion zu beginnen. Es muss belegt werden, wie auch bei Konsumräumen und Spritzentausch, dass es sich um eine drogenpolitisch sinnvolle Angelegenheit handelt, welche gesundheitspolitisch sinnvolle Maßnahmen im Rahmen des BtM-Rechts rechtfertigt (vgl. ebd.).

² Prof. Cornelius Nestler lehrt am Institut für Strafrecht und Strafprozessrecht der Uni Köln. Er ist auch als Strafverteidiger tätig und verteidigte in den 90ern die Mitglieder von „eve & rave“. Vertrat die Stadt Frankfurt gegen die Bundesregierung zur Zulassung der Heroinvergabe (Diamorphinprojekt). Habilitierte zur verfassungs- und strafrechtlichen Legitimität des BtMG. Und setzte sich mit der Frage auseinander, ob das Betäubungsmittelstrafrecht überhaupt wirksam gegen BtM-Kriminalität ist.

5.3 Begriffsdefinitionen

Der Begriff „Drogenszene“ ist geprägt durch die gesamtgesellschaftliche Wahrnehmung und eine selbstverständliche Benutzung des Wortes für sämtliche drogengebrauchsbezogenen Verhaltensweisen (vgl. Kemmensies 1995). Um inhaltlich klarzustellen auf welche Personengruppen sich die folgenden Ausführungen beziehen, werden hier zunächst Begriffsdefinitionen vorgenommen.

Zum Thema DrugChecking liegen aktuell nur Forschungsergebnisse für die Partydrogenszene/ Technoszene vor. An dieser Stelle wird überprüft inwieweit die vorliegenden Ergebnisse in Bezug auf Effektivität und Effizienz von DrugChecking trotz der jeweiligen szenespezifischen Charakteristika auch auf die „offene Drogenszene“ anwendbar sind.

5.3.1 Partydrogenszene

Wenn im Folgenden von der „Partydrogenszene“ die Rede ist, so wird der Begriff auf Menschen bezogen, die sog. „Partydrogen“ (Ecstasy, MDMA, Amphetamine, „Speed“, Kokain, etc.) konsumieren. Cousto et al. definieren Partydrogen als alle legalen und illegalisierten Substanzen, die in dem spezifischen kulturellen Umfeld einer Party explizit der Party- und Tanzkultur der Technobewegung als Stimulanzien in Gebrauch sind (vgl. Cousto et al. 2000: 16). Weiterhin wird, wie der Begriff schon anklingen lässt, davon ausgegangen, dass in der Partydrogenszene zur Freizeitgestaltung und nicht primär aufgrund von Abhängigkeit konsumiert wird. Abhängige Konsummuster sind hier nicht hauptsächliches Zuschreibungskriterium der Szene.

5.3.2 Offene Drogenszene

Der Begriff „offene Drogenszene“ wird in der vorliegenden Arbeit für Gebraucher_innen sog. „harter“ Drogen (Heroin, Kokain, Crack) verwendet. Inbegriffen sind alle möglichen Applikationsformen, langjähriger polyvalenter Substanzgebrauch und/oder exzessiver Crackkonsum, körperliche, seelische und soziale Verelendung, sowie starke Beeinträchtigungen in juristischer und finanzieller Hinsicht (vgl. Jugendhilfe e.V. 2007-2010). Abhängigkeit ist hier „notwendiges“ bzw. zentrales Zugehörigkeitskriterium.

Kemmensies zitiert in diesem Zusammenhang Bless/et al. (1995: 128) die eine „offene Drogenszene“ als eine größere Konzentration von Gebraucher_innen illegaler Drogen in innerstädtischen Bereichen definieren.

Zudem verweist er auf die Wandlungsprozesse und die unvorhersehbare Entwicklungsdynamik, welcher die Szene unterworfen ist (vgl. Kemmensies 1995).

5.3.3 Schlussfolgerungen zur Anwendbarkeit

Für Menschen, die „harte“ Drogen konsumieren und schwerwiegende körperliche und psychosoziale Probleme haben liegen bislang kaum Praxiserfahrungen und keine Forschungsergebnisse zum Einfluss von DrugChecking vor. Ob und inwieweit DrugChecking auch für diese Personengruppe ein geeignetes Angebot darstellt, muss derzeit als offen gelten. Aufgrund der positiven Ergebnisse im Bereich der „Partydrogen“ muss jedoch davon ausgegangen werden, dass zumindest ein Modellprojekt angestrebt werden sollte, da die Relevanz der Stoffqualität gerade für intravenöse Drogengebraucher_innen nicht von der Hand zu weisen ist. Auch die weiteren positiven Aspekte von DrugChecking als Interventionsstrategie zur Gesundheitsförderung werden ihre Wirkung nicht verfehlen.

5.4 Von Streckmitteln, Beimengungen und dem „goldenen Schuss“

„Zu Risiken und Nebenwirkungen.....

erwarten Sie keine Antwort von ihrem Dealer!“

Zum Schutz der Verbraucher_innen vor qualitativ minderwertiger, falsch ausgezeichnete oder schlicht gesundheitsschädlicher Ware wurde das Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen installiert. Es umfasst Rechts- und Verwaltungsvorschriften, welche von den entsprechenden Behörden überprüft und umgesetzt werden. Auf dem illegalen Markt sind solche Verbraucherschutzstrukturen natürlich nicht gegeben, denn hier herrscht, wie Henner Hess es ausdrückt „Abenteurkapitalismus“ (vgl. Hess 1992: 25; in: Neumeyer/ Schaich-Walch).

Der einzige Schutz, den Konsument_innen hier vor hochgiftigen Streckmitteln haben, ist das logische Interesse des Dealers an der Absatzsicherung, denn wer tot ist kauft nichts mehr. Trotzdem kommt es immer wieder zu lebensbedrohlichen Beimengungen. Darüber hinaus strebt jede_r Schmuggler_in und Zwischenhändler_in eine möglichst große Gewinnmarge an. Entsprechend werden die Drogen zur optimalen Profitmaximierung verschnitten (vgl. Sterneck 2009: 1). Im Folgenden werden die typischen Streckmittel und „blinden Passagiere“ der in Deutschland auf der offenen Drogenszene erhältlichen illegalen Betäubungsmittel vorgestellt.

