


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

Zwischen Prohibition und Entkriminalisierung

Ein Vergleich von Ansätzen der Drogenarbeit am Beispiel von
Deutschland und Portugal

Tag der Abgabe: 11.08.2020

Luisa Hueck Bermudéz (9. Semester)



DozentIn/ PrüferIn:

Erstprüfer: Prof. Dr. med. Georg Schürgers

Zweitprüferin: Prof. Dr. Frauke Schwarting

Bachelor-Arbeit

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Drogen in der Gesellschaft	3
2.1 Annäherung an den Suchtbegriff.....	4
3. Globale Drogenpolitik ab dem 19 Jhd.	7
3.1 Opiumkriege und Folgeabkommen	7
3.1.1 Einordnung in das Zeitgeschehen	7
3.1.2 Den Haager Konferenz	8
3.1.3 UN- Konvention	10
4. Drogen und marginalisierte Gruppen.....	12
4.1 Der soziale Kontext der Suchtentstehung	12
4.2 Soziale Ausgrenzung als Thema der Sozialen Arbeit	14
4.3 Theorienbezug	17
4.3.1 Das Stigma der Drogensucht nach Erving Goffman	17
4.3.2 Labeling approach.....	18
5. Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit in Deutschland nach 1945.....	20
5.1. Das Betäubungsmittelgesetz von 1971.....	20
5.1.2 Exkurs konträre Rechtsbestimmungen	22
5.2 Konzeptionalisierung der Drogenhilfe	24
5.2.1 Entwicklung neuer Hilfsangebote.....	24
5.3 Akzeptanzorientierte Ansätze.....	25
5.3.1 Harm Reduction.....	26
5.3.2 Opioid-Substitutions-Therapie	27
5.4 Präventive Ansätze und Konzepte.....	29
5.4.1 Primärprävention durch Kompetenzvermittlung	30
5.4.2 Kritische Auseinandersetzung mit dem Präventionsmodell	31
6. Fazit	32
7. Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit in Portugal ab Ende der Diktatur 1974.....	34
7.1 Wandel der Drogenpolitik	34
7.1.1 Neue Drogenpolitische Praxis/ Entkriminalisierung	35
7.2 Neue Institutionen im Drogenhilfesystem.....	36
7.2.1 Commission for the Dissuasion of drug use	36

7.2.2. Harm Reduction.....	36
7.3 Prävention.....	38
7.3.1 Präventionsarbeit in der Schule	38
7.3.2 Sekundärprävention durch die CDT	38
7.3.3 Tertiärprävention	39
7.4 Chancen und Grenzen der neuen drogenpolitischen Praxis	40
7.4.1 Gegenüberstellung von positiven und negativen Aspekten der Entkriminalisierung	40
7.4.2 Ergebnisse der Gegenüberstellung.....	41
8. Fazit	41
9. Entwicklungs- und Vergleichsstatistiken zwischen Portugal und Deutschland	43
9.1 Entwicklung des Drogenkonsums in Portugal seit 2001	44
9.2 Vergleich von Ersteinweisung in Behandlung	45
9.3 Drogenkonsum bei jungen Erwachsenen	47
9.4 Kriminalität in Verbindung mit Drogenkonsum	49
9.5 Harm Reduction	50
10. Auswertung der Ergebnisse.....	52
11. Fazit, vergleichende Interpretation.....	54
12. Schlussfolgerung	56
Literaturverzeichnis	

Abkürzungsverzeichnis

EMCDDA	- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ICPC	- International Centre for the prevention of crime
ICD	- International Classification of Diseases and Health Problems
WHO	- World Health Organization
USA	- United States of America
Jhd.	- Jahrhundert
BtMG	- Betäubungsmittelgesetz
UN	- United Nations
UN- Konvention	- Übereinkommen der vereinten Nationen
BtMVV	- Betäubungsmittel- Verschreibungsverordnung
BRD	- Bundesrepublik Deutschland
BfArM	- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BZgA	- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CDT	- Commission for the Dissuasion of drug use
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SICAD	- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: wechselseitige Beeinflussung von sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum/Drogenmissbrauch.....	15
Abbildung 2: Gegenüberstellung der positiven und negativen Effekte der Entkriminalisierung.....	40
Abbildung 3: Trends des Last-Year Konsums von der allgemeinen Bevölkerung.....	45
Abbildung 4: Ersteinweisung in die Drogenbehandlung in Deutschland.....	46
Abbildung 5: Ersteinweisung in die Drogenbehandlung in Portugal.....	47
Abbildung 6: Trends des last-year Konsums von jungen Erwachsenen.....	48
Abbildung 7: Vergleich von Drogenkonsum der Jugendlichen in Portugal und Deutschland.....	49
Abbildung 8: Inhaftierungen aufgrund von Drogen und anderen Delikten in Portugal.....	50
Abbildung 9: Verbesserungen in den Harm reduction systemen Portugals und Deutschlands.....	51

1. Einleitung

„Schon das Wort Drogen ist assoziativ überladen: Rausch, Sucht, Gefahr und die schiefe Bahn des sozialen Abstiegs haften ebenso unmittelbar an ihm wie romantische Vorstellungen von Grenzüberschreitung und Genuss ohne Arbeit.“ (Feustel et al. 2019, S.1)

Der Diskurs um die Drogenpolitik ist in der Gesellschaft und Politik in der Debatte um die Legalisierung von Cannabis oder generellen Debatten um Entkriminalisierung von Drogen präsent. Auf der einen Seite steht hierbei die Tatsache des drogeninhärenten Schadenpotenzials für die menschliche Gesundheit, auf der anderen Seite steht der Zweifel über die Wirksamkeit von den international implementierten Kontrollmaßnahmen, die Anhäufung von gesellschaftlichen Kollateralschäden und das menschliche Bedürfnis nach Grenzüberschreitung und Genuss.

Der Ländervergleich von der Drogenarbeit in Deutschland und Portugal soll hinsichtlich der Unterschiede in drogenpolitischen Regelungen und deren Auswirkung auf die Drogenarbeit sensibilisieren. Denn obwohl beide Staaten den globalen Verträgen der United Nations unterliegen, unterscheiden sie sich in ihrer Drogenpolitik sehr stark. Mein Ziel ist durch die Ausarbeitung das Verständnis dafür zu fördern, wie auf drogenbedingte Probleme in effektiver und humaner Weise reagiert werden kann. In Anbetracht der Drogensozialarbeit, die sich als Disziplin innerhalb der Sozialen Arbeit versteht, sind insbesondere die einschränkenden und ausgrenzenden Wirkungen der Prohibition auf das Leben der KonsumentInnen zu betrachten.

Die Soziale Arbeit als eine handlungsorientierte Wissenschaft, welche gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und die Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen zum Ziel hat, strebt nach der menschenwürdigen Gestaltung der Gesellschaft¹. In der Auseinandersetzung mit den Lebensumständen der Klientel der Drogenarbeit rückt die internationale Drogenpolitik in den Fokus. Diese normiert die Zulässigkeiten in Bezug

¹ Vgl. Röh 2016, S. 217; Vgl. Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. 2016

auf Drogen und prägt die Lebensumstände der KlientInnen. Das „triple Mandat“² der Sozialen Arbeit, besteht aus dem Mandat der KlientIn, der Gesellschaft und der Professionalisierung. Dieser Entwurf skizziert die Soziale Arbeit innerhalb eines Spannungsfeldes zwischen den Bedürfnissen der Klientel, welche teilweise in den Zielen der übergeordneten Institutionen impliziert sind, den rechtlichen Rahmenbedingungen sowie den staatlichen Anforderungen, welche wiederum dem Klientenwohl zuwiderlaufen. In Deutschland haben die drogenpolitischen Regelungen gesundheitliche als auch vielschichtige negative soziale Folgen für das Leben der KlientInnen, wie bspw. Stigmatisierung und Exklusion. Gleichzeitig limitiert die Drogenpolitik die Wirksamkeit der Drogenarbeit.

Zu Beginn werde ich die Drogenthematik im gesellschaftlichen Kontext verorten. Im Anschluss widme ich mich der Entstehung des medizinisch geprägten Suchtbegriffs und beschreibe die Entwicklungen, die zu der heutigen Wahrnehmung von Drogen und Abhängigkeit geführt haben. Es folgt eine Skizzierung des historischen Wandel, welcher die globalen Verträge zur Drogenpolitik hervorgebracht hat. Hierzu gehe ich auf die Den Haager Konferenz und die UN-Konvention ein. Als alternativen Erklärungsansatz der Suchtentstehung stelle ich eine Studie von Zinberg vor. Ferner zeige ich auf inwiefern soziale Ausgrenzung und Drogenkonsum sich wechselseitig bedingen und wie repressive Maßnahmen die Marginalisierung von Menschen verstärkt. Darauf aufbauend führe ich zwei Theorien der Soziologie an, welche die negativen Effekte der Prohibition hervorheben. Des Weiteren stelle ich die Entwicklung der Drogenhilfe Deutschlands dar. Die rechtliche Grundlage des Betäubungsmittelgesetzes bildet die Basis des Drogenhilfesystems, weswegen ich zunächst auf sie eingehe. Im nächsten Schritt stelle ich die Entwicklung der Drogenarbeit beider Staaten vor. Im Falle Portugals liegt hierbei ein besonderer Fokus auf der Beschreibung der Zeit nach der Entkriminalisierung und auf den neu implementierten Institutionen des Drogenhilfesystems. Anschließend werden unterschiedliche Indikatoren aus den Statistiken zur regionalen Entwicklung des Drogenkonsums und von der Wirksamkeit der Drogenhilfemaßnahmen beider Staaten verglichen und analysiert. Chancen und Grenzen der drogenpolitischen Praxis bilden den

² Abgeleitet von dem lateinischen „mandare“ (aus der Hand geben“, beauftragen zu Deutsch) weist das Wort „Mandat“ auf einen Auftrag oder eine Ermächtigung ohne genaue Handlungsanweisung hin (Vgl. Staub-Bernasconi 2018, S. 11).

Schwerpunkt des Fazits. Die Arbeit werde ich mit einem Ausblick für künftige Entwicklungen beenden.

2. Drogen in der Gesellschaft

Die Definition des Begriffs der Droge veränderte sich im Laufe der Zeit und wurde begrifflich dem gesellschaftlichen System der Moderne angepasst (Vgl. 2.1). Es kann davon ausgegangen werden, dass pflanzliche Drogen schon immer von Menschen konsumiert wurden, wobei es je nach Kultur, Epoche und Agrikultur, länderspezifische Unterschiede gab³. Erst durch die Pharmaindustrie wurden synthetische Drogen in der westlichen Welt konsumiert, wobei noch nicht zwischen Droge und Medikament unterschieden wurde (Vgl. 3.1.1).

Heutzutage wird eine Droge begrifflich von der medizinischen Droge, auch Medikament genannt, unterschieden und ist unter dem Begriff „Rauschdroge“⁴ bekannt. In diesem Sinne wird auch von der psychoaktiven Substanz gesprochen, welche sich als Stoff auf pflanzlicher oder synthetischer Grundlage definiert, der bei Zuführung in den Organismus die Wahrnehmung und das Erleben des Individuums verändert⁵. Diese Substanz gilt nicht grundsätzlich als Droge, sondern wird erst mit dem antizipierten Zweck der KonsumentInnen und der damit verbundenen gesellschaftlichen Definition zum Heil-, Genuss- oder Rauschmittel bzw. Rauschgift⁶. Es ergibt sich dadurch die Schwierigkeit Drogen global einheitlich zu definieren.

Die Debatte um Drogen und Drogenkonsum ist eingebettet in ein Wertesystem, welches verstärkt durch die Drogenpolitik⁷ zu dem beiträgt, dass wir die Substanzen als Drogen wahrnehmen, die als illegal gelten⁸. In der folgenden Arbeit werde ich mich mit dem Begriff der Drogen auf die im allgemeinen Sprachgebrauch als Rauschdrogen bezeichneten psychoaktiven Substanzen beziehen bzw. auf solche Substanzen, die in

³ Vgl. Reymann 2019, S. 16

⁴ Schetsche und Schmied-Kittel 2018, S. 283

⁵ Vgl. Jungaberle et al. 2018, S. 4

⁶ Vgl. Feustel et al. 2019, S. 3f.

⁷ In Kapitel 3 werde ich auf die geschichtliche Entwicklung der Drogenpolitik und dessen Merkmale eingehen.

⁸ Vgl. Tornay 2019, S. 94

Deutschland unter dem Gesetz der Prohibition stehen. Die Drogenarbeit⁹ in Deutschland behandelt sowohl die Stoff- und Nichtstoffgebundene Süchte, ist aber insbesondere in Bezug auf die Süchte von illegalen Stoffen in eine besonderes Spannungsfeld gebettet, welches ich ausführlich in Kapitel 5 darstellen werde.

2.1 Annäherung an den Suchtbegriff

Ausgehend von konstruktivistischen Ansätzen kann in der Wissenschaft nicht schlicht von Fakten gesprochen werden. Wenn wir uns dem Thema der Sucht nähern dann mit dem Bewusstsein, dass Forschungen und daraus resultierende Pathologisierungen ein gedankliches System und einen Blickwinkel darstellen¹⁰. Die Pathologisierung der Sucht stand bei der Entstehung des Suchtbegriffs am Ende eines Prozesses gesellschaftlicher Transformation, wobei insbesondere der Aufschwung des Protestantismus sowie die Industrialisierung Europas eine große Rolle spielten¹¹. Europa und Deutschland als Teil davon sind christlich geprägt. Hierbei übte das Christentum in der Vergangenheit einen großen Einfluss auf das deutsche Rechts- und Wertesystem aus. In Bezug auf Alkohol war die protestantische Kirche prägend, welche im Gegensatz zu der katholischen wenig Toleranz gegenüber Trunkenheit hatte. Innerhalb ihrer Deutung galt der Alkoholkonsum als Kennzeichen für einen schwachen Glauben, wobei im Laufe der Zeit diese Deutung der Trunkenheit im Abendland zu der prädominierenden wurde¹².

Zu diesem neu aufgestellten Wert der Selbstkontrolle gesellte sich die von seitens der neu entstandenen Fabriken geforderte Disziplin, sowie die von bürgerlich liberalen Eliten geforderte Rationalität und Verhaltenskontrolle, womit jeglicher ungezügelter Alkoholkonsum diskreditiert wurde. Daraus resultierte, dass insbesondere die untere Schicht von Diskreditierungen betroffen war¹³. Ein neues Phänomen war die Zuschreibung des krankhaften Trinkens, welches zwar vorher als Laster galt, jedoch erst in der Moderne die Zuschreibung einer Geisteskrankheit erhielt¹⁴. Darauf aufbauend wird heutzutage die Abhängigkeit durch die von der World Health Organisation (WHO)

⁹ Im Kapitel 5 und Kapitel 7 werde ich geschichtlich herleiten auf was ich mich bei dem Begriff der Drogenarbeit in Deutschland und Portugal beziehe.

¹⁰ Vgl. Spode 2013, S. 17

¹¹ Vgl. Nolte 2019, S. 133f.; Vgl. Legnaro 2019, S.32

¹² Vgl. Nolte 2019, S. 133f.

¹³ Vgl. Legnaro 2019, S.32; Vgl. Kastenbutt 2019, S. 120

¹⁴ Vgl. Legnaro 2019, S. 32

aufgestellten Kriterien des International Statistical Classification of Diseases and Health Problems (ICD)-10 klassifiziert. Die Abhängigkeit¹⁵ äußert sich durch psychische und physische Symptome. Indikatoren für die Abhängigkeit sind: Zwanghaftigkeit, verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn und Ende des Konsums, Toleranzentwicklung, sowie die eigene körperliche Vernachlässigung und die Inkaufnahme von negativen individuellen und sozialen Folgen¹⁶.

Die erste Definition gab die WHO 1945 heraus, wobei eine kontinuierliche Erweiterung auf neue Stoffe stattfand. Bis zum heutigen Tag wurden bis zu 257 Zubereitungen im Zusammenhang mit der Prohibition von der WHO diskutiert¹⁷. Auf die Verknüpfung von Prohibition und Abhängigkeitsdiagnose werde ich insbesondere in Kapitel 5.1 eingehen. Es fand eine undifferenzierte Übertragung des Suchtmodells auf unterschiedliche Stoffgruppen statt, aus der sich auch ein einheitlicher Heilungsansatz ergab: Die Abstinenz^{18/19}. Als Fundament solcher Ansätze dient die neue Zielsetzung der WHO, das Streben nach dem höchst erreichbaren Level an Gesundheit aller Menschen. Die Gesundheit wird nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als Zustand des kompletten physischen, mentalen und sozialen Wohls²⁰. Dies machte es möglich, dass neben dem gesellschaftlichen Wert der Produktivität das Prinzip der Effizienzsteigerung Einzug in den Gesundheitsbereich fand, was ein Verbot jeglichen Akts der Gesundheitsgefährdung sowie der körperlichen Selbstzerstörung legitimierte²¹.

Ein Selbsttest wurde entwickelt, welcher den Alkoholkonsum in risikoarmen, riskanten und gefährlichen klassifiziert. Riskanter Konsum fängt hierbei schon bei zwei Flaschen Bier am Tag für Frauen und drei kleinen Flaschen Bier bei Männern an²². Die Funktion eines solchen Selbsttest ist jedoch nicht nur den alkoholabhängigen Menschen zu zeigen,

¹⁵ Die WHO führte ab 1964 den Begriff Abhängigkeit statt Sucht ein (Vgl. Spode 2013, S. 16). In der Fachpraxis finden beide Begriffe Anwendung.

¹⁶ Vgl. IFT Institut für Therapieforchung 2020

¹⁷ Vgl. Hughes et al. 2018, S. 109

¹⁸ Vgl. Spode 2013, S. 15f. Vgl.

¹⁹ Die Haltung diese die Suchtmittelfreiheit als einziges Ziel oder zum Teil als Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Hilfen bedeutet, wird unter den Begriff des Abstinenzparadigma gefasst (Vgl. Stimmer und Andreas-Siller 2000, S. 7).

²⁰ Vgl. Stucki 2015, S. 1221

²¹ Vgl. Graebisch 2019, S. 369f.

²² Vgl. Tretter 2016, S. 5

dass sie ein Problem haben, sondern auch die Problematisierung von Alkoholkonsum *per se*²³.

In Bezug auf Drogen wird noch ein Schritt weitergegangen. Hierbei wird der Rausch an sich schon mit Drogenproblemen in Verbindung gebracht. Historiker Spode nennt die Argumentation: „Rausch schädige den Verstand, verursache soziale Kosten und befördere Suchtkrankheiten“²⁴. Jedoch wird mit diesem Argument kaum eine Kontextualisierung vorgenommen. Eine Kontextualisierung bedeutet zum Beispiel, dass nur unter gewissen Umständen der Rausch negative Folgen haben kann. Faktoren hierfür wären bspw. riskante Lebensbedingungen (wie bei Krisen, Verlusten, Einsamkeit etc.), das Alter der KonsumentInnen, die spezifischen Charakteristika der Substanzen und die jeweils unterschiedlichen Konsumformen. Hierbei werden zwischen gefährlichen, harten und weichen unterschieden²⁵. Weiterhin kann einer Substanz und dem von ihr bewirkten Rauschzustand nicht eine ganzheitliche Gefahr unterstellt werden, da sie je nach Zweck und Dosis auch heilende Wirkung haben kann.

Es kann festgehalten werden, dass sich aus der Definition der WHO keine multifaktorielle Suchtforschung ableiten lässt und dass das heutige Suchtmodell vor allem dazu beiträgt die KonsumentInnen als deviant zu kategorisieren, da sie aus dem Modell gezeichneten Normalzustand herausfallen (Vgl. Kapitel 4.2). Die Erklärung der Abhängigkeit nach der WHO ist sehr begrenzt hinsichtlich interdisziplinärer und differenzierter Gesichtspunkte. Es bleiben einige Fragen ungeklärt, bspw. warum nur ein geringer Anteil an KonsumentInnen überhaupt an Abhängigkeit erkrankt oder die Frage nach Phänomenen wie der sogenannten Spontanremission²⁶. In der Drogen- und Suchtforschungen finden sich seither viele Erklärungsmodelle aus den unterschiedlichsten Disziplinen und trotzdem dominieren in der Debatte um Sucht und Abhängigkeit die medizinisch-epidemiologischen Erklärungsansätze²⁷. Die globale Drogenpolitik baut auf dieser

²³ Vgl. Spode 2013, S. 15

²⁴ Feustel et al. 2019, S. 42

²⁵ Vgl. Ebd., 2019, S. 3f.

²⁶ Als Spontanremission wird die abrupte Heilung von der Abhängigkeitserkrankung mit und ohne Therapie bezeichnet. Diese findet bei einem nicht geringen Prozentsatz von Suchterkrankten statt (Vgl. Stimmer und Andreas-Siller 2000, S. 258). Sie widerspricht hierbei dem Bild, dass Suchterkrankte sich nicht ohne Langzeittherapie aus einer Abhängigkeit lösen können.

²⁷ Vgl. Kastenbutt 2019, S. 125

medizinischen Definition auf und implementierte ein System welches Drogen der Bevölkerung zu ihrem Schutze ganzheitlich entziehen soll.

3. Globale Drogenpolitik ab dem 19 Jhd.

Im Folgenden werde ich die historischen Entwicklungen der globalen Drogenpolitik chronologisch beschreiben. Insbesondere werde ich mich auf die Rolle Deutschlands in den Konferenzen beziehen, um zu verdeutlichen wie ein in der Vergangenheit drogenpolitisch liberaler Staat sich in einen Staat der repressiven Drogenpolitik verwandeln konnte.

