

# Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition

*Heino Stöver, Ralf Gerlach*

*Ein großer Teil der negativen Effekte des Konsums verbotener Drogen, die fälschlicherweise als primäre Effekte der Drogen untersucht werden, erweisen sich in Wirklichkeit als Sekundäreffekte.*

(Baratta 1990, 9)

## 1.5.1 Vorbemerkung

In den vergangenen drei Jahrzehnten hat es unzählige seriöse wissenschaftliche Publikationen und Vorträge zu den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen der Prohibition gegeben, in denen unzweifelhaft nachgewiesen wurde, dass die negativen Effekte der Prohibition die positiven bei weitem überwiegen (beispielhaft: Quensel 1982; Scheerer und Vogt 1989; Fox et al. 2009). Und dennoch hat sich an der prohibitionistischen Ausrichtung der Drogenpolitik bis heute nichts geändert: Die Entkriminalisierungs- und Legalisierungsgegner aus Teilen der Politik, Polizei, Justiz, Medizin, Drogenhilfe, Forschung und der Medien verharren stur auf ihren ideologisch geprägten, meist pseudowissenschaftlichen Positionen und verweigern sich mit scheinheilig erhobenem moralischen Zeigefinger hartnäckig gegenüber jeglichen rationalen und evidenz-gestützten Argumenten für einen einschneidenden Richtungswechsel der Drogenpolitik! Manch eine(r) von ihnen ist mediengerecht, öffentlichkeitswirksam und „Maß-voll“ auf der größten, Leichen produzierenden „Rauschdrogen“-Party der Welt, dem Münchener Oktoberfest, anzutreffen. Wo sonst auf dem Globus türmen sich so viele „Alkoholleichen“ auf einmal auf, wie dort – alles ganz legal? Nun gut, die Karnevalshochburgen stehen München diesbezüglich wohl nur unwesentlich nach.

Ein aktuelles Beispiel zeigt das Ausmaß des Widersinns, mit dem man sich zum x-ten Male auseinandersetzen muss: „Besorgniserregend ist auch die mittlerweile wissenschaftlich nachgewiesene Tatsache, dass Cannabis Einstiegsdroge für den späteren Konsum härterer Drogen ist“ (Singhammer 2012). Man kommt sich vor wie in einem billigen Schmierentheater. Wirklich „besorgniserregend“ ist es doch, wenn der stellvertretende CDU/CSU-Fraktionsvorsitzende im Deutschen Bundestag, Johannes Singhammer, die eindeutig wissenschaftlich widerlegte Einstiegsthese<sup>1</sup> als Argument gegen eine Entkriminalisierung/Legalisierung von Cannabis ohne Konsequenzen für sich und sein Amt vorbringen darf! Bei all denen, die sich – wie im übrigen auch die beiden Autoren dieses Beitrages – seit vielen Jahren vehement sowohl in der Drogenhilfep Praxis als auch im Drogenforschungs- und Drogenpolitiksektor engagieren, wird angesichts der Tatsache, dass kaum drogenpolitische Fortschritte zu verzeichnen sind, unweigerlich einmal ein Zeitpunkt erreicht, an dem man, im Gegensatz zu Sisyphos, allmählich müde wird: jahrein und jahraus die immer gleichen auf Praxiserfahrung und Forschungsergebnissen basierenden Argumente immer und immer wieder neu vortragen und sich gleichzeitig auch weiterhin mit den (auch immer wiederkehrenden) unbelehrbaren „Singhammers“ dieser Welt auseinander setzen zu müssen. Allerdings: Die Illegalisierung bestimmter psychotrop wirkender Substanzen und die Kriminalisierung der Konsumenten geraten nun doch (wieder einmal) zunehmend in die Kritik, und dies gibt ein wenig Hoffnung darauf, dass sich eine Liberalisierung der Drogenpolitik und des Betäubungsmittelrechts nicht für ewig wird aufhalten lassen.