5.4.1 Heroin

Häufig wird Heroin mit einem Gemisch aus Koffein und Paracetamol gestreckt. Gängige wirkungslose Streckstoffe sind Milchpulver, Mannitol, Mehl, Talkum und Ascorbinsäure. Psychoaktive Substanzen wie Valium (Diazepam) und Rohypnol (Flunitrazepam) werden minderwertigem Heroin beigemischt, um dessen Wirkung zu steigern und erzeugen selbst starke Abhängigkeit.

„ChEck iT! hat heute am 14.09.2011 eine abgegebene Heroinprobe analysiert, die als hoch giftig und potentiell lebensbedrohlich einzustufen ist. Die Analyse der Probe hat folgende Inhaltsstoffe ergeben: Brucin (104 mg/g), Alprazolam, Paracetamol, Koffein, Domperidon und 3 weitere unbekannte Substanzen. Der Konsument berichtete über ein 7-stündiges „Blackout“ nach dem Konsum. Brucin ist ein stark giftiges Alkaloid. (...) Als Therapie bei einer Brucin-Vergiftung werden Benzodiazepine und Medizinal-Kohle verabreicht. (...) Möglicherweise hat der Konsument also die Einnahme des vermeintlichen Heroins nur aufgrund der Beimengung des Alprazolams überlebt.“ (checkyourdrugs.at 2011).

5.4.2 Kokain

Auf dem Schwarzmarkt erhältliches Kokain enthält meist diverse Streckstoffe: Milchzucker/ Lactose, Mannit (Zuckeralkohol), Inosit, Traubenzucker, Lidocain, Tetracain, Procain, (Lokalanästhetika; um den schleimhautbetäubenden Effekt von Kokain nachzuahmen) Phenacetin, Diltiazem, Paracetamol, Coffein, Atropin (Wirkstoff aus der Tollkirsche, kann zu Atemlähmungen führen), Ephedrin und Amphetamin.

Bei intravenösem Konsum von mit Lidocain oder Tetracain gestrecktem Kokain kann es durch die bewirkte Gefäßverengung und somit unterbrochene Blutzufuhr zu Lähmungen oder gar Absterben der Finger/ Gliedmaße kommen. Wird mehrfach dieselbe Einstichstelle benutzt, so zerstört Lidocain das Zellgewebe. In hoher Dosierung führt es zu Atemlähmungen bis hin zum Tod. „2002 gab es in Berlin alleine 39 Todesfälle durch Lidocain.“ (thefirststep-berlin.de). Ausserdem können die Drogen immer auch herstellungsbedingte Verunreinigungen, wie z.B. toxische Pflanzenschutzmittel enthalten.

5.4.3 Anthrax/ Milzbrand

Seit 2009 gab es insgesamt fünf Anthrax-Fälle in Deutschland. Es wird vermutet, dass die Droge beim Transport in den Herkunftsländern kontaminiert wurde. Entsprechende Warnungen wurden an alle zuständigen Stellen ausgegeben. Aber „das Problem ist, dass die Symptome einer Milzbrandinfektion schwer von einer normalen Haut-oder Weichteil-Infektion zu unterscheiden sind.“ sagte eine Sprecherin des Robert-Koch-Instituts (spiegel.de 2012).

Wird die Infektion nicht frühzeitig erkannt und mit Antibiotika behandelt, dringt sie in die Lymphbahnen ein und kann zum Tod führen. So starb in Nordrhein-Westfalen ein 42-jähriger Drogenabhängiger an den Folgen einer Milzbrandinfektion. Sieben weitere Todesfälle aus Schottland wurden bekannt, insgesamt meldet Schottland 14 nachgewiesene Infektionsfälle (n-tv.de 2010).

Es besteht keine Möglichkeit – rein optisch/ olfaktorisch/ etc. -festzustellen, ob das Heroin kontaminiert ist oder nicht. Dies kann nur mittels einer angelegten Erregerkultur und weiteren Tests geschehen. Die Firma Dräger hat einen immunologischen Schnelltest zum Nachweis von biologischen Erregern und Toxinen entwickelt. Innerhalb von 10-15 Minuten (bei hoher Konzentration sogar schon nach 3 Minuten) liefert der Test zuverlässige Nachweise zu Anthrax und weiteren Stoffen. Der Test erfolgt direkt vor Ort und stellt somit eine sinnvolle Ergänzung der Laboranalyse dar (vgl. Dräger Safety AG & Co. KGaA 2009: 1).

Der letzte Milzbrand-Fall in Deutschland wurde 1994 gemeldet. Jährlich kommt es zu 2000 Fällen des nicht tödlichen Hautmilzbrandes weltweit (n-tv.de 2010). Doch drogengebrauchende Menschen sind ohnehin schon gesundheitlich geschwächt. Zusätzliches Problem ist die intravenöse Applikationsform. Die Erreger gelangen direkt in die Blutbahn, das geschädigte Immunsystem hat dem kaum etwas entgegenzusetzen und Haut-oder Weichteil-Infektionen, sowie Abszesse sind bei Drogengebraucher_innen nichts ungewöhnliches, daher sind Fehldiagnosen bzw. das Nicht-entdecken der Ansteckung einer hohen Wahrscheinlichkeit unterworfen.

5.4.4 Desomorphin

Bei Desomorphin („Crocodile“/ „Krok“ genannt) handelt es sich um ein synthetisch hergestelltes Opioid, welches 1932 erstmals in den USA entdeckt wurde. Es hat eine ähnliche Wirkung wie Heroin, ist allerdings viel billiger herzustellen und überflutet seit einigen Jahren vor allem Russland. Dort sind alle Zutaten entweder frei verkäuflich oder leicht auf Rezept zu bekommen, wie etwa codeinhaltige Pillen, Farbverdünner, Benzin, roter Phosphor, Methansäure, Tropikamid, Caffetin/ Cofadon (enthält Paracetamol, Codein phosphate, Propyphenazone und Koffein).