3.1 Opiumkriege und Folgeabkommen

Zu der oben beschriebenen Transformation der Werte hinsichtlich des Alkohol- und Drogenkonsums addierte sich eine prohibitive Drogenpolitik. Der Prozess hin zu der Prohibition von Drogen, war gepflastert von außenpolitischen und ökonomischen Beweggründen. So fand sich Deutschland im Jahr 1910 in einem Spannungsfeld internationaler Interessenslagen wieder. Vor allem die Opiumkriege zwischen China und Großbritannien beförderten die Bestrebungen hin zu prohibitiven Maßnahmen. Großbritannien hatte China durch die illegale Einfuhr von Opium finanziell geschädigt, und auf Schutzreaktionen von Seiten der chinesischen Regierung mit zwei blutigen und zerstörenden Kriegen geantwortet. Die Knechtschaft, welche die britische Seemacht den Chinesen durch die Opiumeinfuhr auferlegte, war geprägt durch das Elend von Millionen von Menschen, sowie den finanziellen und staatlichen Ruin. Um die Wiederholung solcher Geschehnisse zu verhindern, wurde die Den Haager Konferenz zur Klärung des weiteren Vorgehens in globalen, drogenpolitischen Fragen einberufen²⁸.

3.1.1 Einordnung in das Zeitgeschehen

Die Geschehnisse lassen sich in eine Zeit einordnen, in der Drogen eine tragende Rolle im Handelsgeschehen spielten. Dies war bedingt durch die Ausbreitung des Kolonialismus durch die imperialistisch geprägten europäischen Staaten und damit verbundenen Entdeckungen neuer psychoaktiver Substanzen, die über den Seeweg importiert und weiterverkauft wurden²⁹. Deutschland importierte nicht nur psychoaktive

²⁸Vgl. Chung-yueh Hsü 2000, S. 168–195; Vgl. Scheerer 1993, S. 85-86

²⁹ Vgl. Hughes et al. 2018, S. 108

Substanzen aus anderen Staaten, sondern war auch Produzent. Die heutzutage illegalen Drogen wie Kokain und Heroin wurden tonnenweise in Deutschland durch die Pharmaindustrie produziert und in andere Staaten verschifft, wobei die Produktionsmenge den medizinischen Bedarf um einiges überstieg³⁰. In dieser Zeit der Drogenvergabe durch Mediziner traten erstmals Phänomene der Suchtkrankheit auf. Die ersten Debatten um ein eventuelles Drogenproblem in den Landesregierungen Deutschlands wurden wegen vereinzelter Drogenmissbräuchen im medizinischen Bereich geführt³¹.

Trotz der leichten Zugänglichkeit der Drogen wurden damals noch nicht so viele Kollateralschäden dokumentiert wie heutzutage. Die Historikerin Annika Hoffmann bemerkt: „Von Auffälligkeit Einzelner, von Arbeitsunfähigkeit, Drogenszenen, Drogentoten oder anderen Phänomenen, die heute einem problematischen Umgang mit Betäubungsmitteln zugeschrieben werden, berichtete 1910 keine der deutschen Landesregierungen“³². Eine Verschärfung der Problemwahrnehmung in Deutschland fand erst parallel zu den ersten Konventionen statt. Jeglicher Gebrauch von Betäubungsmitteln musste nun auf die Verwendung im medizinischen Bereich beschränkt werden³³.

3.1.2 Den Haager Konferenz

Im Jahr 1912 fand die Den Haager Konferenz, mit dem Ziel den globalen Opium Import und Export zu regulieren, statt. Für Großbritannien war eine Teilnahme ohne staatliche Schädigung nicht möglich, da es einem Schuldeingeständnis gleichgekommen wäre. Die United States of America (USA), als aufstrebendes Weltreich, wollten im Gegensatz zu England den wirtschaftlichen Aufschwung Chinas vorantreiben und den gesellschaftlichen Ruin durch die Opiumeinfuhr stoppen. Als die USA dann die geopolitische Stellung besaß, um England aktiv entgegenzutreten, fand die erste

³⁰ Vgl. Hug-Beeli 1995, S. 141

³¹ Vgl. Hoffmann 2012., S. 45

³² Ebd., S. 47; Die Beobachtung von Annika Hoffmann kann ein Indiz dafür sein, dass es weniger drogeninduzierte Verelendung gab. Es sind jedoch zu wenig Daten aus der Zeit zugänglich, da es noch nicht die Datenerfassungsmaßnahmen wie heute gab.

³³ Vgl. Ebd., S. 155

Opiumkonferenz in Shanghai statt. Eine Folgekonferenz fand in Den Haag statt, um die Beschlüsse in völkerrechtlich bindende Form zu fassen³⁴.

Eine Wendung nahmen die Ereignisse durch die Gegenforderungen Englands, eines zusätzlichen Handelsverbotes von Morphin, Heroin und Kokain. Hinter den Gegenforderungen standen zwei taktische Bestreben. Zum einen das Aufstreben der deutschen und belgischen Pharmaindustrien zu dämpfen, zum anderen die eigene Schuld zu relativieren³⁵. Hierbei machte Kokain, als Nicht-Opiat³⁶, eine Verschiebung der Problemwahrnehmung erst möglich. Der Kriminologe und Soziologe Sebastian Scheerer beschreibt passend: „Aus der internationalen Opiumfrage würde, wenn die Konferenz überhaupt ein Abkommen produzierte, die internationale Rauschgiftfrage [werden]“³⁷.

Annika Hoffman nennt die Angst vor der Schädigung der wirtschaftlichen Beziehung zu China sowie die Notwendigkeit des Bezugs von Arzneimitteln auch in Kriegszeiten als Gründe, welche die deutsche Regierung dazu veranlasste offiziell eine diplomatische Haltung zu den Verträgen einzunehmen³⁸. Die gesundheitspolitischen Beweggründe, mit denen heute die Prohibition legitimiert wird, spielten bei der Entscheidung eine untergeordnete Rolle³⁹.

Insbesondere die implementierte Universalitätstsklausel, als Idee des deutschen Reiches, prägte die Drogenpolitik langfristig. Alle 34 Staaten mussten einstimmig für das Abkommen sein und sich damit verpflichten den Drogenanbau,-handel und -konsum zu verhindern. Erst nach dem ersten Weltkrieg konnten die Siegermächte, als starke Befürworter der Prohibition, durch den Versailler Vertrag die Universalitätstsklausel erfüllen. Der Sieg der Alliierten im ersten Weltkrieg bildete demnach das Fundament für die heutige Drogenkontrolle⁴⁰. Ein weiterer Schritt zu dem vollkommenen Verbot von psychoaktiven Substanzen war die zweite Opiumkonferenz 1925, sowie das Genfer Abkommen von 1931. Nun waren auch Kokablätter, Cannabis und indigener Hanf

³⁴ Vgl. Scheerer 1993, S. 85-88

³⁵ Vgl. Ebd., S. 87ff.

³⁶ Als Opiat wird nach Duden (2020d) ein Arzneimittel benannt, welches Opium enthält. Ein Nicht-Opiat ist dementsprechend ein solches, welches keines enthält.

³⁷ Ebd., S. 92

³⁸ Vgl. Hoffman 2012, S. 48-51

³⁹ Vgl. Ebd., S. 37

⁴⁰ Vgl. Scheerer 1993, S. 93ff.

verboten. Alle Drogen wurden in die globale Planwirtschaft eingeordnet, welche die Produktion auf Nachfrage zu medizinischen Zwecken beschränkte ⁴¹.

3.1.3 UN- Konvention

Schon in der Präambel des Übereinkommens der Vereinten Nationen (UN-Konvention) ist das Fundament für die universelle globalisierte Drogenprohibition festgeschrieben, wo konstatiert wird: „Determined to bring about the gradual suppression of the abuse of opium, morphine, and cocaine as also of the drugs prepared or derived from these substances, which give rise to similar abuse [...]“⁴² Drogen waren durch die Opiumkriege zum ersten Mal in Verbindung mit staatlichem Machtmissbrauch zum Instrument für die Unterdrückung der Völker geworden. In der Konvention war jedoch der Wille zur Bekämpfung des stattfindenden Missbrauchs der Drogen seitens des Normalverbraucher impliziert. Substanzmissbrauch wurde noch im DSM IV von der Abhängigkeit unterschieden. Im DSM V wurden die beiden Begriffe unter Substanzgebrauchsstörung gefasst⁴³. Folgend wird in der Präambel sich auf solche Substanzen bezogen, welche zu einer Abhängigkeit führen können. Gleichzeitig wird der Konsum von illegalen Substanzen, unabhängig von der Quantität, als Missbrauch bezeichnet⁴⁴. Die UN-Konvention war somit prägende Instanz in der politischen Etablierung und Festschreibung des Drogenproblems und den damit verbundenen Stigmatisierungen der DrogenkonsumentInnen (Vgl. 4.3.1).

Drei wichtige Konventionen fanden in der Zeit von 1961-1988 statt, welche größtenteils noch heute gelten und die Drogenpolitik prägen. Heutzutage haben fast alle Staaten der Welt die Konventionen unterzeichnet⁴⁵. Die UN-Konvention hat ihren Ursprung in der Konvention der „Single Convention on Narcotic Drugs of 1961“⁴⁶ und in den Ergänzungen durch die „Convention on Psychotropic Substances of 1973“⁴⁷. Sie wurden mit dem Ziel einberufen dem Drogenproblem zu begegnen und den Schutz der öffentlichen Gesundheit sicherzustellen. Zusätzlich war die Convention on Psychotropic

⁴¹ Vgl. Ebd., S. 95

⁴² International Opium Convention 1912, S. 189

⁴³ Vgl. Dollinger und Schmidt-Semisch 2018, S. 36f.

⁴⁴ Vgl. WHO Geneva 1994, S. 4

⁴⁵ Vgl. Herschinger 2018, S. 404

⁴⁶ United Nations 2013, S.1

⁴⁷ Ebd.

Substances of 1971 eine Antwort auf die Vielfalt von neu entstehenden synthetischen Drogen, welche in dem vorherigen Vertrag nicht beinhaltet waren. Sie wurden nun hinsichtlich ihres Abhängigkeits- und Gefahrenpotenzials in Relation zu ihrem therapeutischen Wert klassifiziert. Die in der Konvention niedergeschriebenen, zu regulierenden Substanzen müssen auch in den nationalen Gesetzen Betrachtung finden. Es besteht zusätzlich die Freiheit einer weiteren Benennung von Substanzen⁴⁸.

Die dritte Konvention war die „United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988“⁴⁹, durch welche jeglicher Umgang mit Drogen wie Herstellung, Vertrieb und Absatz als Straftat definiert wurde. Zudem wurde zum ersten Mal die Kriminalisierung des Besitzes von psychoaktiven Substanzen gefordert, wobei die Staaten durch eine Schutzklausel die strafrechtlichen Regelungen „[...] vorbehaltlich ihrer Verfassungsgrundsätze und der Grundzüge ihrer Rechtsordnung“⁵⁰ implementieren durften. Durch diese Schutzklausel wird die Strafverfolgung europaweit unterschiedlich interpretiert⁵¹. Es ergaben sich aus den vertraglichen Verpflichtungen, hinsichtlich der UN-Konvention und der zu schützenden öffentlichen Gesundheit, die jeweiligen nationalen Implementierungen von ordnungspolitischen und strafrechtlichen Maßnahmen. Global ist eine Breite an unterschiedlichen Umgangsformen zu beobachten, die von Bestrafung durch Todesstrafe⁵² bis zur Entkriminalisierung des Drogenkonsums,- Besitz und -Verkauf (Vgl. 7.1.1) reicht. Es hat sich herausgestellt, dass die Entkriminalisierung noch immer in dem eingeräumten Handlungsspielraum der Staaten liegt. Heutzutage findet teilweise ein bewusster Bruch mit der UN-Konvention statt, bspw. seitens Uruguay und Bolivien durch den legalen Anbau und Verkauf von Cannabis. Dies wird von der UN-Kommission weitgehend toleriert⁵³.

Am Beispiel von den USA lässt sich die Wandelbarkeit und die Möglichkeit zur staatlichen Instrumentalisierung der UN-Konvention erkennen. Nachdem der ehemalige Präsident der USA, Richard Nixon, im Jahr 1971 den Krieg gegen Drogen ausgerufen

⁴⁸ Vgl. United Nations Office of Drugs and Crime 2013, S. 78; Vgl. Hughes et al. 2018, S. 109

⁴⁹ United Nations 2013, S.1

⁵⁰ Hughes et al. 2018, S. 110

⁵¹ Vgl. Ebd., S. 109f.

⁵² Vgl. Girelli 2019, S. 7

⁵³ Vgl. Lessmann 2017, S. 31f.

hatte, war die UN-Konvention Ausgangspunkt für eine militarisierte und externalisierte Drogenkontrolle, bspw. in Lateinamerika⁵⁴. Der Krieg gegen die Drogen implizierte dazu den Eingriff in die staatliche Souveränität und die nationale Gesetzgebungskompetenz, sowie auf individueller Ebene die Zerstörung von der Lebensgrundlage von tausenden LandwirtInnen, welche bedingt durch ihre prekären Lebenslagen von dem Drogenanbau gelebt hatten. Dies kommt einem Verstoß gegen Grundrechte gleich. Die fehlenden Erfolge hinsichtlich der Reduktion des Drogenanbaus durch repressive Eingriffe sind erwähnenswert. Anstatt eine Reduktion zu bewirken, lässt sich eine stete Verlagerung der Produktion, wie bspw. im Fall von Kokain, von einem Land zum nächsten beobachten. Solche Verlagerungen ziehen eine Spur von Unruhe, Todesopfern und Bürgerkriegen nach sich⁵⁵. Es lässt sich erahnen, dass sich die Drogenkontrolle in einem vielschichtigen politischen Spannungsfeld befindet, in dem die menschliche Würde eine zweitrangige Rolle spielt. „Drug prohibition produced a giant field for multiple kinds of interventions enforced through criminal and ethnical selectivity, government intrusions on public and personal health, and control over selected social communities and countries“⁵⁶. Die Autorin macht in diesem Satz darauf aufmerksam, dass die Drogenprohibition auf der Basis von strafrechtlicher und ethnischer Selektivität stattfindet. Durch die Prohibition werden Eingriffe in das Leben von Menschen aus besonderen sozialen Schichten und in die Souveränität von bestimmten Staaten legitimiert die für die westliche Welt unerwünschte Verhaltensweisen zeigen. Zudem werden durch das Ziel des Schutzes der öffentlichen Gesundheit, staatliche Eingriffe in die individuelle und öffentliche Gesundheit der Bevölkerung legitimiert.

4. Drogen und marginalisierte Gruppen

4.1 Der soziale Kontext der Suchtentstehung

Der Psychiater Norman Zinberg wies bereits in den 70er Jahren darauf hin, dass kulturelle sowie gesellschaftliche Einstellungen zu Drogen den individuellen Umgang mit diesen und deren Wirkungsweisen beeinflussen können. Er beobachtete in unterschiedlichen Staaten der USA, welche verschiedene gesetzliche Bestimmungen hatten, die Entstehung

⁵⁴ Vgl. Ebd., S. 7f.

⁵⁵ Vgl. Ebd., S. 9-10

⁵⁶ Labate et al. 2016, S. 2

von sich prägnant unterscheidenden Konsumkulturen. Aus diesen Beobachtungen heraus entwickelte er ein trianguläres Modell des „Drug, Set and Setting“⁵³. Dies bettet die KonsumentInnen in einen Kontext, in dem nicht nur die Pharmakologie der Droge (Drug) und die Persönlichkeit der KonsumentInnen (Set), sondern auch das physische und soziale Umfeld (Setting) in dem konsumiert wird, bedeutsam ist⁵⁸. Das Modell geht von einer multifaktoriellen Suchtentstehung aus, wobei die genetische Prädisponierung nur einen Faktor im vielschichtigen und wechselseitig beeinflussenden Konsumkontext darstellt. Betrachtet werden u.a. folgende Aspekte: Die emotionale Lage der KonsumentInnen, Alter, Geschlecht, Herkunft, Bildung, Familienstand, Kultur, Lebensphase, soziales Milieu⁵⁹, soziale Unterstützungsnetzwerke, Konsumform, Häufigkeit des Konsums und gesetzliche Rahmenbedingungen⁶⁰.

In seiner Studie erforschte Zinberg die Möglichkeit des kontrollierten Konsums in Abhängigkeit zu gewissen Bedingungen des sozialen Umfeldes. Dieser war bei allen Substanzen möglich. Tendenziell waren aber im Vergleich weniger Opiat-KonsumentInnen als Marihuana-KonsumentInnen mit kontrollierten Konsummuster zu finden. Die Entdeckung des kontrollierten Konsums kollidierte mit dem Abstinenzideal und mit dem gesellschaftlich etablierten Bild des alltagssprachlich als „Junkie“⁶¹ bezeichneten abhängigen Menschen. Ferner wird betont:

„Certainly, if our understanding of drug use is to improve, we must obtain more information about the social context of use, including a knowledge of how group customs and norms operate to shape different styles of use, how these customs (controls) arise, and how new users acquire them“⁶².

Demzufolge wird der Drogenkonsum in einen Gruppenkontext verortet, der in gesamtgesellschaftlichem Zusammenhang steht. In diesem werden Gebrauchsmuster und

⁵³ Zinberg 1984, S. 8

⁵⁸ Vgl. Ebd., S. 2; S. 8

⁵⁹ Ab den 80er Jahren verloren bei der Betrachtung des sozialen Milieus die Kriterien der Schichtzugehörigkeit, Bildung und Beruf an Bedeutung. Heutzutage beschreibt das soziale Milieu eine Gruppe mit ähnlichen Werthaltungen, Mentalitäten und Prinzipien der Lebensführung (Vgl. Hradil 2018, S. 319).

⁶⁰ Vgl. Zinberg 1984, S. 32-38

⁶¹ Laut Duden Online-Lexikon (2020b) wird als Junkie eine drogenabhängige Person im fortgeschrittenen Stadium bezeichnet. Im Alltagssprachegebrauch wird der Begriff oftmals mit abwertender Konnotation verwendet.

⁶² Zinberg 1984, S. 217

Kontrollmechanismen des Drogenkonsums erlernt. Insbesondere zwei besondere Kontrollinstanzen grenzen den Konsum ein. Zum einen sind es Rituale die den Rahmen des Konsums durch örtliche oder zeitliche Aspekte abstecken. Zum anderen sind es soziale Sanktionen, durch die festgelegt wird, ob und welche Drogen konsumiert werden dürfen. Dies geschieht entweder informell durch eine geteilte Gruppenmaxime oder formell in Form von gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien. Die gesetzlichen Bestimmungen zur Drogenkontrolle können hierbei eine Atmosphäre der Angst erschaffen und Symptome wie Paranoia und antisoziale Gefühle bei den KonsumentInnen verstärken⁶³. Bei illegalen Drogen kommt es zu einem Konflikt zwischen formellen und informellen Kontrollen d.h. zwischen dem Gesetz gegen den Konsum und der Zustimmung der sozialen Gruppe zum Konsum. Die Kluft zwischen gesetzlichen Bestimmungen und der Wahrnehmung innerhalb einer Gruppe, wie bspw. bezüglich des Schadenpotenzials von Cannabis kann so groß sein, dass der präventive Charakter des Gesetzes unwirksam wird⁶⁴.

Zusammenfassend gibt das Modell Impulse für eine Fokusverschiebung von Betrachtungsweisen, die ausschließlich individuelle Veranlagung zur Erklärung der Suchtentstehung heranziehen, wie von der Idee der sogenannten Suchtpersönlichkeit (und die inhärenten Stigmata vgl. Kapitel 4.2), hinzu einer differenzierten Betrachtungsweise der Lebenswelt des Individuums. Diese beinhaltet vielschichtige Aspekte die eine Suchtentstehung begünstigen können.

4.2 Soziale Ausgrenzung als Thema der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit als eine handlungsorientierte Wissenschaft, welche die menschenwürdige Gestaltung der Gesellschaft anstrebt (Vgl. Kapitel 1), kann gerechtigkeits-theoretische Ansätze nutzen, um an ihnen die Verwirklichungschancen und Entfaltungsmöglichkeiten des Individuums in der Gesellschaft zu messen. In dem Kontext der gerechtigkeits-theoretischen Ansätze sind insbesondere die Konzepte von Sen und Nussbaum hervorgehoben und miteinander verknüpft⁶⁵. Nach der amerikanischen

⁶³ Vgl. Ebd., S. 8

⁶⁴ Vgl. Ebd., S. 8f.

⁶⁵ Vgl. Böllert 2015, S. 494f.

Philosophin Martha Nussbaum müssen für ein „gutes Leben“⁶² jedem Individuum bestimmte Capabilities (Verwirklichungschancen zu Deutsch) zugänglich sein. An der Frage „Was kann jede Person tun und sein?“- werden die Verwirklichungschancen gemessen, die vom Staat auf politischer, ökonomischer und sozialer Ebene gegeben sein müssen. Es steht dem Individuum frei diese Chance in Aktion der Verwirklichung umzusetzen⁶⁷. Hierbei werden soziale Teilhabechancen und Ressourcenzugänglichkeit zum zentralen Ausgangspunkt für die Soziale Arbeit, den implizierten Interventionen und Präventionen. Soziale Teilhabe heißt hierbei: Anteil an der Gesellschaft zu haben, sich ihr sozial zugehörig zu fühlen und sie wirtschaftlich und gesellschaftlich mitgestalten zu können⁶⁴.