## 1.5.2 Einleitung: Die illegalen Drogen waren nicht immer illegal

Alle im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) als illegal eingestuft Substanzen mit psychotroper Wirkung waren zunächst einmal legal erhältlich. So waren etwa Opiate, Kokain und Cannabis in Deutschland entweder frei (in Apotheken) oder über ärztliche Rezeptierungen als Arzneimittel verfügbar. Der genussorientierte, aber auch kompulsive Konsum dieser Substanzen

---

<sup>1</sup> Cannabiskonsum ist ein vorwiegend jugendtypisches Verhalten, „das nach der Übernahme von Erwachsenenrollen von der Mehrheit beendet wird“ (Horn 2008, 99. Zit. n. Christen und Sturm 2008).

wurde über Jahrzehnte fast ausnahmslos weder als gesundheitliches noch soziales Problem wahrgenommen. Erst mit Beginn und im Verlauf der 1920er Jahre wurden – parallel zu und im Einklang mit internationalen Prohibitionsbestrebungen – rigide und restriktive Drogenkontrollmaßnahmen installiert (ausführlich: Holzer 2002) und Drogenkonsum – wissenschaftliche Grundlagen weitgehend entbehrend – als soziales Problem etabliert (ausführlich: Hoffmann 2012). Die Prohibition wird – vor dem Hintergrund der vielfältigen Verflechtungen und Verpflichtungen mit bzw. gegenüber den Vereinten Nationen – bis heute beharrlich gegenüber den vermeintlich „bösen“ Drogen und ihren Konsumenten verfolgt, und immer mehr Substanzen wurden seitdem unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt. Die Kriminalisierung, Diskriminierung, Marginalisierung und Pathologisierung sowie Stigmatisierung aller drogengebrauchenden Menschen als Defizitwesen und bedrohliche Normabweichler setzt sich wirkungsrelevant und nachhaltig fort.

Die Mängel dieser Politik sind offensichtlich: Zwar soll der Betäubungsmittelverkehr durch das BtMG und den zuständigen Überwachungs- und Strafverfolgungsbehörden geregelt werden, im Grunde überlässt man ihn aber ungebremst der Anarchie des Schwarzmarktes – ohne Qualitäts- und Preiskontrollen, ohne Jugend- und Verbraucherschutz, ohne Steuereinnahmen. In einem ansonsten (über-)kontrollierten Staat-Bürger-Verhältnis besteht die Drogenpolitik im Wesentlichen aus einer „So-tun-als-ob-Strategie“: Als könnten Verbote und aufwendige Frühinterventionsstrategien das Suchtverhalten und die Suche nach Rausch steuern, begrenzen oder gar ganz eindämmen (beispielhaft: Deutscher Bundestag 2011; Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung o.J.). Die Zahl der Konsumenten und der jährlich polizeistatistisch erfassten erst auffälligen Konsumenten (1996: 17.197, 2000: 22.584; 2010: 18.621) widerlegt den vermeintlichen Abschreckungscharakter des BtMG (Bundeskriminalamt 2002 u. 2010). Es handelt sich eher um eine Symbol- und willfährige, schwerwiegende Ausgrenzungspolitik, als um eine intelligente Regelung der Rauschbedürfnisse vieler Bürger. Sicherheitspolitische Erwägungen und generalpräventive Strategien werden über betroffenenorientierte und gesundheitsfördernde Hilfemaßnahmen gestellt. Diese Politik ist enorm teuer, wenn wir uns die Ausgaben ansehen: Vergleicht man die Kosten für „Repression“ mit den Ausgaben für „Hilfen“, ergibt sich ein deutlich disparitätes Verhältnis von 9:1 (Pfeiffer-Gerschel und Flöter 2009; Flöter und Pfeiffer-Gerschel in diesem Band). Zudem resultieren hieraus – zwar unintendiert – schwerwiegende gesundheitliche und soziale Auswirkungen für die Konsumenten und die Gesellschaft als Ganzes. Die Alkoholprohibition in den USA (1920–1933) bewirkte vergleichbare unintendierte Nebenwir-

kungen (Welskopp 2010) – und wurde vernünftigerweise wieder aufgehoben! Allerdings konnten sich die während der Alkoholprohibition entstandenen kriminellen Strukturen unter der aufrecht erhaltenen und sich zunehmend verschärfenden Drogenprohibition fortsetzen und verfestigen. Man verlagerte somit die Prohibition von einer Substanz auf mehrere andere und beging letztlich doch unbelehrbar den nächsten schwerwiegenden Fehler.