Das Endprodukt ist noch reich an stark toxischen Nebenprodukten und ruft Gewebeschäden, Venenentzündungen (Abzess), innere Blutungen und Nierenschäden hervor. Es verursacht irreversible neurologische Veränderungen, Nekrosen bilden sich an und um die Einstichstellen und schließlich führt es zu totalem Organversagen. Die Lebenserwartung der Konsument_innen sinkt auf ein bis drei Jahre.

In Deutschland wurden einige Fälle gemeldet, in denen Konsument_innen „Krok“ als „Shore“ verkauft wurde. So bestätigte der leitende Arzt der Krisenhilfe Bochum, dass vier Nutzer eines Bochumer Drogencafes die typischen Symptome auswiesen. Da ein Unterschied in der Wirkung nicht zu bemerken ist, ist die Täuschung erst aufgefallen als die typischen „Krokodilhaut“-Symptome (gelb-grünliche Verfärbung und Abschuppen der Haut um die Einstichstelle, nekrotisieren des Gewebes) auftraten. Weitere betroffene Städte waren Bremen, Bremerhaven, Berlin und Frankfurt. Nicht nur, dass Konsument_innen eine Droge verkauft wurde, die sie garnicht haben wollten, sondern aufgrund des billigeren Herstellungspreises für „Krok“ ergibt sich auch noch eine immense Gewinnspanne.

„Also: das aktive Wirkprinzip der Droge „Krokodil“ ist Desomorphin, einfach ein weiteres Opiod vom Morphintyp. Die beobachteten Schädigungen der Konsumenten sind nicht Folge der Substanz, sondern sind Kollateralschäden der Prohibition.“ Dr. med. Robert Hämmig, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) (Hämmig 2011:1). Diese „Kollateralschäden“ könnten mit einer vorab Analyse im Rahmen von DrugChecking umgangen werden!

5.4.5 Intoxikation durch unerwarteten Reinheitsgehalt

Die Unkenntnis über den Wirkstoffgehalt ist vielfach Grund für Überdosierungen. Da der durchschnittliche Reinheitsgehalt von „Straßenshore“ bei ca. 7-12% liegt, dementsprechend sind die Konsument_innen an niedrige Dosierungen und geringe Qualität gewöhnt. Bei allem Strecken und Verschneiden kommt es jedoch in regelmäßigen Abständen vor, dass Heroin und Streckmittel nicht richtig miteinander vermischt wurden. Einzelne der vorher abgepackten Konsumeinheiten beinhalten dann einen höheren Prozentsatz der Droge. Ebenso kann es passieren, dass ein Schritt beim Verschneiden ausgelassen wurde und versehentlich qualitativ hochwertigeres Heroin in Umlauf kommt. In diesen Fällen kommt es zu lebensgefährlichen Überdosierungen, da der/die Konsument_in die Dosierung im Vorfeld nicht feststellen kann. So geschah es 1997 in Bremen. Hier war Heroin mit 60% Reinheitsgehalt in Umlauf gekommen und kostete 5 Menschen das Leben – an einem einzigen Tag! Die Bremer Gesundheitssenatorin Christine Wischer (SPD) richtet daraufhin ein zeitweiliges DrugChecking für Heroin ein. Selbst wenn die Substanzanalyse nur für diesen „Notstand“ geduldet wurde, zeigt es doch, dass Veränderungen möglich sind, wenn die politische Notwendigkeit vorliegt.

Dass nur 7 Heroinkonsument_innen das Angebot nutzten, lag an der Gestaltung der Testsituation und der daraus resultierenden Angst der Konsument_innen vor Repressalien (spiegel.de 1997).

5.5 Anwendungsbeispiel

Im Folgenden werden Überlegungen zur Einbindung von DrugChecking in eine niedrigschwellige, akzeptanzorientierte Drogenhilfeeinrichtung angestellt.

„In Deutschland ist es Privatpersonen derzeit nur möglich, gegen ein Entgelt Substanzproben in Apotheken abzugeben und meist unvollständige, rein qualitative Ergebnisse zu den Inhaltsstoffen zu erhalten. Eine quantitative Analyse (derzeit möglich z.B. im Zentrallabor Deutscher Apotheker) ist zu langwierig und kostspielig, um als niedrigschwelliges Instrument der Gesundheitsförderung wirksam zu werden.“ (DrugChecking.de 2011: 11).

Aufgrund der aktuellen drogenpolitischen Situation wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung zunächst als Modellprojekt erfolgt. Dieses muss natürlich zur Absicherung der Repräsentativität mehrere Standorte in Deutschland umfassen und durch ein externes Forschungsinstitut auf Prozess- und Ergebnisebene evaluiert werden. Exemplarisch wird hier das „Drob Inn“ Hamburg vorgestellt und in Bezug auf diese Einrichtung werden Überlegungen zu einer möglichen Integration von stationärem DrugChecking in den Arbeitsalltag angestellt.

Zur rechtlichen Absicherung muss im Vorfeld mit den Strafverfolgungsbehörden geklärt werden, in wie weit Konsens in Bezug auf die Rechtsauffassung bzgl. der Legitimität eines solchen Projektes besteht bzw. zu erzielen ist und auf welcher Rechtsgrundlage ein solches Modellprojekt umsetzbar wäre. Zu diesem Zweck muss ein Rechtsgutachten erstellt werden. Zudem ist zu klären, ob eine zusätzliche Rechtssicherheit in Form einer Genehmigung gem. § 3 BtMG durch das BfArM einzuholen ist und welche genehmigungspflichtigen Handlungen diese umfassen sollte (vgl. DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2011: 14). In Bezug auf § 10a Abs.4 BtMG ist festzustellen, dass im Interesse der Rechtssicherheit für die testenden Personen eine Gesetzesänderung, mindestens aber eine Sonderregelung im Rahmen des Modellprojektes geboten ist. Zusätzlich ist eine Ergänzung in § 29 Abs.1 BtMG notwendig (vgl. Deutscher Bundestag Drucksache 17/2050: 3).