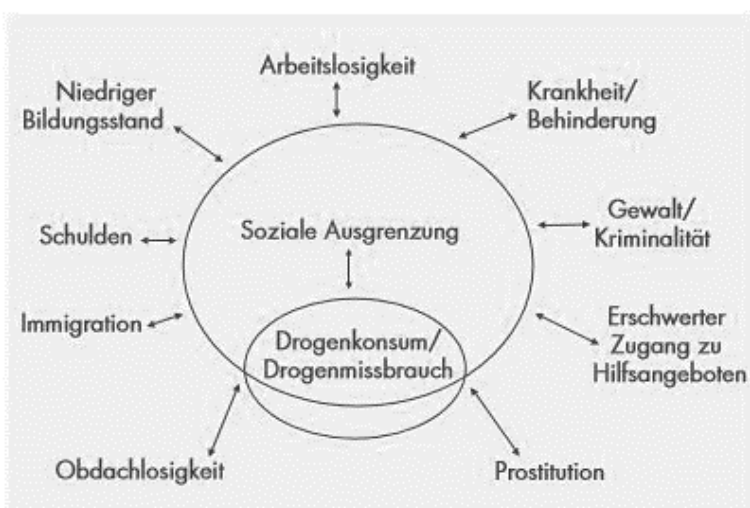


Abbildung 1: Wechselseitige Beeinflussung von sozialer Ausgrenzung und Drogenkonsum/Drogenmissbrauch; (European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2003, S. 65)

Die Abbildung verdeutlicht die Prekarität, in der sich die DrogenkonsumentInnen und KlientInnen der Drogenarbeit oftmals wiederfinden und die Wechselwirkungen, die Drogenkonsum, sowie Drogenmissbrauch und prekäre Lebenslagen haben können. Die soziale Ausgrenzung aufgrund von Drogenkonsum kann durch verschiedene Aspekte

⁶² Vgl. Nussbaum 2011, S. 20; Martha Nussbaum bezieht sich auf eine Lebensqualität, hier genannt gutes Leben, die jedem Individuum erreichbar sein sollte. Jedes Individuum muss gleiche Capabilities haben. Soziale Ungleichheit und Ungerechtigkeit, hervorgerufen durch Diskriminierung und Marginalisierung, können Gründe für fehlende Capabilities des Individuums sein.

⁶⁷ Vgl. Ebd.

⁶⁴ Vgl. Rudolf 2017, S. 13

verstärkt werden, wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und auftretenden psychischen und physischen Krankheiten. Die vielfache Verknüpfung von Drogenabhängigkeit und psychischer Erkrankung, die Gefahren für extreme DrogenkonsumentInnen sich mit HIV und anderen hochstigmatisierten Krankheiten zu infizieren oder durch den Beschaffungsdruck in das Milieu der Prostitution zu geraten, können zu einer starken Ausgrenzung durch die Gesellschaft führen (Vgl. Abbildung 2) und damit zu fehlenden Capabilities.

Die konstitutionelle Stigmatisierung der DrogenkonsumentInnen als andersartig, bedient bis heute das wissenschaftliche Bedürfnis nach Kausalität, erschafft aber auch Bilder von Normalität und Devianz⁶⁵. Die in der Subgruppe zusammenkommenden, sind als sozial abweichend klassifiziert und werden mit einer Art „kollektive[n] Ablehnung der sozialen Ordnung“⁶⁶ antizipiert. Jeglicher Verstoß gegen die rechtlich implementierten Normen kann mit einem Ausschluss aus der Gesellschaft bestraft werden und wird durch die Angst hiervor begleitet (Vgl. Kapitel 4.3.2).

Auffälligkeiten spezieller Gruppen ergeben sich aus der Sichtbarkeit von Gruppen, die am Rand der Gesellschaft stehen. Die Sichtbarkeit solcher Gruppen erschließt sich aus der selektiven Polizeipraxis, welche verstärkt Präsenz in bestimmten Gebieten zeigt, sowie aus der Wahl des öffentlichen Konsumortes zum Beispiel aufgrund von Obdachlosigkeit. Hinzu kommt, dass die Reinheit und Qualität der Substanzen im niedrigen Preisniveau stark sinkt und verstärkt zu gesundheitlichen Schäden führt, welche wiederum das Aufsuchen von öffentlichen Diensten bedingen. Durch die Angewiesenheit der Akquise von Finanzmitteln auf der Straße und den daraus folgenden staatlichen Repressionen werden die Betroffenen noch transparenter für den Staat. Aufgrund von fehlenden finanziellen Mittel, die ein Drogenproblem leicht verschleiern können, kommt es zu einer verstärkten Auffälligkeit und zu daraus resultierenden Sanktionsmaßnahmen⁶⁷. Folglich können durch die rechtspolitische Praxis, Ungleichheiten und Exklusion verstärkt werden.

⁶⁵ Vgl. Walter 2018, S. 55

⁶⁶ Goffman 1972, S.176

⁶⁷ Vgl. Dollinger 2019, S. 243f.

4.3 Theorienbezug

4.3.1 Das Stigma der Drogensucht nach Erving Goffman

Erving Goffman definiert ein Stigma als ein Attribut oder Zeichen, durch welches der Zeichenträger in bestimmter negativer Weise gekennzeichnet wird. Die Sucht als Stigma behaftet den Süchtigen mit Charakterfehlern und skizziert ihn als unfreies, unehrenhaftes, seinen Leidenschaften verfallendes Wesen⁶⁸.

Aufgrund des Vorurteils, dass der Stigma-Träger nicht ganz menschlich sei, werden eine Vielzahl von Diskriminierungen ausgeführt durch die seine Lebenschance⁶⁹ und damit verbundene Lebensqualität und soziale Teilhabe reduziert wird. Es wird eine Stigma Theorie konstruiert auf welche sich das Überlegenheitsgefühl der „Normalen“⁷⁰ gründet. Dem Stigmatisierten wird ein Gefährdungspotenzial angelastet, wodurch die Rationalisierung der Animosität⁷¹ oftmals aufgrund von unbewussten, gesellschaftlichen Differenzen wie der Klassendifferenz stattfinden kann. Dabei kann eine Person die Trägerin von mehreren Stigmata sein, die sich gegenseitig verstärken⁷².

Folgen von Stigmatisierung können sein:

- Die Abwertung und Diskriminierung durch Schlussfolgerung auf moralische Verwerflichkeit der Person⁷³.
- Die Scham verbunden mit dem Verlust des Selbstwertes. Sie wird zum Merkmal der Stigmatisierung, wenn das Individuum eines seiner Attribute als etwas schädliches begreift. Die externale und öffentliche Stigmatisierung kann internal übernommen werden und zu einer Art Selbststigmatisierung führen, was einen großen Anteil an der Suchtentstehung haben kann⁷⁴.
- Die empfundene Scham über die Diskrepanz zwischen den gesellschaftlichen Normen und dem eigenen Leben, sowie das Scheitern an individuellen

⁶⁸ Vgl. Goffman 1972, S. 12f.

⁶⁹ Laut Duden Online-Lexikon (2020a) wird als Lebenschance die Aussicht für das weitere Leben bezeichnet.

⁷⁰ Goffman referiert sich auf die Normalen „[...] als solche die von den jeweils in Frage stehenden Erwartungen nicht abweichen“ (Goffman 1972, S. 13).

⁷¹ Rationalisierung des feindseligen Auftreten gegenüber von stigmatisierten Personengruppen (Vgl. Duden 2020c)

⁷² Vgl. Goffman 1972, S. 13f.; S. 64-67

⁷³ Vgl. Ebd., S. 9

⁷⁴ Vgl. Ebd., S. 19

Lebensstandards, kann den Wunsch nach dem Konsum verstärken, um die aufkommenden Gefühle von Scham zu vermindern⁷⁵.

- Durch die Internalisierung des negativen Gesellschaftsbildes als sozial abweichend und aufgrund der empfundenen Ausgegrenztheit kann es zur Selbst-Sabotage kommen. Hierbei werden Chancen nicht genutzt, um die eigene empfundenen Minderwertigkeit zu bestätigen⁷⁶.
- Die Unsicherheit im Umgang mit Normalen, kann sich aus der empfundenen Andersartigkeit und aus einer Furcht vor Missachtung ergeben. Sie entsteht aus dem Unbehagen aufgrund von wahrgenommenen Beurteilungen und Projektionen und kann zu der prinzipiellen Vermeidung solcher Kontakte und zur Exklusion vom öffentlichen Leben, sowie aus der öffentlichen Sicht führen⁷⁷.

4.3.2 Labeling approach

Becker prägte die Soziologie der 20er Jahre der Chicagoer Schule und bezieht sich in Tradition des symbolischen Interaktionismus auf die Intersubjektivität des Menschen. Dies bedeutet ein stetes aufeinander Bezug nehmen, sowie das Aushandeln und zuschreiben von Interpretationen von Situationen, Verhalten und Objekten⁷⁹. Er beschäftigte sich mit sozialdeterminierender Normsetzung, welche selektiv von hierarchisch überlegenen Gruppen in Form von Gesetzen und Regeln durchgesetzt wird. Hierdurch wird eine Regelkonformität institutionell erschaffen, die im Umkehrschluss den davon Abweichenden als Devianten darstellt⁸⁰. Dies nennt Becker Etikettierung. Für diese muss eine Übereinkunft darüber stattfinden, in der Verhalten als abweichend gilt. Becker nennt die Akteure, welche die neuen Regeln und Gesetze durchsetzen „[M]oralische Unternehmer“⁸¹, welches eine Durchsetzung von moralischen Werten impliziert. Drei wichtige Instanzen bei dem Prozess der Regeldurchsetzung sind nach Becker die Regelsetzer, Regeldurchsetzer und die Öffentlichkeit⁸².

⁷⁵ Vgl. Matthews et al. 2017, S. 278

⁷⁶ Vgl. Ebd., S. 280

⁷⁷ Vgl. Goffman 1972, S. 22-25; Vgl. Matthews et al. 2017, S. 278

⁷⁹ Vgl. Danko 2019, S. 210

⁸⁰ Vgl. Lamnek 1990, S. 218; Vgl. Danko 2019, S. 212

⁸¹ Lamnek 1990, S. 218

⁸² Vgl. Ebd.

- Die Regelsetzer sind eine Interessengruppe, die besonderen Nutzen aus der Durchsetzung der Regel zieht⁸³. In Bezug auf die Drogenpolitik stellten sich die drahtziehenden Staaten in der Festsetzung der UN-Konvention als wichtige Akteure in der Regelsetzung heraus⁸⁴.
- Staatliche Körperschaften wie die Polizei, Justiz, Medizin und Bildungsinstanzen werden als Regeldurchsetzer betitelt, da sie die Einhaltung und Durchsetzung der Regeln kontrollieren⁸⁵.
- Die Öffentlichkeit soll von der Notwendigkeit bestimmter Regeln überzeugt werden, da die Normanwendung durch die Gesellschaft stattfinden muss. Hierbei können Berichte und Kampagnen medial gestreut werden und die Finanzierung von zweckdienlichen Forschungen stattfinden. Die Wahrnehmung in Bezug auf Kriminalität kann wie eine Spirale skizziert werden, welche sich durch mediale Netzwerke, situierte Aktionen und öffentliche Wahrnehmung windet. Hierbei werden neue Wahrnehmungen geschaffen, sowie schon konstruierte Bedeutung und Erfahrungsmuster bestätigt⁸⁶.

Eine Folge der Etikettierung kann die Entstehung von Subkulturen sein. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass durch den Zusammenschluss von Personen, die gemeinsame Vorstellungen teilen, konventionelle Auffassungen innerhalb der Gruppe als nichtzutreffend betrachtet werden können, und dass abweichendes Verhalten durch Rationalisierung legitimiert wird. In Bezug auf die soziale Lerntheorie⁸⁷ bedeutet der Kontakt mit einem bestimmten Milieu, welches delinquente Verhaltensweisen ausführt, auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Übernahme von delinquenten Handlungsmustern⁸⁸. Eine weitere Folge kann die Exklusion darstellen. Die Devianten können von informellen und formellen Sanktionsmaßnahmen betroffen sein, wodurch sie eingeschränkt werden konforme Handlungsmöglichkeiten zu wählen. Dies kann in einem Lebensstil, der die deviante Identität zum Ausdruck bringt, münden. Vorherige

⁸³ Vgl. Ebd.

⁸⁴ Vgl. Ebd.

⁸⁵ Vgl. Ebd.

⁸⁶ Vgl. Lamnek 1990, S. 28; Vgl. Lemert 1951, S. 64; Vgl. Ferrell et al. 2008, S. 133

⁸⁷ Die soziale Lerntheorie geht von einem Wechselverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft aus. Das Individuum kann sich der Lerntheorie entsprechend, nur innerhalb der Gesellschaft von Gruppen Kulturtechniken und Werthaltungen aneignen. Hierbei spricht man von einer aktiven Aneignung (Vgl. Steinbicker et al. 2014, S. 303)

⁸⁸ Vgl. Danko 2019, S. 214f.

integrative Rollen können aufgelöst und an die neue Rollenzuschreibung als deviant angepasst werden⁸⁹. Exkludierende Faktoren auf der Ebene von Arbeit oder Familie nehmen hierdurch zu. Insbesondere die oben beschriebenen selektiven Polizeikontrollen führen zu der Etikettierung gewisser Randgruppen als kriminell, was wiederum in verstärkter Übernahme von kriminellen Lebensmodellen münden kann. Dies bestätigt auch Zinberg in seiner Darstellung. In der zeigt er auf, dass die polizeiliche Klassifizierung von bestimmten Randgruppen als kriminalitätsaffin zu häufigeren Kontrollen und dadurch zu einer Self-fulfilling prophecy führen kann⁹⁰.

Fisher und Strauss resümieren treffend: „For Becker, the world of deviants is a world of separate groups, individuals huddled together for protection in a hostile world“⁷⁸ Demzufolge ist die Welt der Devianten von den Normalen separiert und eine in sich beschützende und bestätigende Lebenswelt. Unterstützungsnetzwerke wie die der nicht konsumierenden Freunde, Familie und wohlfahrtstaatlichen Hilfen bleiben deshalb zumeist ungenutzt.

5. Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit in Deutschland nach 1945

5.1. Das Betäubungsmittelgesetz von 1971

Im Folgenden werde ich die Grundzüge und wichtige Paragraphen des Betäubungsmittelgesetz (BtMG) von 1971, sowie Widersprüchlichkeiten innerhalb der Rechtspraxis beschreiben. Heutzutage wird das BtMG von verschiedenen AutorInnen kritisiert, wobei Debatten um alternative Strategien kommunaler Drogenpolitik stattfinden⁹¹.

Die Abstinenzfixierung der 70er Jahre wurde auf strafrechtlicher Ebene durch das Instrumentarium der Prohibition und Repression durchgesetzt. Das BtMG liegt der UN-Konvention sowie dem 1971 verabschiedeten Gesetz zu den Ergänzungen für psychoaktive Substanzen zugrunde. Im Jahr 1971 wurde das BtMG zum Zweck des „Schutzes der Volksgesundheit“⁹² verabschiedet, und hat durch die Strafverfolgung von

⁸⁹ Vgl. Lamnek 1990, S. 218; S. 226

⁹⁰ Vgl. Dollinger 2019, S. 244

⁷⁸ Fisher und Strauss 1978, S. 20

⁹¹ Vgl. Graebisch 2019, S. 368

⁹² Vgl. Malek 2015, S. 11; Bundesverfassungsgericht 1994, S. 17

DrogenkonsumentInnen und DrogendealerInnen den generalpräventiven Anspruch, die Öffentlichkeit von illegalem Drogenkonsum abzuhalten und dadurch unerwünschte Folgen für die Gesellschaft wie bspw. Unfälle oder Kriminalität zu verhindern⁹³.

Die sogenannten Betäubungsmittel⁹⁴ werden im Anhang I bis III des BtMG angeführt. Um einen weiteren Stoff auf die Liste zu setzen, müssen die in §1 Abs. 2 BtMG klassifizierten Charakteristika gegeben sein: Er muss ein wissenschaftlich nachgewiesenes Suchtpotenzial⁹⁵ beinhalten und er kann zur Herstellung von Betäubungsmitteln gebraucht werden, welches eine unmittelbare oder mittelbare Gefährdung der Gesundheit, durch den implizierten missbräuchlichen Gebrauch darstellt. In den §§29ff. BtMG wurden nahezu alle Umgangsformen mit den dort gelisteten Substanzen unter Strafe gestellt. Trotz des Paragraphen §31a BtMG ist der Besitz von Drogen, selbst von einer weichen Droge wie Cannabis auch bei geringer Menge und zum Eigenverbrauch, noch immer unter Strafe gestellt. Cannabis wird insbesondere in den Debatten um die Drogenpolitik behandelt, da es sich um eine gesellschaftlich etablierte Droge handelt, bei der angenommen wird, dass das Gefährdungspotenzial nicht über dem von Alkohol und Nikotin liegt⁹⁶. Der Drogenkonsum ist per se laut BtMG zwar nicht strafbar, aber der Besitz. Von diesem wird in der polizeilichen Praxis bei konsumierenden Personen ausgegangen, was die Strafverfolgung von Konsumierenden bedingt. Der §31a Abs.1 BtMG ermöglicht der Staatsanwaltschaft Verfahren einzustellen: „[...] wenn die Schuld des Täters als gering anzusehen wäre; kein öffentliches Interesse an der Strafverfolgung besteht; und der Täter die Betäubungsmittel lediglich zum Eigenverbrauch in geringer Menge anbaut, herstellt, einführt, ausführt, durchführt, erwirbt, sich in sonstiger Weise verschafft oder besitzt“. Seitens der Polizei führt die

⁹³ Vgl. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012, S. 10

⁹⁴ Betäubungsmittel sind im Sinne der §3 und §29 des BtMG Stoffe oder Zubereitungen, für deren straffreien Umgang, wie bspw. Anbau, Verkauf und Erwerb eine Erlaubnis notwendig ist.

⁹⁵ Als Suchtpotenzial wird das der Substanz inhärente Risiko benannt, aufgrund der pharmakologischen Wirkungsweise auf physiologische und/oder psychische Funktionen eine Abhängigkeit von der Substanz zu entwickeln (Vgl. WHO Geneva 1994, S. 28). Zusätzlich wurde eine Tabelle entwickelt, die das gesamte Gefährdungspotenzial einer Substanz, bestehend aus physischer Schädlichkeit, Abhängigkeitspotenzial und sozialen Auswirkungen, erfasst. Bei dieser fällt auf, dass sich von 20 aufgezählten Substanzen die legalen Drogen wie Tabak und Alkohol auf Platz 5 und 9 der gefährlichsten Substanzen befinden (Vgl. Nestler und Malenka 2008, S. 30-37).

⁹⁶ Vgl. Nestler und Malenka 2008, S. 30-37

Arbeit „für den Papierkorb“⁹⁷ zu Unmut und Fragen bezüglich des Umgangs mit Arbeitsressourcen⁹⁸.

Im Jahr 1982 wurde das Prinzip „Therapie statt Strafe“⁹⁹ nach §§35-38 BtMG eingeführt. Seitdem können drogenabhängige StraftäterInnen, die bereits in Therapie sind, sowie solche, die bereit sind eine zu machen, bei einer freiheitsentziehenden Strafe bis zu zwei Jahren, sich dieser durch Therapie entziehen. Kritische Stimmen machen darauf aufmerksam, dass durch den Paragraphen die Grenzen zwischen Therapieeinrichtung und Gefängnis stark verschwimmen. Nach Bader befinden sich zwischen siebzig und achtzig Prozent der Drogenabhängigen aufgrund von richterlicher Anweisung und einer erzwungenen Freiwilligkeit in Behandlung¹⁰⁰.

5.1.2 Exkurs konträre Rechtsbestimmungen

Im Jahr 1994 wanden sich Landes- und Amtsgerichte verschiedener Bundesländer an das Bundesverfassungsgericht, damit es gemäß Art. 100 Abs. 1 GG prüfe, ob die Strafverfolgung in Bezug auf den Konsum von Cannabis verfassungsmäßig wäre. Sie sahen sich, durch ihre Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit, gehindert, die in Verbindung mit Cannabis stehenden Strafverfahren durchzuführen¹⁰¹. Als Gründe wurden u.a. folgende genannt:

1. Unvereinbarkeit mit dem Art. 2 Abs. 1 GG und das in diesem Zusammenhang genannten Recht auf Rausch. Es wird argumentiert, dass das Recht auf Selbstbestimmung in Bezug auf die eigene Nahrungs-, -Genuss- und Rauschmittelzuführung der Bürger eingeschränkt werden würde¹⁰².
2. Verstoß gegen den Grundsatz der Eignung und Erforderlichkeit, wonach ein Gesetz eine gewisse Hilfe zu der Erreichung von einem angestrebten Ziel darstellen müsse. Das Instrument der Strafandrohung wird in Bezug auf seine gewünschte abschreckende Wirkung angezweifelt. Zusätzlich soll das Strafrecht nur als letzte Instanz dienen und in dem Fall von Cannabis haben andere

⁹⁷ Behr und Steckhan 2017, S. 10

⁹⁸ Vgl. Ebd., S. 3; S. 10

⁹⁹ Weinbauer 2019, S. 421

¹⁰⁰ Vgl. Bader 2002, S. 423f.

¹⁰¹ Vgl. Tschentscher 2020, Z. 35

¹⁰² Vgl. Ebd., Z. 42

Länderbeispiele gezeigt dass durch andere Maßnahmen, die nicht einen solchen weitreichenden Eingriff in die Handlungsfreiheit des Einzelnen darstellen, die Kontrolle des Konsums erreicht werden kann¹⁰³ (Vgl. Kapitel 9).