Jenseits der strukturellen Bedrohung durch das Strafrecht glaubten und glauben auch heute noch viele in der Drogenhilfe und –politik, man müsse nur die Hilfsangebote so ausdifferenzieren, dass eine massive Lebenslagenverbesserung für Drogenabhängige erreicht werden könne: Kontaktläden, Drogenkonsumräume, (Ambulant) Betreutes Wohnen, Streetwork, mittlerweile fast 80.000 Menschen in Substitutionsbehandlung, psychosoziale Betreuung, Safer-Use-Beratung, Heroinverschreibung an bislang noch einige wenige, also unmittelbare Innovationen im Drogenhilfesektor. Und ganz sicher waren und sind viele dieser Angebote lebensrettend, wirken sozial und gesundheitlich stabilisierend, und tragen zur Verbesserung der Lebensqualität vieler Angebotsnutzer bei. Und natürlich hilft Drogenhilfe dabei, besondere schwarzmarktinduzierte Risiken zu vermindern, die Härte der Kriminalisierung abzumildern. Gleichzeitig aber hat Drogenhilfe auch immer mehr sozialkosmetische, ordnungs- und kontrollpolitische Funktionen (der Elendsverwaltung) übernommen und sich zum Statthalter von Prohibition und sozialer Exklusion entwickelt (Schmidt-Semisch und Wehrheim 2005; Schneider 2008), und das grundsätzliche Dilemma unserer prohibitiv-repressiven Drogenpolitik können die angebotenen Hilfen keineswegs aus der Welt schaffen: Nach wie vor bewirkt das BtMG in seiner massiven Anwendung eine erhebliche Kriminalisierung, soziale Ausgrenzung und gesundheitliche Gefährdung der Konsumenten (Stöver 2008). Und weiterhin gilt, dass unter den „herrschenden Prohibitionsbedingungen [...] selbst die beste Drogenhilfe nicht mehr sein [kann] als der notwendige Kitt, mit dem versucht wird, die vielfältigen politikinduzierten Brüche und deprimierenden Nebeneffekte zu kaschieren“ (Bossong 1992, 4). Die Grenzen dieser zunehmend an Harm Reduction orientierten Drogenarbeit sind täglich spürbar, wenn nämlich für die Drogengebrauchenden trotz aller Routinen und Vorsichtsmaßnahmen die Folgen der Prohibition in Gestalt unkalkulierbarer Substanzen auf der Straße und/oder der Strafverfolgungsbehörden ins Spiel kommen.

### 1.5.3 Gesundheitliche und soziale Folgen / Problemlagen

Obwohl es in Deutschland durch eine an Harm Reduction orientierte Ausweitung und Ausdifferenzierung der Hilfeangebote während der vergangenen zwei Dekaden zwar möglich geworden ist, die Gesundheit und die Lebensverhältnisse von Drogenabhängigen deutlich zu verbessern, bewegen sich die Mortalitätsraten in Bezug auf illegalisierte psychotrope Substanzen gebrauchende Menschen dennoch seit Jahrzehnten auf einem hohen Niveau: Für den Zeitraum zwischen 1973 (Beginn der Dokumentation von Rauschgifttodesfällen) bis Ende 2010 ergibt sich auf Grund der in den Rauschgiftjahresberichten des Bundeskriminalamtes veröffentlichten Daten eine Zahl von insgesamt 40.690 mit Drogenkonsum assoziierter Todesfälle. Zur Verdeutlichung der Größenordnung: Diese Zahl spiegelt annähernd die Einwohnerzahl einer Stadt wie Eisenach wider! In 2010 verstarben 1.237 Personen – ein ganzer Ort wie Mücka nördlich von Görnitz wäre menschenleer. Hervorzuheben ist in diesem Kontext, dass in 40 Jahren polizeilicher Rauschgiftkriminalstatistik noch nicht ein einziger Cannabis-Todesfall verzeichnet worden ist!<sup>2</sup>

Nicht nur, dass (bundes-)polizeiliche Repressionsmaßnahmen die Zielvorgabe verfehlen, das Marktgeschehen (Verfügbarkeit illegalisierter Substanzen) und das Nachfrageverhalten der Konsumenten nachhaltig zu beeinflussen (Gerlach 2004; Reuter und Trautmann 2009): Am Beispiel Heroin wird deutlich, dass eine Intensivierung polizeilicher Repression gegenüber den Konsumenten vielmehr sogar einen Anstieg der Todesfallzahlen bedingen kann (Nordt und Stohler 2009). Zudem gilt für alle illegalisierten Substanzen: Die Gebrauchenden beenden auch unter größter Repressionsandrohung ihren Konsum nicht – auch nicht hinter Gefängnismauern, auch nicht bei Androhung von Körper- und/oder Todesstrafen (ausführlich: Gallahue 2011). Daher ist das durch das BtMG gesetzte Abstinenzziel (utopische Vorstellung einer drogenfreien Gesellschaft) für viele langjährig Drogen-konsumierende Menschen, ob in Freiheit oder inhaftiert, keine realistische Option (mehr).