5.5.1 Die Einrichtung

Das „Drob Inn“ Hamburg ist eine niedrigschwellige und akzeptierend arbeitende Kontakt- und Beratungsstelle mit integrierten Drogenkonsumräumen, die für erwachsene Drogenabhängige gedacht ist. Konzept und Angebote sind auf die offene Drogenszene in Hamburg St. Georg ausgerichtet. Es werden konkrete Überlebenshilfen angeboten, welche die Grundvoraussetzung für Kontaktaufnahme zum Klientel sind bzw. diesen Kontakt überhaupt erst herstellen.

Über den Kontakt wird die Vermittlung in Ausstiegsangebote, sowie die soziale Stabilisierung und Begleitung möglich. Das Angebot umfasst eine Kombination von Beratung, Ausstiegshilfen und sofortigen konkreten Hilfen in fast allen sozial relevanten Bereichen. Die Angebotspalette reicht von Erstberatung, Basishilfen und praktischen Überlebenshilfen, psycho-sozialer-Betreuung für Substituierte, Infektionsprophylaxe, Bereitstellung steriler Konsummöglichkeiten, Sprizentausch, Drogennotfallprophylaxe, Gesundheitsförderung und medizinischer Versorgung bis hin zu aufsuchender Straßensozialarbeit. Grundlage für weiterführende Angebote ist stets der Veränderungswillen der Klient_innen. Es wird nicht bevormundend gearbeitet.

Zudem erfolgt über das „Drob Inn“ die Aufnahme in das angebundene „Projekt Nox“. Unter Bedingungen akuter Intoxikation und Obdachlosigkeit wird ein unbürokratischer Zugang zu Hilfeleistungen realisiert. Ziel ist es hier zunächst eine soziale, körperliche und psychische Stabilisierung zu erreichen, um den Klient_innen ggf. entsprechende Maßnahmen zur gesellschaftlichen Wiedereingliederung vermitteln zu können (Jugendhilfe e.V. 2007-2010).

DrugChecking kann hier als zusätzliches Harm Reduction Instrument in das umfangreiche Methodenspektrum zur Gesundheitsberatung und -förderung aufgenommen werden. Es stellt eine sinnvolle und geeignete Möglichkeit dar, um die konsumbedingten gesundheitlichen Risiken zu reduzieren und die Konsument_innen zu reflektierterem Umgang mit Konsum- und Gesundheitsverhalten zu motivieren. Zudem reduziert DrugChecking die streckmittelbedingten körperlichen Folgeerscheinungen.

Die Kooperation und die Vernetzung mit weiterführenden Hilfsangeboten sind innerhalb des Jugendhilfe e.V. bereits gegeben. Dieser umfasst neben den Drogen- und Suchthilfe Kontakt- und Beratungsstellen (Drob Inn und Projekt Nox) weitere integrierte Drogen- und Suchtberatung, Therapieeinrichtungen, Übergangseinrichtungen, Wohnprojekte und Wohnungslosenhilfe.

5.5.2 Die Technik

Mittels Hochleistungsflüssigkeitschromatographie (HPLC) werden die Substanzen, die sich in der Probe befinden getrennt, im Detail identifiziert und quantifiziert. „Die Trennung der Substanzen erfolgt aufgrund unterschiedlicher physikalisch-chemischer Eigenschaften in einem Trennsystem bestehend aus einer Säule und Fließmittel unter hohem Druck. Für die Analytik von Drogen werden Trennsysteme vor allem zur Auftrennung der (basischen) Gruppe psychoaktiver Substanzen Amphetamin, Kokain, Opioide und Tryptamine benötigt. (...)“

Die HPLC erlaubt eine genaue Identifizierung und Quantifizierung von Substanzen auch in komplexen Stoffgemischen.“ (M.Otto: Analytische Chemie, Weinheim 1995: 459; in: Couston (et al.) 2000: 75).

Ein Analyse-Ergebnis liegt meist in einem Zeitraum von ca. 15-30 Minuten vor (vgl. DrugChecking-Initiative Berlin-Brandenburg 2011: 10).

Zur zusätzlichen Identifikation von Substanzen, die nicht als Referenzsubstanz vorliegen wird der Gaschromatograph gekoppelt mit dem Massenspektrometer verwendet (GC/MS-Methode). „Die Bestandteile werden massenspektroskopisch detektiert. (...) Die GC/MS Kopplung ist eine sehr präzise, hochempfindliche aber instrumentell aufwendige und teure Methode. Sie erlaubt eine sichere Identifizierung, Quantifizierung und Reinheitsbestimmung von Substanzen.“ (M.Otto: Analytische Chemie, Weinheim 1995: 508; in: Cousto (et al.) 2000: 77). Die GC/MS wird zur Absicherung der HPLC bei Auftreten nicht erwarteter Substanzen eingesetzt. Alle Institute für Gerichtsmedizin sowie die überwiegende Zahl der toxikologisch-analytisch arbeitenden Laboratorien mit klinischer Zielstellung in Deutschland verfügen über GC-MS-Anlagen (Cousto (et al.) 2000: 77). Die Verwendung der GC/MS müsste folglich extern erfolgen.

5.5.3 Das Testverfahren

Da Apotheker nur innerhalb einer Apotheke zur Annahme und Überführung von BtM berechtigt sind, wird zur bedarfsgerechten Umsetzung von DrugChecking innerhalb einer niedrigschwelligen, akzeptanzorientierten Drogenhilfeeinrichtung davon ausgegangen, dass innerhalb des Modellprojekts eine Aussetzung des § 10a Abs.4 BtMG erfolgt. Somit kann es den Mitarbeiter_innen gestattet werden die Substanzanalyse vor Ort vorzunehmen.