3. Widerspruch zum Rechtsstaatsprinzip, nach dem die Schwere und das Gewicht des Eingriffs in die Freiheit des Menschen, mit der Dringlichkeit und den zugrundeliegenden ersichtlichen Gründen abgewogen werden müsse. Dies würde eine starke Gefährdung für das Individuum oder für die Gesellschaft voraussetzen, die nicht gegeben sei¹⁰⁴.

Der Cannabis Beschluss von 1994 legitimierte weiterhin die strafrechtliche Verfolgung von Cannabis-Konsumenten. Er bezieht sich hierbei auf eindeutig zu erbringende Nachweise bezüglich der Unschädlichkeit der Substanz¹⁰⁵. Schon bei einer weichen Droge wie Cannabis wird hierbei von einer antizipierten Gefährdung von Gemeinschaftsbelangen ausgegangen. Den KonsumentInnen wurde ein Fremdverletzungspotenzial durch das in Umlauf bringen der Droge zugerechnet. Auch wird Cannabis immer wieder als Einstiegsdroge eingestuft¹⁰⁶. Unter Gemeinschaftsbelangen wurden ein drogenfreies soziales Zusammenleben, die staatliche Sicherheit vor organisierter Kriminalität und die Umsetzung der internationalen Verpflichtungen genannt¹⁰⁷. Insbesondere dadurch, dass die Prohibition zu mehr organisierter Kriminalität geführt hat, welche durch ein vielschichtiges Darknet verfestigt wird¹⁰⁸, kann nicht von einer zielgerechten gesetzlichen Bestimmung gesprochen werden. Der Beschluss machte weitgehende Forderungen hinsichtlich der Entkriminalisierung oder Legalisierung unsinnig, da diese entweder abgelehnt oder erst gar nicht mehr eingereicht wurden¹⁰⁹.

¹⁰³ Vgl. Tschentscher 2020, Z. 43; Vgl. Graebisch 2019, S. 376

¹⁰⁴ Vgl. Tschentscher 2020, Z. 43; Vgl. Graebisch 2019, S. 373-376

¹⁰⁵ Vgl. Graebisch 2019, S. 375

¹⁰⁶ Der Sozialwissenschaftler Lenson (1995) stellt fest, dass der Konsum von Cannabis nicht zu dem automatischen Folgekonsum von Substanzen mit stärkeren Wirkspektrum führen muss, genauso wenig es eine klassische Drogengebrauchsentwicklung gibt.

¹⁰⁷ Vgl. Lang 2011, S. 57f.

¹⁰⁸ Vgl. European Monitoring Centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) 2019, S. 22

¹⁰⁹ Vgl. Graebisch 2019, S. 368

5.2 Konzeptionalisierung der Drogenhilfe

Das Drogenhilfesystem¹¹⁰ hat im Laufe der Zeit an Vielschichtigkeit gewonnen und ist in steter Abhängigkeit zu drogenpolitischen Entscheidungen in einem permanenten Prozess der Veränderung. Im Folgenden möchte ich insbesondere auf die neu entstandenen Hilfsangebote und ihre Grenzen eingehen. Die Abhängigkeit von staatlichen Geldern und rechtlichen Regelungen haben die Drogenhilfe von Anfang an in ihrer Freiheit und Reichweite begrenzt. Ein steter Aushandlungsprozess von Akteuren, die sich über Regelungen hinwegsetzen mussten war nötig, um neue Möglichkeiten zu schaffen. Auf diesen Prozess möchte ich in dem Kapitel zur Entwicklung von neuen Hilfsangeboten eingehen. Danach werde ich die Angebote der Drogenhilfe skizzieren. Besonderer Fokus liegt auf den neu entstandenen akzeptanzorientierten Ansätzen, da sie für die Verbesserung der Gesundheit und Lebensqualität der KlientInnen eine essenzielle Rolle spielen.

5.2.1 Entwicklung neuer Hilfsangebote

Die Drogenhilfe in Deutschland ist als Folge der entstehenden illegalen Drogenszene ab den 70er Jahren und der verbundenen neuen Fokussierung auf dem Drogenproblem entstanden. Mit dem Vorbild der Abstinenzbewegung in den USA wurden in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) erste Abstinenzverbände gegründet, die auf Basis des Abstinenzparadigma handelten¹¹¹. Die klassische Drogenhilfe fußte sich auf der Leidensdruckforcierung und dem „helfenden Zwang“¹¹² in Form von der Aussetzung der Haftstrafe durch Therapie¹¹³. Bis in die Mitte der 80er Jahre gab es ein homogenes auf Langzeittherapie ausgerichtetes System, welches Jugend- und Drogenberatungsstellen in einer Unterstützer- und Vermittlerposition zu abstinenzorientierten Therapieeinrichtungen sah¹¹⁴.

Erste Veränderungen in der Drogenhilfe entstanden durch die Release-Bewegung im Jahr 1967 in Großbritannien, welche alternative Hilfsformen zu dem Drogenkonsum

¹¹⁰ Im folgenden Kapitel 5.3.1 werde ich mich am Begriff des Drogenhilfesystem annähern. Die Gesamtheit von Angeboten, die ich im Folgenden skizzieren werde, können unter den Begriff des Drogenhilfesystems Deutschland gefasst werden. Im Kapitel 7 werde ich die Unterschiede und Ähnlichkeiten des deutschen und portugiesischen Drogenhilfesystems aufzeigen.

¹¹¹ Vgl. Stimmer und Andreas-Siller 2000, S. 2ff.

¹¹² Schuster 2012, S. 17

¹¹³ Vgl. Ebd.

¹¹⁴ Vgl. Schmid 2003, S. 16

ablehnenden Hilfssystem der Abstinenzbewegung schaffen wollte. Sie wandte sich gegen die Idee der professionellen Behandlung von Drogenkonsum, basierend auf einer generellen kritischen Einstellung zu staatlichen Institutionen, sowie zu der Kriminalisierung des Drogenkonsums. Aus dieser Bewegung heraus wurden Angebotsformen, wie therapeutische Wohneinrichtungen, Rechtshilfen, konkrete Hilfen für Jugendliche DrogenkonsumentInnen, Telefon und Beratungsdienst und alternative Kommunikations-, -Therapie -und Lebensangebote, entwickelt¹¹⁵. Die Bewegung befand sich jedoch in einem schwierigen Finanzierungsgefüge. Damaliger Release-Aktivist Dieter Höhne berichtete von der Abhängigkeit von staatlichen Geldern, welche die Release Bewegung und implizierte Angebotsformen zum Objekt der reaktionären Politik werden ließ. Durch die Bürokratisierungs-, Institutionalisierungs- und Professionalisierungsprozesse der Drogenhilfe¹¹⁶ ging die Release Bewegung in etablierte Träger der Drogenhilfe über. Diese übernahmen viele an die Bewegung angelehnte Angebotsformen übernommen¹¹⁷. Die Bewegung hat ähnliche Ansätze wie die akzeptanzorientierte Drogenarbeit, welche sich in Deutschland heutzutage weitgehend etabliert hat (Vgl. 5.4).

5.3 Akzeptanzorientierte Ansätze

Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit entstand als Gegenmodell zu der abstinenten Drogenhilfe. Sie war eine Reaktion auf ausbleibende Erfolge und auf die weite Verbreitung von HIV und Hepatitis Erkrankungen, sowie den steigenden Drogentotenfällen Mitte der 80er Jahre¹¹⁸. Die akzeptanzorientierte Drogenarbeit forciert den Schwellenabbau, Gesundheits- und Überlebenssicherung und möglichst voraussetzungsfreie Unterstützung¹¹⁹. Es entstanden die ersten niedrigschwelligen suchtbegleiteten Einrichtungen und erstmalig wurden Opioid-Substitutions-Therapien (OST), wie die Methadonbehandlung und später die heroingestützte Behandlung angewandt. Zu den niedrigschwelligen Angeboten zählen Kontaktläden, Straßensozialarbeit, Notschlafstellen, betreute Wohneinrichtungen, sowie Drogenkonsumräume. Diese wurden durch Neuerung des BtMG durch den §10a BtMG

¹¹⁵ Vgl. Heuer 1997, S. 130f.

¹¹⁶ Vgl. Gerlach 2004, S. 125

¹¹⁷ Vgl. Ebd., S. 126

¹¹⁸ Vgl. Ebd. S. 126f.

¹¹⁹ Vgl. Schuster 2012, S. 16

zu einer legalen Angebotsform. Trotzdem ist die Zulassung und Einstellung jedem Bundesland überlassen mit der Folge, dass nur 6 von 16 Bundesländern Drogenkonsumräume betreiben. Währenddessen wurden in allen Bundesländern Spritzentauschprogramme implementiert¹²⁰.

Grenzen und Schwierigkeiten innerhalb der akzeptanzorientierten Arbeit ergeben sich durch das doppelte Mandat von Hilfe und Kontrolle, welches durch den Zwiespalt von Akzeptanzgrundsatz und ordnungspolitischem Auftrag entsteht. Zu den ordnungspolitischen Aufträgen zählen: Die Verhinderung des öffentlichen Konsums sowie von Lärm und Abfall vor der Einrichtung. Ferner das Verbot des Dealens vor jener. Die SozialarbeiterInnen werden durch den staatlichen Auftrag zur ordnungspolitischen Regeldurchsetzung zu einer Kontroll- und Verwaltungsinstanz der KonsumentInnen, die aus dem Sichtfeld der Öffentlichkeit geschafft werden sollen. Fehlende finanzielle Mittel können hierbei ausbleibende Erfolge und Überforderung in Einrichtungen erklären¹²¹.

5.3.1 Harm Reduction

Die Harm Reduction ist einer der Grundansätze der akzeptanzorientierten Drogenarbeit. Als Fundament dient die Akzeptanz des Wunsches nach Konsum, da sich diese Angebotsform explizit nach den Bedürfnissen der KlientInnen richtet und Abstinenz als erstrebenswertes, aber schwer erreichbares Ziel betrachtet. Sie strebt nach medizinischer Versorgung für KonsumentInnen, sowie nach der Minderung von sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Risiken die der Drogenkonsum haben kann. Harm Reduction basiert auf den Menschenrechten, sowie den Prinzipien des öffentlichen Gesundheitswesens, woraus sich eine Grundhaltung gegen Stigmatisierung und gegen einen stigmatisierenden Wortgebrauch ergibt. Zusätzlich setzt sie sich für eine Drogenpolitik ein, die in Einklang mit den Menschenrechten ist. Sie kritisiert die Prohibition und die Kriminalisierung des Drogenkonsums, da sie negative Effekte auf die Gesundheitslage der KonsumentInnen hat, sowie Risiken des Drogenkonsums verstärkt oder erst erschafft. Insbesondere in Gefängnissen haben viele Insassen einen sehr geringen Zugang zu Harm Reduction Maßnahmen und es besteht dadurch ein erhöhtes Risiko für Konsumierende im Gefängnis an HIV, Tuberkulose und anderen Infektionen

¹²⁰ Vgl. Ebd., S. 18

¹²¹ Vgl. Schuster 2012, S. 19f.; Vgl. Stöver und Schäffer 2011, S. 7

zu erkranken¹²². Zu den Maßnahmen gehören: Nadel-Spritzen-Programme, Behandlung von Drogenabhängigkeit, Hilfe bei problematischem Drogenkonsum, Vermeidung von Todesfällen durch Vergabe von Naloxon bei Überdosierungen¹²³, Tests und Behandlung von HIV, Tuberkulose und Hepatitis B und C oder durch Blut übertragbare Infektionen, sowie Verminderung von anderen Schäden. Die UNAIDS fordern hierfür u.a. die Umsetzung von Harm Reduction in einem Umfang der allen Drogenkonsumenten, auch in Gefängnissen und anderen geschlossenen Einrichtungen leicht, freiwillig und vertraulich zugänglich ist. Außerdem fordert sie die Verbesserung des Zugangs zu einer zwangsfreien und evidenzbasierten Behandlung der Drogenabhängigkeit. Sie ist hierbei ein wichtiger politischer Akteur, welcher sich für die Menschenrechtsstandards und für die freie Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Behandlungen einsetzt¹²⁴.

5.3.2 Opioid-Substitutions-Therapie

Die Substitutionsbehandlung stellt eine Alternative zu der Behandlung mit dem Ziel der Abstinenz dar und hat seit der Legalisierung im Jahr 1992 stark an Akzeptanz, Reichweite und Haltkraft in der BRD gewonnen. Sie ist Bestandteil der Maßnahmen der Harm Reduction und leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Abhängigen¹²⁵.

Die Rechtsgrundlage zur Substitution findet sich in den §5 a und b der Betäubungsmittel - Verschreibungsverordnung (BtMVV). Der §5 BtMVV definiert die Vorgaben für die Vergabe von Substitutionsmitteln ohne Diamorphin, welche vorzugsweise aus Levomethadon, Methadon oder Buprenorphin bestehen und in Ausnahmefällen jene auch mit Codein oder Dihydrocodein zubereitet werden. Es existieren Begrenzungen in Bezug auf die Vergabemenge, die in §5 BtMVV im striktesten Fall nur die einer Tagesdosis beträgt. Sie kann in Ausnahmefällen auf zwei bis dreißig Tagesdosen erweitert werden. Für die Vergabe von jeglichen Substitutionsmittel muss seitens des Arztes eine suchtmmedizinische Qualifikation gegeben sein, wobei in §5a BtMVV spezifisch auf die heroingestützte Behandlung eingegangen wird. Hier finden sich strikere Begrenzungen.

¹²² Vgl. International Harm Reduction Association 2010, S. 1-2; Vgl. UNAIDS 2019, S. 2f.

¹²³ Naloxon ist ein lebensrettendes Gegenmittel für eine Opiatüberdossierung (Vgl. WHO Geneva 1994, S. 47).

¹²⁴ Vgl. UNAIDS 2019, S. 2ff.

¹²⁵ Vgl. Stöver und Schäffer 2011, S. 111f.

Es darf nur an PatientInnen: Die mindestens 23 Jahre alt sind, zwei gescheiterte Behandlungen der Opiatabhängigkeit vorweisen können, eine langwierige Opiatabhängigkeit einhergehend mit somatischen und psychischen Störungen und die hauptsächlich intravenös konsumieren, ausgegeben werden. Die heroingestützte Behandlung nach §5a Abs.3 BtMVV verbietet zudem die Take-home-Vergabe.

Zusätzlich besteht in jeglichen Fall die Aufforderung zu einer gründlichen Dokumentation nach den Richtlinien der Bundesärztekammer, dessen Anforderungen drei Seiten fasst und die Meldeverpflichtungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemäß § 5b Absatz 2 und 4 BtMVV¹²⁶. Die ÄrztInnen stehen unter ständiger Strafandrohung¹²⁷, wobei durch §5 BtMVV der Verzicht auf das Abstinenzziel und die Verschreibung von einem anderen nicht aufgeführten Betäubungsmittel als Straftat definiert ist. Die Anklage kann jedoch auch recht subjektiv in Bezug auf die Nichteinhaltung der Behandlungsmodalitäten des §5 BtMVV erhoben werden¹²⁸.

Verthein und seine KollegInnen beobachteten in der Studie zur Methadonbehandlung positive Effekte wie: Die generelle Verbesserung des Gesundheits- und Gewichtsstatus sowie der Ernährung. Eine weitere positive Veränderung ist die Abnahme von psychischen Krankheitsbildern, wie zum Beispiel Depression, Suizidalität und Ängsten. Die Studie zeigt außerdem eine Verringerung von Infektionen wie HIV, Lebererkrankungen und Abszessen, sowie eine prägnante Verringerung des Beikonsums. In Bezug auf das soziale Umfeld lässt sich ein zunehmender Abstand von der Drogenszene und verstärkter Kontakt zu Nicht-KonsumentInnen, Stabilisierung der Partnerschaft und aktive Freizeitgestaltung beobachten. Ein hoher Anteil der PatientInnen hatte eine sichere Wohnsituation, wobei gleichzeitig eine starke Verringerung der Verhaftungs- und Verurteilungsrate der PatientInnen sowie weniger Konflikte mit dem Gesetz und der Polizei bemerkt wurden. Die Integration in den Arbeitsmarkt hing stark von dem psychischen und physischen Zustand der PatientInnen ab¹²⁹. Zu ähnlichen

¹²⁶ Vgl. Bundesärztekammer 2017, S. 17-19

¹²⁷ Vgl. Schuster 2012, S. 20

¹²⁸ Vgl. Stöver und Schäffer 2011, S. 124

¹²⁹ Vgl. Verthein et al. 1997

Ergebnissen kam die Hamburger Untersuchung zur Substitution mit codeinhaltigen Präparaten¹³⁰.

Andere Autoren weisen darauf hin, dass in besonderen Fällen aufgrund von schweren Abhängigkeitsgraden eine heroingestützte Behandlung notwendig und sinnvoll wäre. Forschungsprojekte wie in der Schweiz deuten auf oftmals starke Verbesserungen des Gesundheitszustandes der PatientInnen durch die heroingestützte Behandlung hin. Durch die Reglementierungen des BtMVV ist sie jedoch für viele PatientInnen nicht möglich¹³¹. Die OST kann als eine Behandlung gewertet werden, die einen großen Beitrag für die gesundheitliche und soziale Lage der Abhängigen leistet. Insbesondere in Bezug auf soziale Integration lässt sich eine starke Verbesserung für die Betroffenen feststellen, welche durch die OST die Möglichkeit zu einer psychischen und sozialen Stabilisierung bekommen.

5.4 Präventive Ansätze und Konzepte

Die Prävention ist eine der vier Ebenen des Drogenbekämpfungsplans. Innerhalb der Prävention unterscheidet man zwischen einer primären, sekundären und tertiären Prävention. Im engeren Sinne besteht die Prävention aus der Primärprävention und Sekundärprävention. Die Primärprävention ist hierbei auf die Kompetenzförderung von Kindern und Jugendlichen, mit dem Ziel der generellen Vorbeugung der Suchtentstehung, ausgerichtet. Ergänzend setzt die Sekundärprävention bei gefährdeten Jugendlichen und Risikogruppen durch Hilfsmaßnahmen an¹³². Das Ziel der Tertiärprävention ist zusätzlich die Vorbeugung vor dem Rückfall in die Abhängigkeit. Hierdurch ergibt sich eine Überschneidung von Therapie und Prävention.

Auch repressive Konzepte finden sich in dem weiter gefassten Modell der Prävention. Im strafrechtlichen Kontext wird von einer Generalprävention gesprochen, welche in eine negative und in eine positive Generalprävention unterteilt wird. Durch die Strafverfolgung von DrogenkonsumentInnen und Drogendealern soll eine generalpräventive Abschreckung der Öffentlichkeit stattfinden. Gleichzeitig soll die Strafverfolgung, im Sinne der positiven Generalprävention, die innere Bindung an

¹³⁰ Vgl. Böttger 2007, S. 19

¹³¹ Vgl. Stöver und Schäffer 2011, S. 161-164

¹³² Vgl. Musalek 2005, S. 39; Vgl. Quensel 2004, S. 25ff.

Normen verstärken und damit die Stärkung der Rechtsnorm bewirken. Zusätzlich wird die Spezialprävention genannt, die auch in eine negative und eine positive unterteilt wird. Die negative impliziert hierbei die Neutralisierung des Täters durch Inhaftierung, sowie die individuell erwünschte Abschreckung. Bei der positiven Spezialprävention wird von einem positiven und resozialisierenden Effekt der Inhaftierung ausgegangen¹³³.

Die Hauptziele der Suchtprävention in der BRD sind das Hinauszögern und die Vermeidung des Konsumeinstiegs, die Früherkennung und Frühintervention bei riskanten Konsumverhalten, sowie das allgemeine Ziel der Verringerung der Sucht und verbundene gesellschaftliche und gesundheitliche Verbesserung. Damit ist bspw. die Verringerung von Gewalt und drogeninduzierten Todesfälle gemeint¹³⁴.

5.4.1 Primärprävention durch Kompetenzvermittlung

Mitte der 90er Jahre fand ein Wechsel von der „Horror-Prävention“¹³⁵, der Abschreckungsstrategie der 60er Jahre, hin zu dem „Kompetenz-Paradigma“¹³⁶ mit starkem Fokus auf der Kompetenz des Nein Sagens statt.

Es lassen sich drei Programmtypen der Präventionsarbeit in Deutschland unterscheiden. Das „Social Influence Programme“¹³⁷, „Comprehensive Life Skills Programme“¹⁴² und das „System-wide Programme“¹⁴³. Beim ersten liegt der Schwerpunkt auf der zwischenmenschlichen Kompetenzförderung. Dabei wird insbesondere der Umgang mit sozialen Medien erlernt, um medialen Versprechungen besser widerstehen zu können. Das Comprehensive Life Skills Programme fokussiert die Verweigerungskompetenzförderung und das Erlernen der Abwehr von drogenbedingten Einflüssen, wie bspw. von Peer Group, Bekanntenkreis und Medien. Erweiternd soll eine individuelle Befähigung und Ressourcenstärkung durch die Stärkung von Entscheidungsfähigkeit, Selbstbewusstsein und Problemlösungskompetenzen stattfinden.

¹³³ Vgl. Musalek 2005, S. 39

¹³⁴ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2000

¹³⁵ Quensel 2004, S. 24

¹³⁶ Ebd.

¹³⁷ Ebd., S. 26

¹⁴² Ebd.

¹⁴³ Ebd.

Als letztes wird im System-wide Programme auch das jeweilige Sozialsystem mit dem zahlreich inhärenten Schutz und Risikofaktoren beachtet¹⁴⁴.

Evident findet sich in allen drei Programmen die Orientierung an dem Abstinenzideal wodurch der Konsum zum prävenierenden Übel wird. Die oben beschriebene Tendenz des Suchtmodells schon Normalkonsum als riskant und zu prävenierend einzustufen, findet sich auch in der Suchtprävention wieder.