---

<sup>2</sup> Im Vergleich hierzu die Zahlen für legalisierte, staatlich sanktioniert und besteuert zugängliche, wesentlich gesundheitsschädigendere Substanzen: Pro Jahr schätzt man 74.000 durch Alkohol oder „Mischkonsum“ von Alkohol und Tabak bedingte Todesfälle (Gaertner et al. 2011) sowie 110.000 bis 140.000 Sterbefälle auf Grund von Tabakrauchen (Lampert und List 2011). Innerhalb von weniger als 10 Jahren wird hier eine Großstadt wie Köln einwohnerleer.

Die Qualität aller auf dem Schwarzmarkt erworbener Substanzen ist den Käufern in der Regel nicht bekannt. Es treten immer wieder starke Schwankungen des Reinhaltsgehalts auf – bei Heroin etwa variiert er zwischen 5 und 30 Prozent, und die Gefahr von lebensbedrohlichen Überdosierungen, Vergiftungen und Krampfanfällen ist stets gegeben. Entsprechend der Marktlogik werden alle illegalisierten Substanzen in der Handels- und Zwischenverkaufskette bis hin zum Endverkäufer zur Gewinnmaximierung zig Male mit toxischen oder allergenen Streckmitteln versetzt und dadurch zum „Gift“. Beispielhaft seien hier einige zur Streckung von Heroin verwendete Stoffe genannt: Koffein, Lactose, Ascorbinsäure, Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Gips, Kalk, Strychnin, Dextromethorphan, Mannitol und Lebensmittelfarbstoff. Bezüglich Kokain dokumentieren Streetwork Zürich + Partner eine umfangreiche Liste mit gefährlichen Streckmitteln im Internet ([http://www.saferparty.ch/download/file/WarnungenProzent20PDFProzent202011/Kokain\\_Streckmittel\\_August\\_11.pdf](http://www.saferparty.ch/download/file/WarnungenProzent20PDFProzent202011/Kokain_Streckmittel_August_11.pdf)). Über aktuell bei Cannabis und Marihuana eingesetzte gesundheitsschädliche Stoffe warnt der Streckmittel-Melder des Deutschen Hanf Verbandes (<http://hanfverband.de/index.php/themen/streckmittel>). Es wird deutlich: Der Fantasie auf der unkontrollierten Produktions-, Handels- und Endverkäuferebene sind keine Grenzen gesetzt. Zudem werden die Substanzen häufig bereits während des Produktionsprozesses und beim Transport unbeabsichtigt mit infektiösen und allergenen Materialien kontaminiert.

Das nach Tod und neben lebensbedrohlicher Überdosierung gravierendste gesundheitliche Problem im Zusammenhang mit illegalem Drogengebrauch stellen mikrobielle Infektionen dar, die durch eine Vielzahl an bakteriellen, viralen, Pilz- und Protozoenpathogenen verursacht werden. Hierzu zählen u.a. Erkrankungen von Lunge, Blutgefäßen, Herz, Haut, Gewebe, Knochen und Gelenken sowie sexuell und parenteral übertragbare Krankheiten wie HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen (ausführlich: Ebert 2009; Kaushik, Kapila und Praharaj 2011; Manthey und Vogt 2011). Zu den bereits kontaminierten erworbenen Substanzen gesellen sich häufig unsaubere Gebrauchsutensilien oder bereits mehrfach verwendete Spritzbestecke in oft unhygienischen Gebrauchssettings. In Deutschland haben etwa 50-60 Prozent aller intravenös injizierenden Drogenkonsumierenden eine Hepatitis-B-Infektion durchlaufen; bei 3-5 Prozent nimmt diese Infektion eine chronische Verlaufsform an (Radun 2011). 50-90 Prozent der Opiatkonsumenten sind mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert (Barnikol et al. 2011). Die Gesamtzahl über intravenöse Applikationsform mit HIV infizierter Personen wird auf 10.000 geschätzt; die jährliche Neuinfektion liegt bei 150-200 Fällen (Hamouda 2011).