Die Konsument_innen melden sich für den Konsumraum an. Geben dann eine Probe der zum baldigen Konsum bestimmten Konsumration ab. Während der Wartezeit erfolgt eine Analyse des Materials, so dass das Testergebnis vor Betreten des Konsumraumes mitgeteilt werden kann. Es erfolgt eine Risikokommunikation der Ergebnisse. Bei schädlichen oder hochgiftigen Beimengungen oder auch qualitativ über dem „Normalfall“ liegendem Reinheitsgehalt werden entsprechende Warnungen ausgehängt.

6. Fazit

Die Entstehungsgeschichte der globalen Drogenprohibition zeigt, wie aus Intoleranz und religiösen Moralvorstellungen ein weltweites Kontrollsystem entstanden ist. Es hat sich nicht nur gezeigt, dass die Drogenpolitik nicht fähig ist mittels repressiver Maßnahmen eine Angebotsreduzierung zu bewirken und somit die Bürger vor „Suchtgiften“ zu schützen, sondern aus der Illegalität selbst jene schweren Folgeschäden resultieren, welche sie eigentlich verhindern soll.

Um über diese Folgen hinwegzutäuschen und gleichzeitig andere gesellschaftliche Problemlagen zu verdecken, bedient sich der Staat seiner Definitionsmacht und deklariert die (personifizierte) Droge zum Sündenbock.

Es konnte aufgezeigt werden, dass der massive Gefahrenpräventions-Apparat seit nunmehr 100 Jahren nicht imstande war und ist Drogenkonsum sowie die Entstehung eines Schwarzmarktes zu unterbinden. Darunter leiden vor allem die abhängigen Konsument_innen illegalisierter Substanzen, aber auch die Staatskasse, das überforderte Justizsystem und vor allem die Glaubwürdigkeit der schizonarkophoben Drogenpolitik. Die viel propagierte Drogenplanwirtschaft funktioniert nur im legalen medizinischen Bereich und ist hier als sinnvoll zu bezeichnen. Sie ist nicht vom Grundsatz her ineffektiv, sondern falsch angelegt und kann sich daher nichtmehr legitimieren.

Unsere pluralisierte Gesellschaft hat einen Wandel zur Genusskultur vollzogen und subjektiv genussvolles Empfinden unterwirft sich nicht einer rechtlichen Definition von „legal oder illegal“. Menschen konsumieren Drogen aus ihrem freien Willen heraus, als bewusst herbeigeführte Veränderung der Sinneswahrnehmung. Dieser Wunsch nach autonomer Freizeitgestaltung ist nicht zwangsweise Symptom sozialer oder persönlicher Defizite und ist ebenso wenig ein „one-way-ticket“ in totale Verelendung. An Stelle von „Drugs? Just say no!“ ist der viel treffendere Slogan „Drugs? Just say KNOW!!“ getreten.

Der repressiv geführte 'war on drugs' ist als gescheitert zu bezeichnen, ob in Deutschland, Amerika oder irgendwo anders auf der Welt. Auch das Konstrukt „Legalität“ wird nur noch auf dem Papier aufrecht erhalten.

Die Drogenpolitischen Modelle sind in ihren Ansätzen durchaus als sinnvoll, teilweise sogar klientenzentriert und subjektbezogen kommen sie nah an die Drogenrealität unserer Gesellschaft heran. Trotzdem sind sie, teils repressiverer, präventiverer oder therapeutischerer Natur, doch nur mehr oder weniger hilf- und (im schlimmsten Fall) wirkungslose Reaktionen auf den Drogenschwarzmarkt mit all seinen Folgen und Funktionen.

So verhält es sich auch mit dem Strafrecht und dem BtMG. Legitimiert durch das Rechtsgut „Volksgesundheit“, welches sich auf den Schutz der Gesundheit der Menschen beruft, diesem aber in verfassungsrechtlicher Hinsicht nicht einwandfreier Art und Weise das Recht zur Selbstbestimmung und freien Entfaltung seiner Persönlichkeit aberkennt. Die vage Beliebigkeit mit der das Rechtsgut „Volksgesundheit“ in der gegenwärtigen Drogengesetzgebung konstruiert ist und die Zwecke zu denen es instrumentalisiert wird gehen schlicht an der Realität vorbei und orientieren sich an allem Möglichen, nicht aber am Menschen. Der § 10a BtMG ist ein gutes Beispiel dafür, dass sinnvolle Gesetzesnovellierungen durch unverständliche Zusätze (den Abs. 4) daran gehindert werden ihre volle Wirkung zu entfalten. Das explizite Verbot von Substanzeanalysen in Drogenhilfeeinrichtungen mit integriertem Konsumraum, soll die Beförderung aktiver Konsumhilfe unterbinden. Bei diesen Ausführungen ist scheinbar „übersehen“ worden, dass Menschen die abhängige Konsummuster in Bezug auf illegalisierte Substanzen aufweisen eben nur durch DrugChecking vor streckmittelbedingten gesundheitlichen Folgeschäden geschützt werden können. DrugChecking würde hier die Lücke im System schließen, welche die Prohibition herbeigeführt hat.

Die Möglichkeit des Absehens von der Verfolgung gem. § 31a BtMG weist an anderer Stelle Ungereimtheiten auf. Hier führen unbestimmte Rechtsbegriffe und eine unterschiedliche Anwendungspraxis in den verschiedenen Bundesländern dazu, dass das positive Potenzial der Gesetzesänderung sich selbst im Weg steht. Die materiellrechtliche Strafbarkeit des unerlaubten Besitzes von BtM bleibt zwar bestehen, doch im Regelfall wird dem Grundsatz Hilfe statt Strafe Rechnung getragen und von Ermittlungen gegen Konsumraumbesucher_innen wird abgesehen. Dies entlastet die Strafverfolgungsbehörden. Demgegenüber steht die Annahme, dass solche Opportunitätsvorschriften aus den Staatsanwaltschaften eine Entkriminalisierungsbehörde machen. Statt Entpoenalisierung wird echte beschränkte Entkriminalisierung für den Besitz und Erwerb von BtM (bis zu einer bestimmten Schwellenmenge) vorgeschlagen. Doch auch diese Bemühungen werden nur wirksam sein, wenn sie sich an der aktuellen Drogenrealität und nicht an politischen Wunschvorstellungen orientieren.