5.4.2 Kritische Auseinandersetzung mit dem Präventionsmodell

Quensel kritisiert in seiner Ausarbeitung über die Suchtprävention die einseitige negative Perspektive auf den Drogenkonsum, sowie das Ausklammern der Möglichkeit des genussorientierten kontrollierten Konsums. Er forciert in seiner Arbeit die Rechtsposition des freien Bürgers und betont die Prinzipien des eigenverantwortlichen Handelns, die Freiheit zum Genuss, sowie die Toleranz als der demokratischen Gesellschaft inhärenten Basistugend¹⁴⁵. Durch den der Suchtprävention immanenten „Defizit-orientierten Deutungs-Horizont“¹⁴⁶ werden nach ihm die Stigmatisierung und Nominierung von abweichendem Verhalten vorangetrieben, und zudem die eigentlichen strukturellen Ursachen verschleiert und als individuelles Problemverhalten gedeutet¹⁴⁷.

Daraus folgend appelliert er für eine auf reale Probleme ausgerichtete Prävention, die zugrundeliegende strukturelle Probleme beachtet. Ziele wären die Verbesserung der Lebensqualität und gesundheitliche Chancengleichheit, sowie Präventionsarbeit mit dem Ziel „sozialer Chancenvermittlung“^{148/149}. Empowerment Ansätze können in dem Zusammenhang verstärkt in Organisationsstrukturen Anwendung finden.

Des Weiteren könnte eine partnerschaftliche Jugendarbeit, angelehnt an das Modell von Julian Cohen, implementiert werden. Für die Wirksamkeit der Prävention stellt Vertrauen einen fundamentalen Wert dar, welche durch Psychoedukation, Beziehungsarbeit und ganzheitliche Informationsvermittlung erreicht werden kann. Essenziell ist die Vermittlung der negativen sowie positiven Effekte des Drogenkonsums. Weitere Aspekte

¹⁴⁴ Vgl. Ebd., S. 25ff.

¹⁴⁵ Vgl. Quensel 2004, S. 266-271

¹⁴⁶ Ebd., S. 233

¹⁴⁷ Vgl. Ebd., S. 84; S. 233ff.

¹⁴⁸ Ebd., S. 251

¹⁴⁹ Vgl. Ebd., S. 242ff.; S. 246

wären Aktualität und Angemessenheit der Informationen. Zusätzlich soll in der Auseinandersetzung mit dem Thema die autonome Meinungsbildung und das Aufbrechen von Stereotypen möglich sein. Die Vermittlung von wichtigen Lebenskompetenzen bspw. eigenständiger Entscheidungsfähigkeit bilden den Kern der Prävention¹⁴⁶. Eine weitere Forderung besteht in der Akzeptanz von devianten Verhalten, sowie in der Anerkennung des Konsums in seiner positiven Funktion für den Jugendlichen¹⁴⁷. Hierdurch ergibt sich die Möglichkeit der Erziehung zur Drogenmündigkeit¹⁴⁸.

6. Fazit

Deutschland ist ein Staat in dem die Soziale Arbeit früh für die Implementierung von Harm Reduction Maßnahmen eingetreten ist bzw. eine Vorreiterfunktion in der Eröffnung von Drogenkonsumräumen und der heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigkeit hat. Trotz der Implementierung wichtiger Drogenhilfemaßnahmen ist die Drogenarbeit Deutschlands in ihrer Wirksamkeit durch das zugrundeliegende Wertesystem der Abstinenz und der rechtlichen Grundlage des BtMG stark begrenzt.

Zum einen finden sich auf rechtlicher Ebene Strukturen, welche eine weitflächige Implementierung von Harm Reduction, wie bspw. der Konsumräume erschwert, zum anderen wirken sich die gesundheitspolitischen Regelungen zur Substitution, limitierend auf dessen Erfolge aus. Diese Regelungen beinhalten enorme bürokratische Anforderungen für PatientInnen und ÄrztInnen und verfehlen deswegen das Ziel der Niedrigschwelligkeit. Zudem bedingen sie negativ den fehlenden Ausbau des Substitutionssystem, da ÄrztInnen hohen Forderungen, aber wenig ausgleichenden Einnahmen begegnen bzw. sich scheuen Substitution anzubieten.

Gleichzeitig wurden viele resozialisierende und stabilisierende Effekte bei den substituierenden PatientInnen beobachtet, wobei auch die heroingestützte Behandlung eine wirksame Maßnahme für viele PatientInnen darstellt. Der Gestaltungsspielraum der ÄrztInnen für therapeutische Maßnahmen ist jedoch auch in diesem Aspekt begrenzt. Eine Limitation stellt die Zielsetzung der Abstinenz dar, welche die Substitution

¹⁴⁶ Vgl. Ebd., S. 258

¹⁴⁷ Vgl. Ebd., S. 252-257

¹⁴⁸ Nach Barsch stellt die Erziehung zur Drogenmündigkeit, die Erziehung zu dem bewussten Umgang mit Drogen dar, welches einen bewussten Umgang mit Risiken, Kritikfähigkeit, Genussfähigkeit und ein spezifisches Drogenwissen impliziert (Vgl. Barsch 2002, S. 45).

weiterhin zu einer Zwischenlösung oder zweiten Wahl macht. Weitere Reglementierungen ergeben sich aus den strikten Vorgaben zu der heroingestützten Behandlung. Diese stehen in Kontrast zu der Wirksamkeit der Maßnahmen und zu dem gesundheitspolitischen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit. Dieser Anspruch wird in Anbetracht der ideologischen Rechtspraxis des BtMVV nicht erfüllt. Die Anerkennung der Substitution als andauerndes Lebensmodell wäre nötig, um den Abhängigen auf lange Sicht die Inklusion in die Gesellschaft zu ermöglichen.

Überdies werden die Lebenschancen der KonsumentInnen durch öffentliche Stigmatisierungen und sozialer Ausgrenzung eingeschränkt. Die Basis für solche Stigmatisierung bildet das repressive Rechtssystem, da es die Ablehnung von KonsumentInnen aufgrund von deviantem Verhalten legitimiert. Dies steht im Widerspruch zu dem Grundgesetz der Menschenwürde, welches durch die staatliche Gewalt zu achten und zu schützen ist¹⁴⁹.

In Bezug auf den labeling approach ist die Kriminalisierung der Drogen und die damit verbundenen polizeilichen Eingriffe kritisch zu sehen. Die strafrechtliche Auffälligkeit von bestimmten Randgruppen führt zu weniger Chancen auf den Arbeitsmarkt. Zudem können Gefängnisaufenthalte darin münden Kontakte zu anderen Delinquenten aufzubauen, sowie sich deren Lebensmodelle anzueignen. Die Bildung von Subgruppen, aufgrund von empfundener Abweichung und Ausschluss, kann zusätzlich Konsummuster verstärken.

Zusammenfassend wird das Rechtsstaatprinzip des freien Bürgers durch die Repression korrumpiert. Insbesondere zeigt sich, dass die Suchtprävention nicht die Emanzipation des Individuums und dessen autonome Entscheidungsfähigkeit anstrebt. Vielmehr ist ihm die Entscheidung abgenommen worden und soll unter der Prämisse der Einhaltung des staatlich gesetzten Ziels der Abstinenz getroffen werden. Dies kann dazu führen, dass sich das Individuum missverstanden fühlt. Durch die fehlende Offenheit der Eltern, Drogenhilfeeinrichtungen oder generell der Sozialisationseinrichtungen können Jugendliche wenig Vertrauen in die genannten Instanzen aufbauen. Diese Umstände ermöglichen nur wenig Diskurs über das Thema Drogen. Folgend kann fehlende Aufklärung hinsichtlich gesunder Konsumformen große Schäden verursachen. Die

¹⁴⁹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2019

Jugendlichen können durch die oben genannten Aspekte meist nur vertraute AnsprechpartnerInnen im eigenen Freundeskreis haben, sowie die dort erhaltenden Informationen nicht durch Erwachsene überprüfen. Es findet demnach durch die präventive Drogenhilfepraxis keine Erziehung zur Drogenmündigkeit statt. Um die Prävention von gesundheitlichen Schäden anzustreben, wäre es nötig idealistische Ideen wie die Abstinenz abzulegen und den Kindern und Jugendlichen einen gesunden Umgang mit Drogen zu lehren.

Zusammengefasst, das Wertesystem der Prohibition hat limitierende Effekte auf die Wirksamkeit von der Sozialen Arbeit. In Anbetracht dessen, dass die Prohibition und Kriminalisierung die Lebensumstände der KonsumentInnen wie bspw. die soziale Eingebundenheit und Gesundheitslage verschlechtert, müsste sich die Soziale Arbeit verstärkt für eine tolerante Rechtspraxis mit dem Drogenkonsum einsetzen um nicht nur in einer Verwaltungsfunktion zu handeln.

7. Entwicklung der Drogenhilfe und Drogenarbeit in Portugal ab Ende der Diktatur 1974

7.1 Wandel der Drogenpolitik

Portugal ist genauso wie Deutschland Mitgliedstaat der UN-Konvention und hat dementsprechend für lange Zeit eine ähnlich repressive Drogenpolitik vertreten.

Als ein prägendes Ereignis in Portugal erwies sich die demokratische Revolution, welche im Jahr 1976 zu verstärktem Drogenkonsum, als Ausdruck neu gewonnener Freiheiten führte. Daraufhin wurden verschiedene staatliche Institutionen zur Bekämpfung der Drogensucht gegründet, sowie der erste nationale Plan Portugals im Kampf gegen diese entwickelt.

Dieser beinhaltete mitunter das erste Spritzentausch- Programm und HIV-Präventionen. Ein neuer Fokus lag auf dem Modell des Abhängigen als Kranken bzw. klinisch zu behandelnden. Anstatt der Strafe war nun eine quasi symbolische Sanktion möglich. Diese gestattete die Therapierung der Abhängigkeit anstelle der Inhaftierung. Der Drogenkonsum blieb jedoch zunächst kriminalisiert¹⁵⁰.

¹⁵⁰ Vgl. EMCDDA 2011, S. 10-13

7.1.1 Neue Drogenpolitische Praxis/ Entkriminalisierung

Durch die 1999 zunächst verabschiedete „National Strategy for the Fight Against Drugs“¹⁵¹ und dem anschließend verabschiedeten Gesetz zur Entkriminalisierung des Drogenbesitzes, -Kaufes und -Konsums fanden starke Veränderungen im Drogenhilfesystem Portugals statt.

Der neue Plan der Drogenbekämpfung fundierte speziell auf den Werten der Menschlichkeit, des Pragmatismus und der Partizipation¹⁵⁶. Der Respekt gegenüber der Menschlichkeit, als Achtung der menschlichen Würde, impliziert die Verpflichtung zur umfassenden und sozialräumlichen Dienstleistung für die Bedürftigen und eine rechtliche Grundlage, welche diese in der Gesellschaft aufrecht erhält. Der Pragmatismus bedeutet die Forderung einer wissenschaftsfundierten, lösungsorientierten Intervention. Des Weiteren wird durch den Wert der Partizipation die Einbindung des Gemeinwesens in den Prozess der Definition und Implementierung von der Drogenpolitik gefordert. Die Entkriminalisierung stellt eine der dreizehn strategischen Aktionen des Plans dar. Das neu implementierte Netzwerk beinhaltet fünf Kernbereiche: Prävention, Dissuasion (Vgl. 7.2.1), Behandlung, Harm Reduction und Reintegration^{157 / 158}. Die Entkriminalisierung, als Teil der neuen Strategie, führte zu der Implementierung eines neuen Systems der Commission for the Dissuasion of drug use (CDT), sowie der Ausweitung des Harm Reduction Systems¹⁵⁹.

Entkriminalisierung bedeutet weiterhin den illegalen Status des Drogenkonsums, -besitzes und -kaufes. Dennoch fand eine Verschiebung der Handlungsbereiche von dem Justizbereich in den Administrativen statt. Folglich wird eine Inhaftierung von KonsumentInnen bis zu einem gewissen Grad ausgeschlossen, da der Besitz von Drogen bis zu der Menge von 10 Tagesdosen nur einen administrativen Verstoß darstellt. Im Gegensatz dazu ist der Besitz von größeren Mengen weiterhin ein kriminelles Strafvergehen.

¹⁵¹ Ebd., S. 15

¹⁵⁶ Vgl. Ebd., S.15

¹⁵⁷ Reintegration fokussiert die geschädigten Lebensbereiche und versucht die KonsumentInnen wieder mit familiären und sozialen Netzwerken zu verbinden, sowie in Wohnungs-, -Bildungs-, -Ausbildungs- und Beschäftigungsfragen, Angebote und Beratung zu bieten (Vgl. Silvestri 2014, S. 34).

¹⁵⁸ Vgl. EMCDDA 2011 S.15f.; Vgl. Silvestri 2014, S. 7

¹⁵⁹ Vgl. Hughes et al. 2011, S. 1; Vgl. EMCDDA 2011, S. 18

7.2 Neue Institutionen im Drogenhilfesystem

7.2.1 Commission for the Dissuasion of drug use

Die CDT ist eine zivile Einrichtung, welche in Folge der Entkriminalisierung neu entstanden und in 18 Distrikten Portugals eingerichtet wurde.

Personen die beim Kauf, Besitz oder Konsum von Drogen erwischt werden, müssen innerhalb von 72 Stunden Kontakt mit der CDT aufnehmen. Das Hauptziel liegt hierbei in der Feststellung des Behandlungsbedarfes und der gesundheitlichen Förderung. Es findet eine Bedarfsévaluation durch ein interdisziplinäres Team statt¹⁶⁰. Diese basiert auf der Betrachtung der sozialen Umstände, des Konsumverhaltens und der Motivation zur Veränderung. In Abhängigkeit zu den Ergebnissen wird eine adäquate Interventionsform gewählt. Die Behandlungen, in welche das Team der CDT vermittelt, sind individuelle, -gruppen -und familientherapeutische Behandlungen, Sozialfürsorge und sozialtherapeutische Dienste, medizinische und pflegerische Beratungen, Substitutionsbehandlungen, sowie medikamentenfreie Behandlungen und Rückfallprävention¹⁶¹. Eine Voraussetzung ist hierbei die Freiwilligkeit, als Ausgangspunkt für eine gelingende Intervention.

Weiterer Schwerpunkt innerhalb der Arbeit wird auf die Aufklärung und Sensibilisierung von DrogenkonsumentInnen und Sozial- und Gesundheitsleistungsunternehmen gelegt. Bei der Arbeit mit den KlientInnen wird sich auf die Vermittlung von medizinischen und allgemeinen Informationen konzentriert, welche zu einen verantwortungsbewussten Konsumverhalten befähigen sollen¹⁶².

7.2.2. Harm Reduction

Eine neue Rechtsgrundlage für die Harm Reduction wurde 2001 verabschiedet. Dieses umfassende Gesetz bedingte die Implementierung von Drop-in Zentren, Zufluchtsorten, Unterkünften, mobilen Einheiten für die Prävention von Infektionskrankheiten, niedrigschwelligen Substitutionsprogrammen, Spritzentausch Programmen, Kontakt und Informationsstellen und aufsuchender Straßensozialarbeit. Zusätzlich ist die Eröffnung

¹⁶⁰ Vgl. EMCDDA 2019a, S. 5

¹⁶¹ Vgl. Gesaworld, 2013, S. 20; 28 zit. N. Silvestri 2014, S. 28; Die Primärquelle liegt nur auf Portugiesisch vor, weshalb ich mich auf die englischsprachige Sekundärliteratur beziehe); Vgl. Silvestri 2014, S. 12

¹⁶² Vgl. Silvestri 2014, S. 12f.; S. 17

von Konsumräumen, sogenannten „Supervised Consumption Services“¹⁶³, in Planung¹⁶⁴.

Die OST wurde in Portugal durch das Gesetzesdekret im Jahr 1993 legalisiert. Hauptsächlich wird die Substitutionsbehandlung durch qualifizierte ÄrztInnen mit Buprenorphin, Methadon oder einer Mischung aus Methadon, Buprenorphin und Naloxon durchgeführt. Seit der Verabschiedung der Rechtsgrundlage von 2001 war ein steter Anstieg an substituierenden PatientInnen zu beobachten. Es lassen sich jedoch im Bericht von 2019 leicht abfallende Tendenzen beobachten. Im Länderbericht wurden im Jahr 2017 insgesamt 17.011 und im Jahr 2019 nur noch 16.888 PatientInnen in Substitutionsbehandlung registriert¹⁶⁵.

Eine weitere Maßnahme der Harm Reduction ist die aufsuchende Arbeit durch die mobilen Einheiten in Form von Bussen der Drogenhilfe. Diese sind präventiv gegen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten im Einsatz und bieten niedrigschwellige Substitutionsbehandlungen an. Ein Bus fährt mit einem interdisziplinären Team in bestimmte Stadtgebiete, um Menschen mit vielfältigen Problemen und in prekären Lebenslagen Unterstützungsangebote zu machen. Eine Kernzielgruppe stellen oftmals durch Infektionskrankheiten mehrfachbelastete Heroin-KonsumentInnen mit riskanten Verhaltensmustern dar. Unter den Interventionen finden sich außerdem ärztliche Untersuchungen, psychosoziale Diagnostiken, Blutprobeentnahmen zur Kontrolle von bestimmten Infektionskrankheiten, Ausgabe von Medikamenten, Vergabe von Substitutionsmitteln, Kondomen und Spritzentausch¹⁶⁶.

Komplementierend gibt es ein Team von StraßensozialarbeiterInnen, um Orte des öffentlichen Konsums mit potenzieller Klientel aufzusuchen. Die Basis der Arbeit besteht in dem Beziehungsaufbau als Ausgangspunkt für weitere Interventionen. Es soll eine ganzheitliche Betreuung stattfinden, welche bei Krankenhaus- und Gefängnisaufenthalten sowie bei der Abstinenz fortgeführt wird. Innerhalb der Straßensozialarbeit kann zusätzlich ein Verweis an Substitutionsbehandlungsstellen

¹⁶³ EMCDDA 2011, S. 18

¹⁶⁴ Vgl. Ebd.

¹⁶⁵ Vgl. EMCDDA 2019a, S. 1; Vgl. EMCDDA 2017a, S. 1

¹⁶⁶ Vgl. Silvestri 2014, S. 32

stattfinden, sowie die Verteilung von Kits mit sauberen Spritzen, Nadeln und destilliertem Wasser¹⁶⁷.

7.3 Prävention

Die Präventionsstrategie Portugals lässt sich in die universale (primäre), selektive (sekundäre), spezifische (tertiäre) und umfeldbezogene Prävention unterteilen. Ergänzend zu den drei personenbezogenen Interventionen sollen innerhalb des systemischen Ansatzes Strategien entwickelt werden, die auf gesellschaftlicher Ebene Veränderungen bzw. Reformierungen des Sozialsystems bewirken können. Als großer Teil in den Prozess der Suchtentstehung wird hierbei die Verbesserung der gegebenen Bedingungen des Umfeldes, mit den kulturellen, sozialen, physischen und ökonomischen Facetten angestrebt¹⁶⁸.

Die zuständige Institution für die Prävention ist der „Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências“¹⁶⁹ (SICAD). Implementierte Präventionsprogramme des SICAD sind u.a. Telefondienste für Jugendliche und Eltern, Webseiten zur Informationsvermittlung über das Themenfeld Drogen, Trainings von LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, sowie Präventionsprogramme der primären und sekundären Prävention in Schulen¹⁷⁰.

7.3.1 Präventionsarbeit in der Schule

Primär und Sekundärprävention in der Schule findet vor allem durch die Vermittlung von emotionalen, sozialen und ethischen Verhaltensweisen und durch das „Safe Schools Programm“¹⁷¹ statt. Dieses möchte durch die ständige Polizeipräsenz im Schulumfeld ein drogenfreies, sicheres Lernumfeld bieten¹⁷².

7.3.2 Sekundärprävention durch die CDT

Eine Besonderheit im portugiesischen Drogenhilfesystem liegt in der Art der Sekundärprävention. Sie wird von den implementierten CDT's durchgeführt und soll eine allgemeine Verringerung der Kriminalität unter Einfluss von Drogen oder zur

¹⁶⁷ Vgl. Ebd., S. 33

¹⁶⁸ Vgl. Generaldirektorat for Intervention on addictive behaviors and dependencies 2014, S. 24

¹⁶⁹ Gesaworld 2013, S. 5

¹⁷⁰ Vgl. Monnier et al. 2015, S. 67

¹⁷¹ SICAD 2013, S. 59

¹⁷² Vgl. Ebd.

Beschaffung von diesen durch die individuelle Früherkennung von Abhängigkeit und Unterstützung von Risikogruppen, erwirken¹⁷³.

7.3.3 Tertiärprävention

Die Tertiärprävention findet durch Behandlungen in Reha-Zentren zur Entgiftung und Rehabilitation statt. Ein spezielles Programm des SICAD wurde mit dem Ziel der sozialen Reintegration entwickelt. Die Abstinente werden hierbei bei der Arbeits- und Wohnungssuche sowie der Schulreintegration unterstützt. Gleichzeitig wird mit Unternehmen zusammengearbeitet welche 9 bis 24 -monatige Praktiken anbieten um Reintegration auf den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Des Weiteren findet Präventionsarbeit im Lebensumfeld der Betroffenen statt. Hierbei werden die Schulen, Betriebe und Wohnorte aufgesucht, um an den Vorurteilen bezüglich von Drogensucht zu arbeiten und Chancen auf Reintegration zu erhöhen¹⁷⁴.