Offiziell hat die akzeptanzorientierte Drogenhilfe längst Einzug erhalten, das Abstinenzparadigma konnte in weiten Teilen aus der Sozialen Arbeit verbannt werden. Es wird unterstützend und begleitend gearbeitet. Drogenmündigkeit wird den Individuen zugesprochen, Harm Reduction in vielfältiger Weise bereits aktiv praktiziert. Doch bleibt es bei der Akzeptanzorientierung, denn wirklich akzeptierend kann erst gearbeitet werden, wenn der Abstinenzgedanke auch aus Recht und Politik verschwunden ist und „helfender Zwang“ wirklich nur noch auf diejenigen Konsument_innen angewandt wird, die selbst darum bitten.

Die Effizienz und Effektivität von DrugChecking wurde bereits in umfangreichen Studien nachgewiesen. Es ist keine „Stiftung Warentest für illegale Suchtgifte“, sondern ein absolut notwendiges Verbraucherschutzinstrument. Es fördert einen reflektierteren und gesundheitsbewussteren Umgang mit psychoaktiven Substanzen. Es verharmlost keinesfalls Drogenkonsum, sondern vergegenwärtigt den Konsument_innen ehrlich und objektiv das bestehende Gefahrenpotenzial.

Die Zulassungshindernisse politischer Natur müssen zur öffentlichen Diskussion gebracht und ausgeräumt werden. Es besteht durchaus Grund zur Hoffnung, denn auch der Zulassung von Konsumräumen, Spritzentauschangeboten, Substitutionsambulanzen und dem Diamorphinprojekt sind langwierige politische und rechtliche Prozesse vorangegangen. Abschließend bleibt nur festzustellen: Ob in der Partydrogenszene oder der offenen Drogenszene, DrugChecking rettet Menschenleben und „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Art. 1 GG) und sie verschwindet auch dann nicht, wenn man illegale Substanzen konsumiert oder von ihnen abhängig ist.

Literaturverzeichnis

abendblatt.de (2010): Statistik zum Suchtmittelkonsum. Jeder Deutsche trinkt zehn Liter Alkohol pro Jahr (08.Juli.2010)

<http://www.abendblatt.de/politik/deutschland/article1449220/Jeder-Deutsche-trinkt-zehn-Liter-Alkohol-pro-Jahr.html> (Zugriff: 02.April.2013)

aidshilfe.de (2011): 30 Jahre HIV – Die vergessene Zielgruppe: Menschen in Haft. (28.Juni.2011)

<http://blog.aidshilfe.de/2011/06/28/30-jahre-hiv-die-vergessene-zielgruppe-menschen-in-haft/> (Zugriff: 02.Juli.2013)

Barsch, Gundula: Risikoprävention oder Drogenmündigkeit oder beides? Nachzulesen in: akzept e.V. (Hrsg.): Gesellschaft mit Drogen – Akzeptanz im Wandel. Berlin (2001: 263-279)

blog.taz.de (2013): Drogen, Politik und Schizophrenie

<http://blogs.taz.de/drogerie/2013/01/20/drogen-politik-und-schizophrenie/>

Bruun, Kettli; Christie, Nils: Der nützliche Feind – Drogenpolitik und ihre Nutznießer. AJZ, Bielefeld (1991)

Cattacin, Sandro; Lucas, Barbara; Vetter, Sandra: Drogenpolitische Modelle. Eine vergleichende Analyse sechs europäischer Realitäten. Seismo Verlag, Zürich (1996)

checkyourdrugs.at (2011): Achtung!! Lebensbedrohliche Heroinprobe analysiert! (14.09.2011) <http://www.checkyourdrugs.at/warnungen/noch-eine-aktuelle-warnung/> (Zugriff: 02.Juli.2013)

Cousto, Hans; Harrach, Tibor; Kollwitz, Silke; Langer, Edgar; Luhmer, Frederik; Schmolke, Rüdiger; Strüber, Gebhard; Wiedemann, Stefan; Wischnewski, Ralf (2000): Drug- Checking-Konzept für die Bundesrepublik Deutschland. Konzeptioneller Vorschlag zur Organisation von Drug- Checking. Offizielle überarbeitete Fassung (14.April.2000)

<http://www.eve-rave.net/abfahrer/download.sp?id=1840> (Zugriff: 04.Juli.2013)

Deutscher Bundestag (Drucksache 17/2050): Antrag der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Katrin Göring-Eckardt, Sven-Christian Kindler, Maria Klein-Schmeink, Markus Kurth, Lisa Paus, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Josef Philip Winkler und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Gesundheitliche Risiken des Drogengebrauchs verringern – Drugchecking ermöglichen (09.Juni.2010)

Dräger Safety AG & Co. KGaA (2009): Dräger Bio- Agent Test http://www.draeger.com/media/10/01/01/10010144/bio-agent_test_pi_9046353_de.pdf (Zugriff: 06.Juli.2013)

DrugChecking- Initiative Berlin- Brandenburg (2011): Drugchecking – Strategie der Gesundheitsförderung für Konsumenten illegaler Drogen. Symposium, Berlin (06.Mai.2011)

eve-rave.net (1999-2012): Zulässigkeit von Drugchecking. III Lösungsmodelle <http://www.eve-rave.net/abfahrer/recht.sp?text=95&page=5#1> (Zugriff: 03.Juli.2013)

Fengler, Jörg: Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, Landsberg am Lech (2002)

Flöter, S.; Mostardt, S.; Neumann, A.; Pfeiffer- Gerschel, T.; Wasem, J.: Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. Universität Duisburg- Essen, Lehrstuhl für Medizin- Management. IFT Institut für Therapieforschung, München (2010)

Hämming, Robert. Dr. med. (Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM)(2011): „Krokodil“ frisst Löcher in den Verstand <http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs->

in-

[fo_extra_20111013/R.Haemmig_%E2%80%9EKrokodil%E2%80%9Cfrisst_L%C3%B6cher_in_den_Verstand_.pdf](http://www.dgsuchtmedizin.de/fileadmin/documents/dgs-fo_extra_20111013/R.Haemmig_%E2%80%9EKrokodil%E2%80%9Cfrisst_L%C3%B6cher_in_den_Verstand_.pdf) (Zugriff: 02.August.2013)

Herwig- Lempp, Johannes: Von der Sucht zur Selbstbestimmung. Drogenkonsumenten als Subjekte. Borgmann, Dortmund (1993)

Hess, Henner: Drogenpolitik und Drogenkriminalität. In: Neumeyer, Jürgen; Schaich- Walch, Gudrun (Hrsg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus einer repressiven Drogenpolitik. Schüren Verlag, Marburg (1992)

ihra.net (2010): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association, London, UK; German, April 2010 http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf

Jugendhilfe e.V. (2007-2010)

jugendhilfe.de: Beratungs- und Gesundheitszentrum St. Georg <http://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/index.html>

Was sind unsere Leitziele?

<http://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-1.html>

Welche ist die Zielgruppe und wie erreichen wir sie?

<http://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-2.html>

Kontakt- und Beratungsstelle mit integriertem Konsumraum

<http://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-3.html>

Stationäre Erstversorgungseinrichtung

<http://www.jugendhilfe.de/drobinn.de/gz-4.html>

Jungblut, Hans Joachim: Drogenhilfe. Eine Einführung. Juventa Verlag, Weinheim und München (2004)

Kemmesies, Uwe E.: Szenebefragung - Die 'Offene Drogenszene' und das Gesundheitsraumangebot in Frankfurt am Main - ein erster 'Erfahrungsbericht'

Abschlußbericht - im Auftrag der Stadt Frankfurt/Dezernat Frauen und Gesundheit – Drogenreferat. Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und rationaler Drogenpolitik (INDRO e.V./Münster) Frankfurt am Main/Wiesbaden (Oktober 1995) <http://www.indro-online.de/druckraumstudie.htm#%27Offene%20Drogenszene%27%20-%20Begriffskl%C3%A4rung,%20Hintergr%C3%BCnde> (Zugriff: 01.Juli.2013)

Krasmann, Susanne; Lehne, Werner: „Organisierte Kriminalität“ im Windschatten der Globalisierung legaler und illegaler Märkte. In: Drogendealer. Ansichten eines verrufenen Gewerbes. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau (1998)

Köhler, Michael: Grundsatzkritik des Betäubungsmittelstrafrechts; in: Neumeyer, Jürgen (Hrsg.), Schaich-Walch, Gudrun (Hrsg.). Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Schüren Verlag, Marburg (1992)

Körner, Dr. Hans-Harald. Oberstaatsanwalt (ZfB): Die Zulässigkeit von Drug-Checking. Rechtliche Risiken und Nebenwirkungen von Drug-Checking. Vorgelegt bei der Staatsanwaltschaft und dem Oberlandesgericht, Frankfurt am Main (1997)

Körner, Hans-Harald: Beck'sche Kurz-Kommentare (Band 37). Betäubungsmittelgesetz – Arzneimittelgesetz, 6. neu bearbeitete Auflage, Verlag C.H. Beck, München (2007)

Kreuzer, Arthur (Hrsg.): Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts. Verlag C.H. Beck, Leinen (1998)

Legnaro, Aldo (2012): Vier Säulen der Ratlosigkeit? Zur Drogenpolitik in der späten Moderne. Vortrag auf der 52. Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen in Leipzig. (19.November.2012)

Mach, Holger; Scheerer, Sebastian: Vom „ehrbaren“ Kaufmann zum gewissenlosen Dealer. Zum Wandel der moralischen Bewertung des Drogenhandels in der Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. In: Paul, Bettina; Schmidt- Semisch, Henning (Hrsg.) Drogendealer. Ansichten eines verrufenen Gewerbes. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau (1998)

Nestler, Cornelius (Prof. Dr.) Rechtswissenschaftler am Institut für Straf und Strafprozessrecht (Universität Köln). (2008): Fachtagung Drugchecking – Betäubungsmittelrechtliche Rahmenbedingungen von Drugchecking [MP4]. Fachtagung am 13.November.2008 in Berlin, Rotes Rathaus

Medien-Datei aus dem Archiv des Podcasts Medienprojekt PSI TV. <http://www.podcast.de/episode/1134925/Fachtagung+Drugchecking+-+Bet%25C3%25A4ubungsmittelrechtliche+Rahmenbedingungen+von+Drugchecking+-+Cornelius+Nestler+-+2008/> (Zugriff: 03.Juli.2013)

Neumeyer, Jürgen; Schaich- Walch, Gudrun (Hrsg.): Zwischen Legalisierung und Normalisierung. Ausstiegsszenarien aus einer repressiven Drogenpolitik. Schüren Verlag, Marburg (1992)

n-tv.de (2010): Mehrere Todesfälle – Heroin mit Anthrax verseucht (19.Januar.2010) <http://www.n-tv.de/panorama/Heroin-mit-Anthrax-verseucht-article686470.html> (Zugriff: 02.Juli.2013)

Pasedach, Christina: Verantwortungsbereiche wider Volksgesundheit. Zur Zurechnungs- und Rechtsgutslehre im Betäubungsmittelstrafrecht. Duncker & Humblot GmbH, Berlin (2012)