In der Präventionsarbeit wird darauf Wert gelegt, dass jugendlichen SchülerInnen oder Mitgliedern der Jugendkommission die Chance zur Mitwirkung in Prozessen der Strategie und Programmentwicklung gegeben wird. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Umsetzung eines lebenszyklusorientierten Ansatzes mit Fokus auf der Altersgruppe der Kindheit und Jugend, da diese als prägende Zeit für das zukünftige Drogenkonsumverhalten identifiziert wird. Dabei sollen Faktoren vermindert werden, welche soziale Ausgrenzung generieren und Lebenssituationen identifiziert werden, bei denen eine hohe Suchtanfälligkeit besteht. Von sozialer Ausgrenzung betroffene Individuen sollen durch integrative Strategien sozial inkludiert werden. Erwähnenswert sind die Programme der aufsuchenden Arbeit bei kulturellen Veranstaltungen bei denen vielfach konsumiert wird. Weiterer Schwerpunkt der Präventionsarbeit liegt in der Identifizierung von kritischen Zeiten im Leben eines Individuums und in ressourcenorientierten Interventionen¹⁷⁰.

¹⁷³ Vgl. Monnier et al. 2014, S. 67

¹⁷⁴ Vgl. Ebd.

¹⁷⁰ Vgl. Ebd., S. 67-69

7.4 Chancen und Grenzen der neuen drogenpolitischen Praxis

Die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen durch die Entkriminalisierung werden im Diskurs sowohl kritisch als auch positiv gedeutet. Das „Beckley Foundation Drug Policy Program“¹⁷¹ als unabhängige Initiative beurteilt die Effektivität von unterschiedlichen nationalen und internationalen Drogenpolitiken. Im Folgenden möchte ich mich auf ihre Evaluation über die Wirkung der Entkriminalisierung in Portugal beziehen.

7.4.1 Gegenüberstellung von positiven und negativen Aspekten der Entkriminalisierung

Positive Aspekte

Verringerte Drogenpolitik inhärente stigmatisierende Effekte

Verstärkter niedrigschwelliger Zugang zur Drogenhilfe für DrogenkonsumentInnen

Schnelleres Eingeständnis von Drogenproblemen

Verstärkte Möglichkeit zu offener Diskussion in der Drogenpolitik

Mögliche Ausweitung vom Harm Reduction System

Frühere Intervention möglich

Empowerment der Betroffenen für ihre Rechte zur Behandlung einzustehen

Negative Aspekte

Schwierigkeiten in der Kollaboration mit dem Justizsystem

Falsche Signale der generellen Akzeptanz und Toleranz, durch fehlende mediale Vermittlung des Inhaltes der Entkriminalisierung

Kritik wird an der Umsetzung der CDT erhoben

Problematik bei der Implementation, durch fehlende Ressourcen

Abbildung 2: Gegenüberstellung der positiven und negativen Effekte der Entkriminalisierung. Eigene Darstellung basierend auf: Hughes und Stevens 2007, S. 5-10

¹⁷¹ Hughes und Stevens 2007, S. 2

7.4.2 Ergebnisse der Gegenüberstellung

Der geographische und ökologische Kontext von Staaten ist bei der Beurteilung der drogenpolitischen Maßnahmen zu betrachten. Es bedarf ein hohes Maß an Vernetzung zwischen Drogenhilfe und Justizsystem, sowie ausreichende Ressourcen zur Implementierung von vernetzten Institutionen. Im Allgemeinen erschafft das Wegfallen der Strafverfolgung einen erhöhten Anspruch auf klinische Behandlung, welches den Staat unter angehobenen Druck setzt den Ansprüchen durch Implementierung von Angebotsformen zu entsprechen. Dieser Anspruch besteht in dem allgemeinen Zugang zu bedarfsgerechten Präventionsmaßnahmen, Harm Reduction und Behandlungen. Schwierigkeiten die Forderungen zu erfüllen, ergeben sich durch den staatlichen Ressourcenmangel bzw. dem begrenzten finanziellen Budget. Zusätzlich bedarf es öffentlicher Transparenz und einer angemessenen Vermittlung von Inhalten und Evaluationen der Entkriminalisierung, um wirksam Drogenkonsum zu prävenieren¹⁷².

Auf der einen Seite hat Portugal, als Nation mit wenig finanziellen Mitteln, teilweise Probleme bei der Implementierung von Institutionen und Angebotsformen, auf der anderen Seite zeigen sich viele positive Veränderungen bei gesellschaftlicher Betrachtung wie bspw. die soziale Inklusion von DrogenkonsumentInnen und die verringerte Stigmatisierung seitens der Öffentlichkeit. Die Entkriminalisierung erschafft eine Atmosphäre der Toleranz gegenüber DrogenkonsumentInnen, welches die Offenheit der Betroffenen gegenüber Behandlung und Prävention positiv bedingt. Des Weiteren kann die Ausbreitung von niedrigschwelliger Arbeit insbesondere DrogenkonsumentInnen in prekären Lebenslagen helfen¹⁷³.

8. Fazit

Das Drogenhilfesystem Portugals akzeptiert den genussorientierten Konsum und konzentriert die Hilfe auf problematische KonsumentInnen. Die Veränderungen der rechtlichen Grundlage sind Teil des veränderten Wertesystems und spiegeln sich in positiven Effekten auf die gesundheitliche und gesellschaftliche Lage der Betroffenen wider. Die portugiesische Strategie in der Drogenarbeit und Drogenpolitik strebt nach der Verbesserung von strukturellen Bedingungen auf Basis der kulturellen, sozialen,

¹⁷² Vgl. Hughes und Stevens 2007, S. 5-10

¹⁷³ Vgl. Ebd., S. 5

physischen und ökonomischen Betrachtung der Lebenswelt der Betroffenen. Dies kann soziale Chancengleichheit in der Bevölkerung fördern. Das Wegfallen der Strafverfolgung der KonsumentInnen kann die Chance verringern, dass strafrechtlich auffällig gewordene BedarfskonsumentInnen anschließend kriminelle Laufbahnen aufnehmen (Vgl. Kapitel 4.3.2) oder das prekäre Lebenslagen der KonsumentInnen durch Maßnahmen der Justiz verstärkt werden.

Bei Betrachtung der gesellschaftlichen Veränderungen sind positive Effekte in Bezug auf Empowerment und Inklusion der KonsumentInnen festzustellen. Die Entkriminalisierung hat zur Verringerung von öffentlicher Stigmatisierung geführt und den Zwang zur Therapie durch einen Fokus auf die Freiwilligkeit zur Veränderung ersetzt. Dies kann Betroffenen helfen Vertrauen in das Drogenhilfesystem zu haben, sowie Prävention und Behandlung besser anzunehmen.

Seit 2001 ist das Harm Reduction System gewachsen und hat an Angebotsformen zugenommen. Die Entkriminalisierung hat zu neuen niedrigschwelligen Angeboten, wie den mobilen Einheiten und der Straßensozialarbeit geführt. Dies stellt eine bedarfsgerechte Hilfe dar, welche die Menschen am Ort ihrer Probleme erreicht und Gesundheitsförderung der KonsumentInnen ermöglicht. Im Harm Reduction System fehlen Drogenkonsumräume und eine heroingestützte Substitution, welches der finanziellen Lage geschuldet sein kann. Diese gelte es in Zukunft als weitere Angebotsform zu implementieren, um dem Ziel des breiten Angebotsspektrum zu entsprechen. Zudem müssen CDT's weitflächig vorhanden sein, sowie genügend Plätze in Zentren für weiterführende Behandlungen.

Abschließend ist zu bemerken, dass in der Strategie großer Wert auf die menschliche Würde und demokratischen Werten wie der Partizipation gelegt wird. Dies kann eine Drogenarbeit begünstigen, die gemeinsam mit den Betroffenen aufgebaut wird und menschennah und sozialbezogen arbeitet. Der Präventionsansatz fokussiert den Schutz von Kindern und Jugendlichen und die Verminderungen von Risikofaktoren in deren Umfeld. In diesem Zusammenhang setzt die portugiesische Strategie auf fundierte Informationsvermittlung für Jugendliche, um einen gesunden Umgang mit Drogen zu lehren. Das Problem der Abhängigkeit wird in seiner Vielschichtigkeit betrachtet und darauf aufbauend wird eine ganzheitliche Intervention ermöglicht. Vertiefungen in das

Thema der Wirksamkeit einer Erziehung zur Drogenmündigkeit, auch auf Basis von empirischen Forschungsergebnissen, wären für eine Diskussion von Drogenarbeit und Drogenpolitik überaus lohnend.

9. Entwicklungs- und Vergleichsstatistiken zwischen Portugal und Deutschland

Tendenzen des Drogenkonsums wandeln sich oftmals und dies auch unabhängig von rechtlichen Grundlagen. In Bezug auf Portugal lassen sich Veränderungen des Drogenkonsums nicht alleinig der Entkriminalisierung und der neuen rechtlichen Regelung von 2001 zuschreiben. Im Folgenden betrachte und analysiere ich die Entwicklungen länderspezifischer Konsummuster, im Bewusstsein des zugrundeliegenden Ursachengefüges von Drogenmarkt, politischen Antworten und drogenpolitischen Strategien bspw. wird in ganz Europa wird der Kampf gegen die Drogen durch die Entstehung des vielschichtigen Dark Net¹⁷⁴ oder durch Veränderungen des Drogenmarktes, wie zum Beispiel durch den Anstieg der Kokainverfügbarkeit geprägt. Exemplarisch dafür ist die Sicherstellung im Jahr 2017 der Höchstmenge von 140,4 Tonnen Kokain in Portugal, wobei simultan europaweit ein ansteigender Konsum beobachtet werden konnte¹⁷⁵.

Zudem ergeben sich Probleme in der kausalen Darstellung von Drogen, Tod, Krankheit und Kriminalität. Eine Verbindung von den Bereichen wird erst durch die kulturelle, politische und sozioökonomische Antwort geschaffen¹⁷⁶. Die Entwicklung des Drogenkonsums und der Gesundheitssituation Portugals wird im Bewusstsein der nicht stringenten Verbindung von Gesetzeslage und Konsum sowie der Vielschichtigkeit der Ursachen für Krankheit, Tod und Kriminalität betrachtet. Dabei hebe ich die Effekte der Entkriminalisierung hervor.

Ferner werde ich die Statistiken über den Drogenkonsum Portugals und Deutschlands einander gegenüberstellen. Zunächst in Bezug auf Portugal die Zeit nach dem Erlass des Gesetzes der Entkriminalisierung und prüfen ob sie zu einem höheren Drogenkonsum

¹⁷⁴ Das Dark Net ist ein Netzwerk bei diesem Käufer und Verkäufer ihre Identität verbergen können (Vgl. EMCDDA 2019c, S. 22).

¹⁷⁵ Vgl. Ebd., S. 28; S. 46

¹⁷⁶ Vgl. Hughes und Stevens 2007, S. 2

geführt hat. Hierfür finden die Entwicklung des allgemeinen Konsums Betrachtung, sowie als weiterer Indikator die Zahl der DrogenkonsumentInnen, die sich in Erstbehandlung begeben haben. Darauffolgend überprüfe ich, ob die Prohibition dem gewünschten generalpräventiven Charakter entspricht. Als Referenz nehme ich hier die Entwicklungen des Drogenkonsums von Jugendlichen. Als weiteren wichtigen Punkt des Drogenhilfesystems evaluiere ich Entwicklungen des Harm Reduction Systems und der Kriminalitätsstatistiken.

9.1 Entwicklung des Drogenkonsums in Portugal seit 2001

Im Folgenden werde ich die Entwicklungen des Drogenkonsums in Portugal nach dem Erlass des Gesetzes der Entkriminalisierung beschreiben.

Ich habe den Indikator Last Year Konsum zur Beschreibung des Drogenkonsums in Portugal seit dem Jahr 2001 gewählt, da er eine gewisse Tendenz zu problematischem Drogenkonsum darstellen kann und aussagekräftiger als der Lebenszeit-Indikator ist. Einmaliger Konsum innerhalb eines Jahres muss dennoch keinen problematischen Konsum darstellen, da er begrenzt Aussage über die Häufigkeit desselben trifft. Daraus folgend führe ich als weiteren Indikator die erstmalige Einweisung in die Behandlung an. Es lässt sich feststellen, dass es weiterer Forschung bedarf, um Vergleichswerte und Entwicklungen zu erfassen.

Bei der allgemeinen Bevölkerung war ein leichter Anstieg des Konsums von 2001 bis 2007 zu beobachten, jedoch hat sich dieser in den nächsten Jahren weitgehend stabilisiert¹⁷⁷.

¹⁷⁷ Vgl. Ebd.

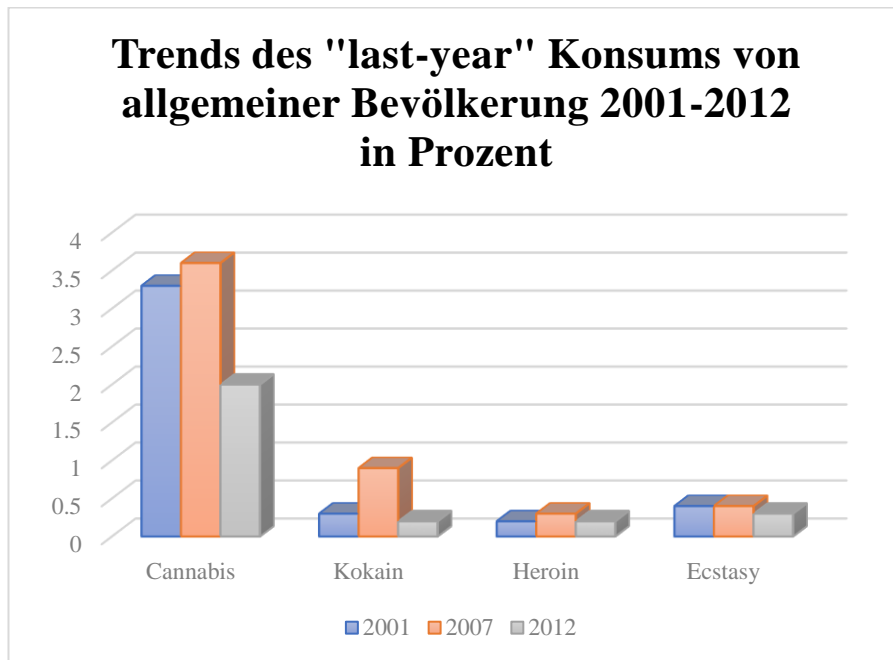


Abbildung 3: die Trends des Last-year Konsums von der allgemeinen Bevölkerung 2001-2007 in Prozent, basierend auf: EMCDDA 2012, S. 24

Wenn man sich die Werte ab 2001 anschaut, lässt sich ein leichter Anstieg an Cannabiskonsum von 3,3% auf 3,6% bemerken. Der Konsum hat sich bis 2012 weitgehend stabilisiert und ist unter den Wert von 2001 auf 2,7% der Bevölkerung gefallen. Der Kokainkonsum stieg um 0,3% Prozent bis 2007. Der Heroinkonsum war bis 2012 rückläufig und fiel auf 0,0%.

9.2 Vergleich von Ersteinweisung in Behandlung

Im Folgenden werde ich die Ersteinweisung in Behandlung von Deutschland und Portugal zwischen den Jahren 2006 - 2018 genauer beleuchten.

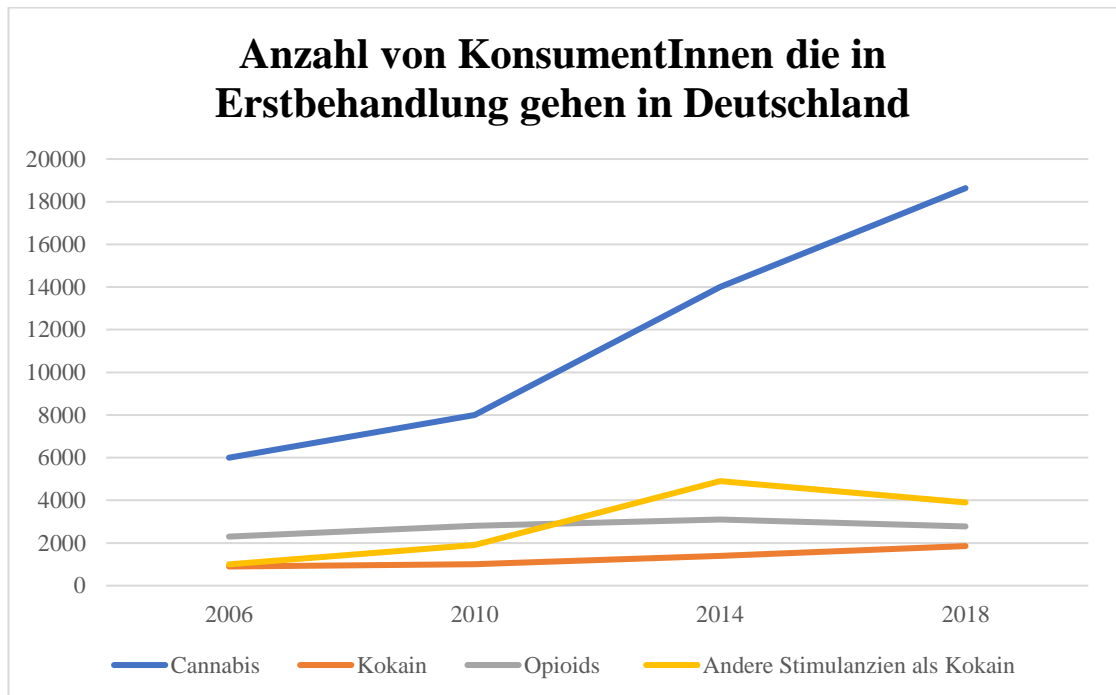


Abbildung 4: Ersteinweisung in die Drogenbehandlung in Deutschland; Zahlen basierend auf: EMCDDA 2019b, S. 7

In Deutschland ist eine ansteigende Anzahl von problematischen CannabiskonsumentInnen zu beobachten, welche an der exponentiell steigenden Einweisung in Behandlung zu erkennen ist¹⁷⁸. Im Jahr 2006 befanden sich knapp 6000 Personen in Erstbehandlung, wobei sich bis 2018 die Zahl mehr als verdreifacht hat. Auffällig ist das junge Alter beim Erstkonsum von Cannabis, das bei 15 Jahren liegt. Die Ersteinweisung aufgrund von Kokain hat sich von 2006 bis 2018 verdoppelt und lag nun bei 1856 Personen. Der Erstkonsum der PatientInnen wird mit 19 Jahren angegeben und der Eintritt in die Behandlung im Alter von 28 Jahren¹⁷⁹. Die Ersteinweisungen aufgrund von anderen Stimulanzen als Kokain hat in Deutschland bis 2014 stark zugenommen und hat bis 2018 wieder abfallende Tendenzen. Die Ersteinweisung aufgrund von Opiaten ist seit 2007 recht stabil geblieben.

¹⁷⁸ Vgl. EMCDDA 2019b, S. 7

¹⁷⁹ Vgl. Ebd.

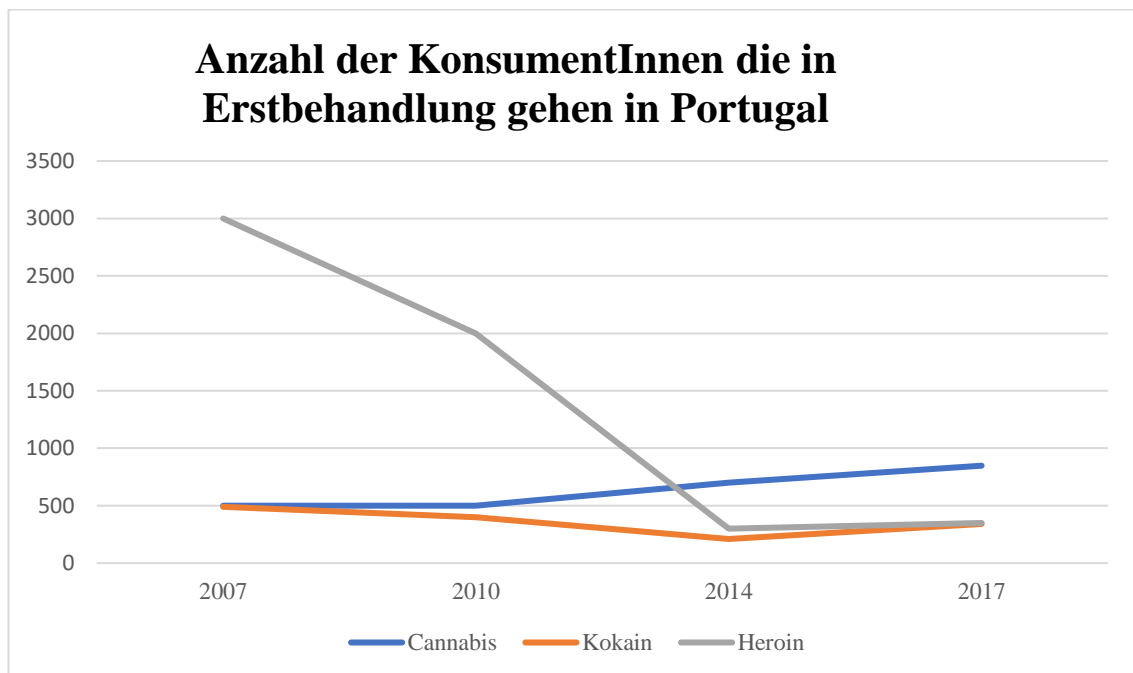


Abbildung 5: Ersteinweisung in die Drogenbehandlung in Portugal; Zahlen basierend auf: EMCDDA 2019a; EMCDDA 2019a, S.7

In Portugal konnte der steigende Heroinkonsum und die damit einhergehende Drogenproblematik, die nach der Auflösung der Diktatur im Jahr 1974 eingesetzt hatte, bis 2017 weitgehend gebremst werden. Hierbei fielen die Ersteinweisungen aufgrund von Opiaten von circa 3000 auf nur noch 348 Neueinweisungen. Gleichzeitig ist eine Zunahme von Einweisungen aufgrund von Cannabiskonsum zu beobachten. Im Jahr 2007 waren es noch 500 und 2017 schon 848 Neueinweisungen. Der durchschnittliche Erstkonsum liegt hier bei 16 Jahren und ist damit ein Jahr später als in Deutschland¹⁸⁰. Die Ersteinweisungen durch Kokainkonsum konnten in Portugal von circa 490 im Jahr 2007 auf 341 im Jahr 2017 gesenkt werden. Das durchschnittliche Alter der PatientInnen beim Erstkonsum beträgt 23 Jahre. Damit sind die DurchschnittskonsumentInnen 4 Jahre älter als in Deutschland¹⁸¹.

9.3 Drogenkonsum bei jungen Erwachsenen

Junge Erwachsene stellen sowohl in der deutschen als auch portugiesischen Präventionsstrategie eine Kernzielgruppe dar, da die Jugend als vulnerable und prägende Lebensphase identifiziert wird. Durch die Evaluation von Statistiken des Konsums von

¹⁸⁰ Vgl. EMCDDA 2019a, S. 7

¹⁸¹ Vgl. Ebd.

jungen Erwachsenen lässt sich die Wirksamkeit von Präventionsstrategien überprüfen. Im Folgenden werde ich mir die Statistik des Konsums im letzten Jahr von jungen Erwachsenen von Portugal anschauen, um zu prüfen inwiefern dessen tolerante Präventionsstrategie wirksam ist.

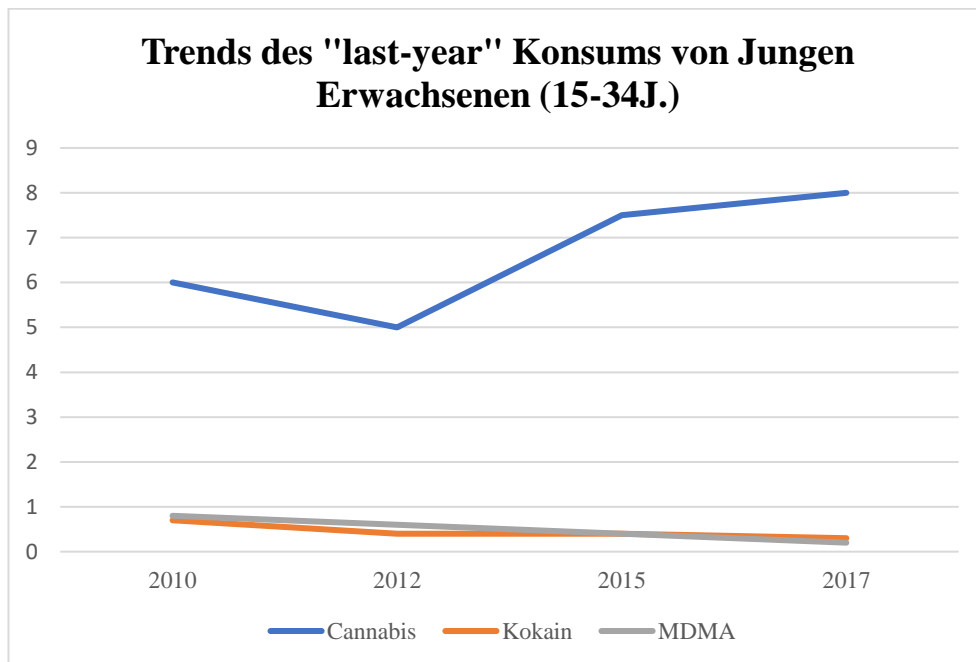


Abbildung 6: Trends des last-year Konsums von jungen erwachsenen (15-34J.) Portugal; Zahlen basierend auf: EMCDDA 2019a, S.5

In Portugal ist der Cannabiskonsum von 2010 bis 2012 um circa 1% verringert worden und befand sich im Jahr 2012 bei einem Prozentsatz von 5%. Seitdem ist er bis 2015 recht schnell gestiegen und es konsumierten circa 7,5%. Von 2015 bis 2017 ist die Kurve wieder abgeflacht und es konsumierten nur 0,5% mehr als im Jahr 2015. Der Konsum von Stimulanzien wie Kokain und MDMA ist im Gegensatz zu Cannabis relativ stabil im Spektrum von 0-1% geblieben.

Last year drug use	Portugal	Deutschland
Cannabis	8%	13,3%
Kokain	0,3%	1,2%
MDMA	0,2%	1,3%
Amphetamine	0,0%	1,9%

Abbildung 7: Vergleich von Drogenkonsum der Jugendlichen in Portugal und Deutschland im Jahr 2017; Zahlen basierend auf: EMCDDA 2019a, S. 18f.; EMCDDA 2019b, S. 18f.

Im Vergleich zu Deutschland konsumieren Jugendliche im Alter von 18-34 Jahren in Portugal weniger. Deutschland liegt im europaweiten Vergleich im Drittel der Länder mit den wenigsten Konsum unter Jugendlichen von Opioiden und schneidet dort besser als Portugal ab. Bei den anderen Substanzen wie zum Beispiel Amphetaminen liegt Deutschland jedoch mit 1,9% auf Platz 5 der meisten jugendlichen KonsumentInnen. Deutschland hat im Vergleich zu Portugal 5,3% mehr jugendliche CannabiskonsumentInnen, 0,9% mehr Kokain und MDMA KonsumentInnen und 1,9% mehr Amphetamin KonsumentInnen. In Bezug auf den Prozentsatz von 0,0 lassen sich zwei Bemerkungen machen. Zum einen, dass Menschen in Portugal trotz dessen Amphetamine konsumieren bzw. das von einer Dunkelziffer auszugehen ist, zum anderen scheint jene Gruppe so marginal in der Bevölkerung vertreten zu sein, dass sie von den zuständigen Institutionen nicht registriert worden ist. Bei den Substanzen wie Cannabis, Kokain und MDMA liegt Deutschland im europaweiten Vergleich im Mittelfeld. Portugal liegt auf Platz 8 der am wenigsten Cannabis konsumierenden Jugendlichen, Platz 6 der am wenigsten Kokain konsumierenden und Platz 4 der am wenigsten MDMA konsumierenden¹⁸².

9.4 Kriminalität in Verbindung mit Drogenkonsum

In Anbetracht der oben beschriebenen Effekte der Verstärkung von sozialer Ausgrenzung durch Sanktionsmaßnahmen ist es interessant inwiefern sich die zu prävenierende Kriminalität in Verbindung mit Drogenkonsum durch die Entkriminalisierung verändert hat.

¹⁸² Vgl. EMCDDA 2019b, S. 27f.

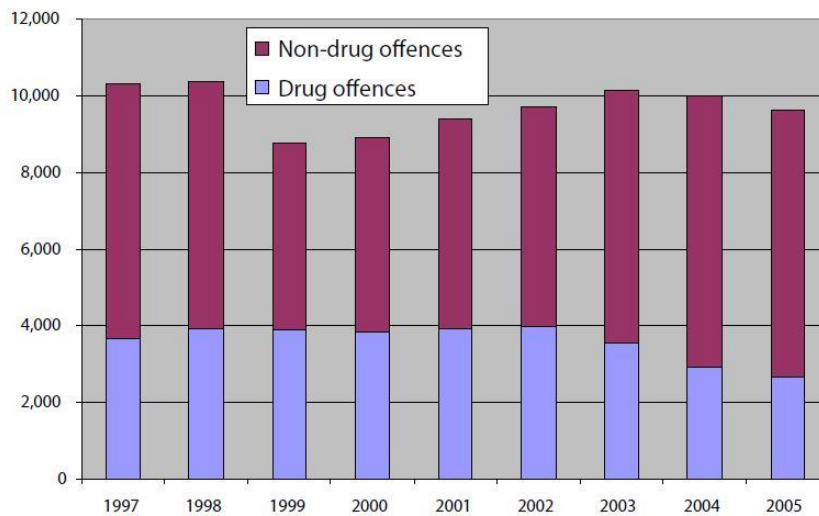


Abbildung 8: Die Anzahl von Inhaftierungen aufgrund von Drogen und anderen Delikten in Prozenten (Vgl. Hughes und Stevens 2007, S. 5)

Seit der Entkriminalisierung im Jahr 2001 ist eine stete Abnahme der Inhaftierungen aufgrund von Drogendelikten festzustellen. Von 2002 bis 2005 sind die Inhaftierungen fast um die Hälfte, und zwar von 4.000 auf circa 2.300 gesunken. Aus diesen sinkenden Inhaftierungen können positive Effekte wie die Reduktion der Überfüllung von Gefängnissen folgen, welche zu menschenwürdigeren Lebensumständen in Gefängnissen führt¹⁸³. Generell wurden 2017 in Deutschland 325.102 Verstöße gegen das Drogenrecht verzeichnet, welches einen Prozentsatz von 0,39% der Bevölkerung ausmacht. 2017 gab es in Portugal hingegen 16.970 Verstöße gegen das Drogengesetz was einen Prozentsatz von 0,16% der Bevölkerung ausmacht¹⁸⁴.

9.5 Harm Reduction

Ob das Harm Reduction System eines Landes effektiv ist, kann an Indikatoren wie Drogentoten und HIV-Diagnosen aufgrund von Injektionen gemessen werden. Bei einem wirksamen System werden diese Zahlen möglichst gering ausfallen.

¹⁸³ Vgl. Hughes und Stevens 2007, S. 5

¹⁸⁴ Vgl. EMCDDA 2019b, S. 5; S. 6

	Portugal	Deutschland
Bevölkerung (15-64J.)	6. 779 414	53.963380
Drogentote	30	1273
Prozentsatz auf Bevölkerung	0,00044%	0,00236%
HIV-Diagnosen (durch Injektionen)	18	12
Prozentsatz auf Bevölkerung	0,00027%	0,00002%
SubstitutionspatientInnen	16.888	78.800
Prozentsatz auf Bevölkerung	0,25%	0,15%

Abbildung 9: verbesserungen in den Harm reduction system portugal und deutschland 2016-2017; Zahlen basieren auf: EMCDDA 2019a, S. 1; EMCDDA 2019b, S. 1

In der Abbildung 9 beziehe ich mich auf jeweilige globale Reporte der Drogensituation. Die Zahlen beziehen sich jeweils auf die Jahre 2016-2017.

In Portugal ist die Anzahl der Todesfälle aufgrund von Überdosierungen, von 2008 bis 2015 von über 90 auf 40 gefallen. Außerdem konnten die HIV-Diagnosen gesenkt werden, wobei noch 500 Fälle im Jahr 2006 datiert wurden und nur noch 44 Fälle im Jahr 2015¹⁸⁵. Beachtlich ist, dass Deutschland als Land mit ausgeprägten Harm Reduction System im Falle der Drogentoten prozentual mehr Fälle als Portugal verzeichnet. In Bezug auf neue HIV-Infektionen weisen beide Länder vergleichsweise geringe Zahlen vor. Zuletzt hat Portugal einen höheren prozentualen Anteil an SubstitutionspatientInnen in der Bevölkerung.

¹⁸⁵ Vgl. EMCDDA 2017, S. 1

10. Auswertung der Ergebnisse

Im Folgenden werde ich an den oben genannten Indikatoren und Zahlen die Wirksamkeiten der je länderspezifischen und damit drogenpolitischen Strategien messen.

Vorweggenommen, die Aussagekraft der Zahlen ist durch vielfache Dunkelziffern begrenzt. Dies bietet weiteren Forschungsbedarf zur Erfassung von Daten zum Drogenkonsum. Der unterschiedliche, staatliche Umgang mit dem Thema Drogen kann hierbei zu verschieden ausgeprägter Meldung von Drogenkonsum führen.

Da Portugal einen toleranten Umgang mit Drogenkonsum etabliert hat, kann von einer häufigeren Meldung des Drogenkonsums ausgegangen werden. Zusätzlich hat die Entkriminalisierung auch positive Effekte auf die Annahme von Therapien gehabt (Vgl. 7.4.1), was sich in ansteigenden Zahlen zur Erstbehandlung zeigen kann. Gleichzeitig können durch die CDT vielfach Daten zum Drogenkonsum erfasst werden, wodurch Portugal einen Vorteil in der Datenerfassung hat. Im Gegensatz dazu kann in Deutschland von einer vergleichsweise großen Dunkelziffer durch die Stigmatisierung des Drogenkonsums ausgegangen werden.

Die global etablierte Annahme, dass es Repression bedarf, um den Drogenkonsum einzugrenzen konnte nicht bestätigt werden. Bei Betrachtung der Entwicklung des Drogenkonsums Portugals seit 2001 hat die Implementierung der neuen Drogenpolitik den Opiumkonsum weitgehend senken können, wobei vorherige repressive Maßnahmen unwirksam waren. Es ist zwar ein ansteigender Cannabiskonsum zu beobachten, jedoch ist im internationalen Vergleich Portugal trotzdem auf Platz 8 der wenigsten Cannabis konsumierenden Jugendlichen.. Insbesondere im Vergleich zu Deutschland konsumieren in Portugal weniger Jugendliche und fangen später mit dem Konsum an. Dies kann ein Indikator für eine gelingende Präventionsarbeit sein. Die Zahlen unterstreichen die Zweifelhaftigkeit der Generalprävention durch die Prohibition, da ein Land welches sich durch einen toleranten Ansatz gegenüber genussorientierten Konsum und gleichzeitiger Implementierung von präventiven Maßnahmen der Drogenbildung auszeichnet bei Betrachtung des Konsums von Jugendlichen besser abschneidet.

Im Hinblick auf Ersteinweisungen scheint es eine Verlagerung von Heroinkonsum auf Cannabiskonsum gegeben zu haben. Diese Entwicklungen müssen in Zukunft beobachtet

werden und es muss ihnen gegebenenfalls mit Interventionen begegnet werden. Für die allgemeine Gesundheit der Bevölkerung stellt diese Veränderung dennoch einen Erfolg dar, da der Heroinkonsum schwerwiegendere gesundheitliche und gesellschaftliche Schäden hervorrufen kann.

Die Verlagerung von der strafrechtlichen zur administrativen Zuständigkeit bei kleineren Drogendelikten kann einen Grund für die sinkenden Zahlen der Inhaftierung darstellen. Diese Zuständigkeitsverschiebung kann den Fokus von der Bekämpfung der KonsumentInnen nehmen und stattdessen auf die Bekämpfung des Drogenmarkts und den diesbezüglich zugrundeliegenden Machtstrukturen setzen. Dies kann KonsumentInnen aus auffälligen Randgruppen vor einer zusätzlichen Belastung durch die strafrechtliche Verfolgung schützen. Gleichzeitig sind generell weniger strafrechtliche sowie administrative Verstöße gegen das Drogengesetz in Portugal seit 2001 verzeichnet worden, welches eine Veränderung der Polizeipraxis in Bezug auf KonsumentInnen in öffentlichen Raum andeuten kann. Deutschland legt in Gegensatz zu Portugal einen starken Fokus auf die strafrechtliche Verfolgung von KonsumentInnen, welches sich auch in den Zahlen der Verstöße gegen das Drogengesetz widerspiegelt.

Beachtlich ist, dass Deutschland als Land mit ausgeprägten Harm Reduction System im Falle der Drogentoten mehr Fälle zu verzeichnen hat. Gründe hierfür können in weiterführenden Studien erforscht werden. In Bezug auf neue HIV-Infektionen verzeichnen beide Länder sehr geringe Zahlen, was ein Indikator für eine in diesem Punkt gelingende präventive Arbeit sein kann. In beiden Ländern stagniert der Ausbau des Substitutionssystems, was die Möglichkeit der Inklusion von Opiat-KonsumentInnen stark begrenzt, trotzdem sind in Portugal prozentual mehr SubstitutionspatientInnen als in Deutschland registriert worden.

11. Fazit, vergleichende Interpretation

Deutschland und Portugal haben zwei unterschiedliche Modelle implementiert, welche Chancen und Grenzen aufweisen. Maßgeblichen Rahmen stellen hierbei die drogenpolitischen Regelungen der UN-Konvention dar, welche die Handlungsspielräume der beiden Länder eingrenzen.

Die portugiesische drogenpolitische Strategie basiert verstärkt auf Toleranz und Emanzipation, wobei im Gegensatz dazu das deutsche Drogenhilfesystem Repression als Mittel zur Generalprävention einsetzt. In Anbetracht der Statistiken zum Drogenkonsum erschien die portugiesische Strategie als wirksam, wobei den Tendenzen zum Drogenkonsum Schwankungen unterworfen sind und im Weiteren beobachtet werden müssen.

Wie oben beschrieben hat dieses repressive System viele negative, ausgrenzende Effekte auf das Leben der KonsumentInnen und verhindert durch das zugrundeliegende Wertesystem die Wirksamkeit von Drogenhilfemaßnahmen. Als Beispiele wurden die Substitution, Harm Reduction und die Präventionsarbeit genannt, welche weiterhin den Abstinenzideal unterliegen und nur begrenzt Hilfe zum kontrollierten, gesellschaftlich integrierten Konsum bieten. Durch die fehlende Varietät von niedrigschwelligen Angebotsformen wird der Bedarf von vielen Menschen nicht erfüllt. Des Weiteren sind in Bezug auf die Prävention kaum Erfolge in Deutschland festzustellen. Deutschlands individualisiertes präventives System kann einen Grund darstellen, weshalb Deutschland in Bezug auf den Drogenkonsum der Jugendlichen schlechter als Portugal abschneidet.

Zusätzlich wird durch die selektive Polizeipraxis die Prekarität von Randgruppen verstärkt. Folglich kann Drogenpolitik nicht getrennt von Machtstrukturen und deren Aufrechterhaltung durch Repression gesehen werden.

Die repressive Drogenpolitik verstärkt das Bild von der Schuld der KonsumentInnen und bezieht sich erst zweitrangig auf ihren Hilfebedarf. Es findet sich zwar das Prinzip der Therapie statt Strafe in dem deutschen Gesetz, aber jeweils auf die Abstinenz ausgerichtet bzw. mit einer erzwungenen Freiwilligkeit und oftmals mit absenten Veränderungswunsch, d.h. dass die Betroffenen sich in Therapie begeben, um der Inhaftierung zu entgehen.

Im Vergleich hierzu legte die Entkriminalisierung das Fundament einer Rechtsgrundlage für einen toleranten Umgang mit Konsumentinnen und förderte die Entwicklung von neuen Drogenhilfemaßnahmen. Das neue Rechtssystem wirkte sich insbesondere positiv auf die öffentliche Wahrnehmung von Konsumentinnen aus und bewirkte eine Verminderung von ausgrenzenden Mechanismen. Es bietet die Chance, dass Menschen einen mündigen Umgang mit Drogen erlernen und akzeptiert das menschliche Bedürfnis nach Rausch. Hierdurch kann eine Fokusverschiebung von der Problematisierung jeglichen Rausches per se auf die Behandlung von problematischen Konsumentinnen stattfinden. Die Implementierung von struktureller Intervention bietet, zusätzlich zu der individuellen, die Möglichkeit den zugrundeliegenden Faktoren der Suchtentstehung zu begegnen, anstatt die Probleme zu individualisieren.

Die Entkriminalisierung erhöht den Druck auf den Staat, bedarfsgerechte, weitflächige Hilfen für die Betroffenen zu schaffen. Dies bietet die Perspektive des allgemeinen Zugangs zu niedrigschwelliger Drogenarbeit und die Verbesserung des Harm Reduction Systems. Ein weiterer positiver Effekt ist die entlastende Wirkung auf Gefängnisse, wodurch den Insassen eine menschenwürdigere Unterbringung ermöglicht werden kann.

Des Weiteren wurde beobachtet, dass das neue Drogenhilfesystems Portugals ressourcenintensiver ist. Notwendige Investitionen in die Drogenarbeit, können einen Grund für den Unwillen von Staaten darstellen die Entkriminalisierung voranzutreiben. Im Falle Portugals hat die Ressourcenknappheit eine limitierende Wirkung auf den Ausbau von Drogenhilfemaßnahmen und ihre Wirksamkeit bspw. fehlen in Portugal die Ressourcen für eine heroingestützte Behandlung und die Einrichtung von geschützten Konsumräumen. Auch die Wirksamkeit der portugiesischen Strategie hängt im hohen Maße von der CDT und ihrer Vernetzung zu weiteren Drogenhilfemaßnahmen und dem Justizsystem ab, welches ebenfalls eine hohe Ressourcen-Anforderung darstellt.

Folglich kann sich der Auftrag eines politischen Kampfes für mehr Ressourcen in der Drogensozialarbeit ergeben d.h. um eine bedarfsgerechte Hilfe zu ermöglichen, muss sich die Soziale Arbeit die staatliche finanzielle Unterstützung auf politischer Ebene erstreiten. Auch bei der Entkriminalisierung bleiben Probleme aufgrund von Drogenmilieus, gesundheitlichen Schäden durch fehlende Qualitätssicherung oder

Beschaffungskriminalität bestehen. Die Beschäftigung mit dem Aufbau eines Systems der kontrollierten Drogenvergabe kann in weiteren Forschungsarbeiten geschehen.