Paul, Bettina; Schmidt- Semisch, Henning (Hrsg.): Drogendealer. Ansichten eines verrufenen Gewerbes. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau (1998)

Rausch, Alexander: Techno: Unterschiedliche Aspekte und Betrachtungsweisen zu der prägenden (Sub-) Kultur der Neunziger Jahre.Dissertation. Grin Verlag, München (2004)

Schäfer, Carsten; Paoli, Letizia: Drogen und Strafverfolgung. Die Anwendung des § 31a BtMG und anderer Opportunitätsvorschriften auf Drogenkonsumentendelikte. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Freiburg im Breisgau (2006)

Scheerer, Sebastian (2002): Recht auf Rausch und Risiko. Ein Plädoyer für die Legalisierung von Rauschmitteln. Aus: „Die Woche“, Nr.11 : Seite 6 (8. März 2002)

Scheerer, Sebastian (2011): Ein Bedarf von Null Gramm Cannabis. Beitrag aus der Christian- Broda- Vorlesung. Wien (März 2011) <http://www.otthollo.de/JONA/downloads/references/Scheerer,%20Ein%20Bedarf%20von....pdf> (Zugriff: 02.April.2013)

Schmid, Martin: Drogenhilfe in Deutschland: Entstehung und Entwicklung 1970-2000. Campus Verlag GmbH, Frankfurt/ Main (2003)

Schmidt- Semisch, Henning: Die prekäre Grenze der Legalität. AG SPAK Bücher, München (1994)

Schmolke, Rüdiger. Politologe und Leiter der Suchtpräventionsfachstelle Chill out in Potsdam (2008): Fachtagung Drugchecking – Effektivität und Effizienz von Drugchecking- Projekten [MP4]. Fachtagung am 13.November.2008 in Berlin, Rotes Rathaus

Medien-Datei aus dem Archiv des Podcasts Medienprojekt PSI TV.
<http://www.podcast.de/episode/1126610/Fachtagung+Drugchecking+-+Effektivit%25C3%25A4t+und+Effizienz+von+Drugchecking-Projekten+-+R%25C3%25BCdiger+Schmolke+++2008/> (Zugriff: 03.Juli.2013)

Schneider, Wolfgang (Dr. phil./PhD): Kritische Bilanz akzeptanzorientierter Drogenhilfe. Einige durchaus auch polemisch zu verstehende Ausführungen. INDRO e.V., Münster (2004) http://www.indro-online.de/SchneiderADA_1_04.pdf (Zugriff: 02.April.2013)

Schuster, Jens: Akzeptanzorientierte Drogenhilfe. Praktische Limitationen akzeptanz- orientierter Drogenarbeit – eine ethische Problemskizze aus der Perspektive Sozialer Arbeit. INDRO e.V., Münster (2012) <http://www.indro-online.de/Schuster2012.pdf> (Zugriff: 02.August.2013)

spiegel.de (2012): Bayern: Drogensüchtiger an Milzbrand gestorben (22.Juni.2012) <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/anthrax-sporen-heroin-suechtiger-in-bayern-an-milzbrand-gestorben-a-840445.html> (Zugriff: 02.April.2013)

spiegel.de (1997): Tödlich guter Stoff. Staatliche Qualitätstests für Heroin, nachsichtige Staatsanwälte und hilflose Polizisten - fünf tote Junkies in Bremen heizen die Diskussion um eine Korrektur der Drogenpolitik an. In dieser Woche stehen neue Konzepte in Bonn auf der Tagesordnung. (27.Januar.1997) <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-8651141.html> (Zugriff: 03.Juli.2013)

Sterneck, Wolfgang (2009): Drug- Checking als Stärkung von Mündigkeit und Gesundheit. (Oktober.2009) <http://www.drogen-info-berlin.de/pdf/sterneck-drug-checking.pdf> (Zugriff: 04.Juli.2013)

sueddeutsche.de (2010): Alkohol und Tabak gefährlicher als LSD und Ecstasy (17.Mai.2010) <http://www.sueddeutsche.de/leben/drogen-ranking-alkohol-und-tabak-gefaehrlicher-als-lsd-und-ecstasy-1.724153> (Zugriff: 02.April.2013)

thefirststep-berlin.de: Kokain <http://www.thefirststep-berlin.de/htm/coca.htm> (Zugriff: 02.Juli.2013)

von Ploetz, Felix. Dipl.Sozpäd., Fixpunkt e.V. Berlin (2008): Einleitung und Referat von Tibor Harrach „Das Berliner Drugchecking Programm“ [MP4]. Fachtagung am 13.November.2008 in Berlin, Rotes Rathaus. Medien-Datei aus dem Archiv des Podcasts Medienprojekt PSI TV. <http://www.podcast.de/episode/1134926/Fachtagung+Drugchecking+-+Einleitung+und+Referat+von+Tibor+Harrach+%E2%80%9CDas+Berliner+Drugchecking+Pr ogramm%E2%80%9D+-+2008/>

Wang, Huang- Yu: Drogenstrafen und abstrakte Gefährdungsdelikte. Ruprecht- Karls- Universität Heidelberg, Dissertation (2003). Tenea Verlag für Medien, Berlin (2003)

Wilms, Yvonne: Drogenabhängigkeit und Kriminalität. Dissertation. Münster (Westf.) (2005)

Wittichen, Hans- Ulrich (Prof. Dr.): Der Epidemiologische Suchtsurvey 2009: Neue nationale und internationale „benchmarks“. Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy, Technische Universität Dresden (2009) <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/8868/Wittichen2010-Suchtsurvey.pdf> (Zugriff: 02.August.2013)

Zurhold, Heike: Lebensgeschichtliche Belastungen von Mädchen und Frauen in der Drogenprostitution. Befragung von Drogenprostituierten im Hamburger Stadtteil St. Georg. Institut für Interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg (ISD).Bielefeld (2005) http://www.aidshilfe-bielefeld.de/Prostitution_Bielefeld_2005.pdf (Zugriff: 02.August.2013)