12. Schlussfolgerung

Die Arbeit wurde in der Zeit des COVID-19 Virus verfasst, wodurch ein begrenzter Zugang zu Primärliteratur vorhanden war und vermehrt auf verschiedensprachige Sekundärliteratur zurückgegriffen wurde. Es ergibt sich hierdraus fortführender Forschungsbedarf, um erste Eindrücke und Aussagen zu validieren.

Mit der Gegenüberstellung von zwei unterschiedlichen drogenpolitischen Ansätzen erhoffe ich mir, dass die Leserschaft für die gesamtgesellschaftlichen Effekte von drogenpolitischer Praxis sensibilisiert wurde. Diese Effekte sind durch soziologische und gerechtigkeitstheoretische Ansätze hervorgehoben und die Wirksamkeit der zwei drogenpolitischen Strategien an bestimmten Indikatoren geprüft worden. Innerhalb der Ausarbeitung hat sich die Schwierigkeit der begrenzten, vergleichbaren statistischen Daten ergeben. Ungenauigkeiten dabei sind auf sogenannte Dunkelziffern zurückzuführen. Um wissenschaftliches Arbeiten im Drogenbereich zu ermöglichen, müssen sowohl qualitative als auch quantitative Daten erhoben und transparent gemacht werden. Anonymen Portalen kann hierbei eine zentrale Rolle zukommen. Die Erfassung von Tendenzen des Drogenkonsums bildet die Basis für darauf aufbauende Interventions- und Präventionsprogramme, wobei vermehrt substanzspezifische Modelle in der Drogenhilfe hilfreich sein können. Essenziell wäre eine in der Öffentlichkeit präsenste, vielschichtige Darstellung der Suchtentstehung.

Fortführende Forschungen können die Verknüpfung von Kriminalität und Drogenkonsum untersuchen, da KonsumentInnen vermehrt unter Generalverdacht stehen Dritte durch ihr Verhalten bzw. Drogenhandel, Aggressivität und ihre vermeintliche Vorbildfunktion zu schädigen und dies einen Legitimationsgrund für die repressive Drogenpolitik darstellt (Vgl. Kapitel 5.5).

Es kann unumstritten behauptet werden, dass Portugals liberale Drogenpolitikstrategie beispielhaft für eine solche steht, die die gesellschaftliche Integration von Drogenkonsumentinnen fördert und gleichzeitig augenscheinlich wirksam den Drogenkonsum verringert, sowie gesundheitsfördernde Effekte hat. Sie fokussiert die

Selbstbestimmung des Individuums und macht es hierbei zum Subjekt und nicht zum Objekt. Deutlich wird auf der einen Seite die Verknüpfung von Selbstbestimmung und liberaler Drogenpolitik und auf der anderen Seite die Entmachtung und Fremdbestimmung durch die repressive Drogenpolitik. Im Falle Portugals konnte aufgezeigt werden, dass durch einen Wechsel der drogenpolitischen Praxis Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung zurückgegangen sind, obwohl Ressourcenknappheit herrscht bzw. wenig Geld in den Sektor der Drogenarbeit investiert wird.

Die Repression ihrerseits verhindert eine wirksame und bedarfsgerechte Drogenarbeit, da durch das Dogma der Abstinenz vielfach dem Hilfebedarf nicht entsprochen wird. Die Perspektive auf den Ausbau des Harm Reduction Systems, um den Bedarf der Betroffenen in Deutschland abzudecken, kann nur in Verbindung mit einem Wechsel der Drogenpolitik geschaffen werden. Zu erheblich bedingt die Repression den unmündigen Umgang mit Drogen und die Verminderung der Lebenschancen der KonsumentInnen, als dass sie mit demokratischen Werten im Einklang stünde. Hierbei bildet die Förderung der Harm Reduction eine essenzielle Komponente in der Verbesserung der Gesundheitslage der KlientInnen und müsste in Zukunft weiter forciert werden. Als Beispiel sind der Ausbau des Substitutionssystem zu nennen, welcher den Konsumentinnen auf lange Sicht ein in die Gesellschaft integriertes Leben ermöglichen kann. Die gesetzlichen Limitationen stellen einen Verstoß gegen das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit des Artikel 2 Abs. 2 GG dar, da der Konsum auf der Straße vielerlei gesundheitliche Schäden hervorruft und die fehlende Qualitätskontrolle durch die staatliche Prohibition bedingt ist.

Eine Facette der Harm Reduction würde die Drogenmündigkeit sein, welche bspw. durch die Warnung vor Mischkonsum und anderen Konsumformen eine Verringerung der Drogentoten bewirken kann. Vielfältige Informationen in Bezug auf Drogen und Alkohol müssten der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden, anstatt nur riskanten KonsumentInnen. Diesbezüglich müsste ein gesunder Konsum von Alkohol erlernt und kulturelle Zwänge hinterfragt werden. Das präventive System zur Drogenmündigkeit kann in Modellversuchen durch Erziehungsinstanzen wie Schulen, Eltern und SozialarbeiterInnen angewandt werden.

Für die Soziale Arbeit ergibt sich aus dem Trippel-Mandat der Auftrag drogenpolitisch aktiv sich für eine rechtliche Grundlage einzusetzen, die bessere Strukturen für das Wohlergehen des Individuums in Hinblick auf Menschenwürde anstrebt. Menschenwürdige Umstände für KonsumentInnen sind durch eine drogenpolitische Strategie zu erwirken, welche deren Prekarisierung sowie Ausgrenzung und Stigmatisierung vermindert. Im Einklang mit der Analyse und den gewonnenen Ergebnissen müsste sich die Soziale Arbeit in Deutschland für eine progressiv liberale Strategie einsetzen, durch diese ein Wandel von der negativen Betrachtung hin zu der Wahrnehmung der Bedürftigkeit bzw. des Anspruchs der KonsumentInnen auf Hilfen erwirkt werden soll. Es stellt sich als notwendig dar eine ressourcenintensive Drogenarbeit anzustreben.

Dies sind erste Eindrücke und vage Anhaltspunkte für eine Veränderung der Drogenpolitik und Drogenarbeit Deutschlands, die notwendig fortzuführende Forschungsdesiderate darstellen. Diese müssen in Einbezug der subjektiven Sichtweise der Betroffenen und AkteurInnen bei differenziert qualitativer und quantitativ statistischer Untersuchung des Feldes der Drogenarbeit stattfinden., um folgend gemeinsam drogenpolitische Strategien zu schaffen, welche den KonsumentInnen ein menschenwürdiges Leben in Gesundheit und Teilhabe ermöglichen.

Literaturverzeichnis

§ 4 Verschreiben durch einen Tierarzt, in Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/_4.html (Zugriff am: 06.08.2020)

§5 Substitution, Verschreiben von Substitutionsmitteln, in Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/_5.html (Zugriff am: 06.08.2020)

§5a Verschreiben von Substitutionsmitteln mit dem Stoff Diamorphin, in Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/_5a.html (Zugriff am: 06.08.2020)

§5b Substitutionsregister, in Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV).

https://www.gesetze-im-internet.de/btmvv_1998/_5b.html (Zugriff am: 06.08.2020)

Artikel 2 Absatz 2, in Grundgesetz (GG).

https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_2.html (Zugriff am 06.08.2020)

Bader, Thomas; Heckmann, Wolfgang (2012): Drogen und Aids. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.) (S.315-323) Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. München: Luchterhand.

Behr, Rafael; Steckhan, Svea (2017): Abschlussbericht. Zum Forschungsprojekt „Organisierte Kriminalität zwischen virtuellem und realem Drogenhandel (DROK)“.

<https://www.tib.eu/suchen/id/TIBKAT:896643387/> (Zugriff am: 06.08.2020)

Böllert, Karin (2015): Funktionsbestimmungen Sozialer Arbeit. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.) (S.433-441) Handbuch Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Böttger, Sönke (2007): Effektivität der Substitution mit codeinhaltigen Präparaten (Dissertation in dem Fachbereich Medizin). Hamburg: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

<https://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3446/pdf/DissertationBoettger.pdf>
(Zugriff am: 22.07.2020)

Bundesärztekammer (2017): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf (Zugriff am: 17.06.2020)

Bundesministerium der Justiz und für den Verbraucherschutz (BMJV) (2015): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.

<http://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> (Zugriff am 21.07.2020)

Bundesministerium der Justiz und für den Verbraucherschutz (BMJV) (2020): Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG).

https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/BJNR106810981.html (Zugriff am: 20.07.2020)

Bundesverfassungsgericht (1994): Beschluss vom 09. März 1994, 2 BvL 43/92.

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/1994/03/ls19940309_2bvl004392.pdf;jsessionid=D67A6068399256016BAD5BCBD7000A2E.1_cid370?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am: 17.07.2020)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020): Suchtprävention. Suchtprävention leistet einen zentralen Beitrag zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit.

<https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/suchtpraevention/> (Zugriff am: 06.08.2020)

Danko, Dagmar (2019): Becoming a marihuana user. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S. 209-221) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive, Wiesbaden: Springer.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2016): Deutschsprachige Definition Soziale Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH.

https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf (Zugriff am 19.07.2020)

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik.

https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf (Zugriff am: 06.08.2020)

Dollinger, Bernd (2019): Drogen in der Perspektive der Cultural Studies. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S. 237-247) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Dollinger, Bernd; Schmidt-Semisch, Henning (2018): Sozialwissenschaftliche Perspektive auf Drogen und Sucht. In: Von Heyden, Maximilian; Jungaberle, Henrik; Majić, Tomislav (Hg.) (S.107-120) Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin Heidelberg: Springer.

Duden Online-Lexikon (2020d): Das Opiat.

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Opiat> (Zugriff am: 09.08.2020)

Duden Online-Lexikon (2020a): Die Lebenschance.

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Lebenschance> (Zugriff am: 20.07.2020)

Duden Online-Lexikon (2020b): Junkie.

<https://www.duden.de/suchen/dudenonline/junkie> (Zugriff am: 17.07.2020)

Duden Online-Lexikon (2020c): Die Animosität.

<https://www.duden.de/rechtschreibung/Animositaet> (Zugriff am: 08.08.2020)

European Monitoring Centre for drugs and drug addiction (2003): Social exclusion and reintegration - In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/295/se12003_2-de_69682.pdf (Zugriff am: 17.07.2020)

European Monitoring Centre from Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2011): Drug Policy Profile. Portugal.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/642/PolicyProfile_Portugal_WEB_Final_289201.pdf (Zugriff am 06.08.2020)

European monitoring Centre of Drugs and Drug addiction (2017): Portugal. Country Drug Report 2017.

<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf>

(Zugriff am: 22.07.2020)

European monitoring Centre of Drugs and Drug addiction (2019a): Portugal. Portugal Country Drug Report 2019.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11331/portugal-cdr-2019_0.pdf (Zugriff am: 12.07.2020)

European monitoring Centre of Drugs and Drug addiction (2019b): Germany. Country Drug Report 2019.

https://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/germany_en (Zugriff am 05.08.2020)

European monitoring Centre of Drugs and Drug addiction (2019c): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen.

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001_DEN_PDF.pdf (Zugriff am: 12.07.2020)

Ferrell, Jeff; Hayward, Keith; Young, Yock (2008): Cultural criminology: An Invitation. London: Sage.

Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning (Hg.); Bröckling, Ulrich (2019): Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Eine Einleitung. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive (S.1-11). Wiesbaden: Springer.

Fisher, Berenice; Strauss, Anselm (1978): The Chicago Tradition and Social Change. In: Symbolic Interaction. New Jersey: Wiley.

Generaldirektorat für Intervention on addictive behaviors and dependencies. Ministry of Health (2014): Nacional Plan for reducing addictive behaviors and dependencies 2013-2020. Executive Summary.

http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/97/NPRABD_2013_2020_executive_summary.pdf (Zugriff am: 09.07.2020)

Gerlach, Ralf (2004): Grenzen „Niedrigschwelliger“ Drogenhilfe. In: Schneider, Wolfgang; Gerlach, Ralf (Hg.) (S.125-138) DrogenLeben – Bilanz und Zukunftsvisionen akzeptanzorientierter Drogenhilfe und Drogenpolitik. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Gesaworld SA (2013): Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDDT). Lisbon: SICAD.
<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/5298/Gesaworld%20SA%20282013%29%20External%20Evaluation%20National%20Plan%20Against%20Drugs%20and%20Drug%20Addiction%202005-2012%20%28PNCDDT%29%20%28Portugal%29.pdf> (Zugriff am: 22.07.2020)

Girelli, Giada (2019): The Death Penalty for Drug Offences. Global Overview 2018. London: Harm Reduction International.
https://www.hri.global/files/2019/02/22/HRI_DeathPenaltyReport_2019.pdf (Zugriff am: 20.07.2020)

Goffman, Erving (1970): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identitäten. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Graebisch, Christine (2019): Zur Rechtstheorie der Drogenprohibition. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.368-376) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Heuer, Rolv (1971): Helft euch Selbst! Der Release- Report gegen die Sucht. Reinbek: Rowohlt Verlag.

Hoffmann, Annika (2012): Drogenkonsum und- Kontrolle. Zur Etablierung eines sozialen Problems im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Wiesbaden: VS Verlag.

Hug-Beeli, Gustav (1995): Handbuch der Drogenpolitik – Tatsachen, Meinungen, Analysen, Lösungsvorschläge. Bern: Verlag Paul Haupt.

Hughes, Breandan; Evans-Brown, Michael; Sedefov, Roumen (2018): Gesetzliche Kontrolle psychoaktiver Substanzen in Europa. In: Von Heyden, Maximilian; Jungaberle, Henrik; Majić, Tomislav (Hg.) (S.107-120) Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin Heidelberg: Springer.

Hughes, Caitlin Elizabeth and Stevens, Alex (2007): The effects of the decriminalization of drug use in Portugal. Discussion paper. Oxford: The Beckley Foundation.

IFT Institut für Therapieforschung (2020): Vorliegende ICD-10 Diagnosen nach Substanzklassen (F10 – F19).

<https://www.suchthilfestatistik.de/kds/online-kds-manual/24-kds-f-konsummuster-und-suchtbezogene-problembereiche/245-icd-diagnosen-substanzklassen/> (Zugriff am: 19.07.2020)

International Harm Reduction Association (2010): Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der international Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association.

https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_German.pdf (Zugriff am: 14.05.2020)

Jungaberle, Henrik; Von Heyden, Maximilian ; Tomisla, Magić (Hg.) (2018): Einführung: Auf dem Weg zu einer transdisziplinären Drug Science. In: Von Heyden, Maximilian; Jungaberle, Henrik; Majić, Tomislav (Hg.) (S.1-8) Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin Heidelberg: Springer.

Kastenbutt, Burkhard (2019): Soziologie der Sucht und ihrer Geschichte. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.119-126) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Labate, Beatrice; Cavnar, Clancy; Rodrigues, Thiago (Hg.) (2016): Drug Policies and the Politics of Drugs in the America. Schweiz: Springer.

Lamnek, Siegfried (1990): Theorien abweichenden Verhaltens. München: Wilhelm Fink Verlag.

Lang, Wolfgang (2011): Betäubungsmittelstrafrecht – dogmatische Inkonsistenzen und Verfassungsfriktionen . Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

Legnaro, Aldo (2019): Kleine Soziologie des Rauschs. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.27-36) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Lemert, Edwin (1951): Social Pathology. A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behaviour. New York: McGraw-Hill.

Lenson, David (1995): On Drugs. Minneapolis. London: University of Minnesota Press.

Lessmann, Robert (2017): Internationale Drogenpolitik. Herausforderungen und Reformdebatten. Wiesbaden: Springer.

Malek, Klaus (2015): Betäubungsmittelstrafrecht. München: C.H. Beck Verlag.

Matthews, Steven; Dwyer, Robyn; Snoek (2017): Stigma and Self-Stigma in Addiction. In: Journal of Bioethical Inquiry.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-017-9784-y> (Zugriff am: 20.07.2020)

Musalek (2005): Unser therapeutisches Handeln im Spannungsfeld zwischen Warum und Wozu - Krankheitskonzepte und ihre Auswirkungen auf die tägliche Praxis. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung.

Monnier, Celine; Martel-Perron, Roxane; Robert-Colombo, Jennifer; Benzacar, Nicolas; Modica, Claudio (2015): Report on the prevention of drug-related crime. Montreal: International Centre for the prevention of crime- ICPC.

Nestler; Malenka,(2008): Das süchtige Gehirn. Spektrum Wissenschaft Report.

Nussbaum, Martha (2011): Creating Capabilities. The Human Development Approach. Cambridge; Massachusetts; London: Harvard University Press.

Nolte, Frank (2019): „Sucht“ und „Nüchternheit“. Zur Kultur- und Ideengeschichte der Moderne. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.131-140) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Quensel, Stephan (Hg.) (2004): Das Elend der Suchtprävention. Analyse-Kritik-Alternative. Wiesbaden: Springer.

Reymann, Andy (2018): Drogen in vormodernen Gesellschaften. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.15-24) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Röh, Dieter (2016): Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung auf Basis des Capabilities Approachs. In: Borrmann, Stefam; Spatscheck, Christian; Pankofer, Sabine; Sagebil, Juliane; Michel-Schwartz, Brigitta (Hg.) (S.217-231) Die Wissenschaft Soziale Arbeit im Diskurs. Auseinandersetzungen mit den theoriebildenden Grundlagen Sozialer Arbeit. Berlin: Barbara Budrich Verlag.

Rudolf, Beate (2017): Teilhabe als Menschenrecht- eine Grundlegende Betrachtung. In: Diel, Elka (Hg.) Teilhabe für Alle?!. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Scheerer, Sebastian (1993): Einige Anmerkungen zur Geschichte des Drogenproblems. In: Soziale Probleme 4 (1) S. 78-98.
https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/24719/ssoar-soziprobleme-1993-1-scheerer-einige_anmerkungen_zur_geschichte_des.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-soziprobleme-1993-1-scheerer-einige_anmerkungen_zur_geschichte_des.pdf

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

Schuster, Jens (2012): Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/ Acceptance-Oriented Drug Work. Münster: Indro.e.V.
<https://www.indro-online.de/dat/Schuster2012.pdf> (Zugriff am: 11.06.2020)

SICAD (2013): Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020.
http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf (Zugriff am: 09.07.2020)

Silvestri, Arianna (2014): Gateway from Crime to Health. The Portuguese Drug Commissions. In: Winston Churchill Memorial Trust.
<http://www.sicad.pt/BK/Dissuasao/Documents/AS%20report%20GATEWAYS%20FROM%20CRIME%20TO%20HEALTH.pdf> (Zugriff am: 22.07.2020)

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Steinbicker, Jochen; Müller, Hans-Peter; Alleweldt, Erika (2014): Sozialisation, Familie und Bindung. In: Lamla, Jörn; Laux, Henning; Rosa, Hartmut; Strecker, David (Hg.) (S.301-315) Handbuch der Soziologie, Konstanz; München: UVK Verlagsgesellschaft.

Stimmer, Franz; Andreas-Siller, Petra (2000): Sucht-Lexikon. München/Wien: R. Oldenbourg Verlag.

Stöver, Heino (Hg); Schäffer, Dirk (2011): Drogen. HIV/AIDS. Hepatitis- Ein Handbuch. In: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Stucki, Gerold (2015): Rehabilitation und der Paradigmenwechsel der WHO. In: Swiss Medical Forum- Schweizerisches Medizin Forum.
https://medicalforum.ch/journalfile/view/article/ezm_smf/de/smf.2015.02526/49d3dc3463bf750a37dfd13552a90063406a5d8f/smf_2015_02526.pdf/rsrc/jf (Zugriff am: 19.07.2020)

Spode, Hasso (2013): Sucht aus historisch-soziologischer Sicht. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.) (S.11-18) Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?, Berlin Heidelberg: Springer.

Tornay, Magaly (2019): Wechselwirkungen und Grenzziehungen zwischen halluzinogenen Drogen und psychoaktiven Medikamenten in der Nachkriegszeit. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.93-101) Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

Tschentscher, Axel (2020): BVerfGE 90, 145 – Cannabis.
<https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv090145.html> (Zugriff am: 13.05.2020)

Tretter, Felix (2016): Sucht. Gehirn. Gesellschaft. Berlin: Medizinisch Wissenschaftlicher Verlag.

UNAIDS (2019): Health, Rights and Drugs. Harm Reduction, Decriminalisation and zero discrimination for people who use drugs.
https://www.drugsandalcohol.ie/30409/1/UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf

Verthein, Uwe; Kalke, Jens; Raschke, Peter (1997): Substitution treatment with-methadone in Germany: politics, Programmes and results.
<https://abuse-drug.com/lib/Opiates-heroin-methadone/substitution-treatment-with-methadone-in-germany-politics-programmes-and-results.html> (Zugriff am: 19.06.2020)

Walter, Barsch (2018): Medizinische Stigmatisierung von Drogenkonsumenten aus historischer Perspektive. In: Von Heyden, Maximilian; Jungaberle, Henrik; Majić, Tomislav (Hg.) (S.51-65): Handbuch Psychoaktive Substanzen. Berlin Heidelberg: Springer.

Weinhauer, Klaus (2019): Drogen, Staat und Gesellschaft in der Bundesrepublik Deutschland, in Großbritannien und den USA zwischen den 1960er- und 1990er-Jahren. In: Feustel, Robert; Schmidt-Semisch, Henning; Bröckling, Ulrich (Hg.) (S.417-429): Handbuch Drogen in sozial- und kulturwissenschaftlicher Perspektive. Wiesbaden: Springer.

World Health Organization Geneva (1994): Lexicon of alcohol and drug terms. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf;jsessionid=52383E1E3EFB862B1C7A9A0EF1A84D90?sequence=1 (Zugriff am: 19.07.2020)

Zinberg, Norman Earl (1984): Drug, Set, and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use. New Haven/Connetticut: Yale University Press.