Es ist keineswegs eine neue Erkenntnis, dass viele dieser Folge- und Begleiterkrankungen aber nicht spezifischen Substanzeigenschaften geschuldet sind (wenn diese Substanzen denn in reiner und unkontaminierter Form zur Verfügung stünden), wie bei Alkohol oder Tabak der Fall (etwa: Schmerl 1984). Unter den straf- und haftandrohenden Bedingungen der Prohibition werden riskante Konsumformen gefördert, und die Konsumenten werden, wie beschrieben, einer Vielzahl gefährlicher, teils lebensbedrohlicher Krankheiten ausgesetzt. Hinzu kommen häufig mangelnde Körperhygiene, unhygienische Wohn- und Übernachtungsverhältnisse, Unter- und Mangelernährung sowie Verschleppung bzw. Nicht-Behandlung von Krankheiten (Bornemann und Gerlach 1999).

Unter Haftbedingungen sind die gesundheitlichen Risiken keineswegs geringer zu bewerten. Die Institution Gefängnis ist in ihren Möglichkeiten zur Durchführung der Haftstrafe von der hohen Drogenkonsum-Prävalenz und ihren gesundheitlichen Folgewirkungen wesentlich beeinflusst. Obwohl laut Angaben des Statistischen Bundesamts nur 15 Prozent der Haftinsassen aufgrund eines Betäubungsmitteldelikts inhaftiert worden sind, konsumieren schätzungsweise 22 bis 30 Prozent intravenös Drogen (ca. 20.000 Gefangene). Neuere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die HIV-Prävalenz bei etwa einem Prozent und die Hepatitis-C-Prävalenz bei 14 bis 17 Prozent aller Inhaftierten liegt (Radun et al. 2007; Schulte et al. 2009). Intravenös Drogen Gebrauchende sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in deutschen Haftanstalten deutlich überrepräsentiert (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Anteil intravenös Drogen Gebrauchender und mit Drogenkonsum assoziierter Infektionen in deutschen Haftanstalten und in der Allgemeinbevölkerung**

	<b>i.v. Drogen Gebrauchende</b>	<b>HCV</b>	<b>HIV</b>
<b>Haftanstalten<sup>1,2</sup></b>	21,9–29,6 %	14,3–17,6 %	0,8–1,2 %
<b>Allgemeinbevölkerung</b>	0,3 % <sup>3</sup>	0,4–0,7 % <sup>4</sup>	0,05 % <sup>5</sup>
<b>Faktor</b>	73- bis 99-fach	20- bis 44-fach	16- bis 24-fach

Quellen: <sup>1</sup>Radun et al. 2007; <sup>2</sup>Schulte et al. 2009; <sup>3</sup>EMCDDA 2006; <sup>4</sup>Radun et al. 2007; <sup>5</sup>UNAIDS 2007

Im Gegensatz zur extramuralen Hilfestruktur beschränkt sich das Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Justizvollzug immer noch überwiegend auf abstinenzorientierte Hilfen – eine offensiv auf Schadensbegrenzung zielende Suchtbegleitung (etwa Spritzenvergabe oder Opioid-Substitutions-Therapie) ist im Strafvollzug so gut wie nicht entwickelt worden –, getreu der Vorstellung, das Gefängnis sei ein Ort, an dem sich Drogenabhängigkeit überwinden oder ausschalten lasse. Gleichzeitig wird der Gesellschaft signalisiert, das Gefängnis sei drogenfrei und der Sicherheitsauftrag erfolgreich erfüllt. Diese Botschaft hat innerhalb und außerhalb des Justizvollzugs eine starke sozialpsychologische und politische Wirkung, denn so kann die Realität des Drogenkonsums hinter Gittern mit all seinen Risiken erfolgreich ausgeblendet werden.

Die starke Konzentration von intravenös Opiatgebrauchern mit drogenkonsumbezogenen Folgeerkrankungen in deutschen Haftanstalten erfordert angemessene, evidenz-basierte suchtmmedizinische und psycho-soziale Antworten. Dabei ist zum einen zu bedenken, dass das Gefängnis aufgrund der hohen Durchlaufraten kurzzeitig Inhaftierter Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit hat. Zum anderen ist vielfach belegt, dass Behandlungs- und Harm Reduction-Maßnahmen, die sich in Freiheit als wirksam und effizient erwiesen haben, auch unter Haftbedingungen erfolgreich durchgeführt werden können (Stöver 2008).

Die Prohibition (Substanzillegalisierung und Kriminalisierung der Konsumenten) bewirkt neben gesundheitlichen Risiken auch soziale Ausgrenzungen. Drogenkonsumenten stehen unter permanentem Strafverfolgungsdruck. Zwar untersagt das BtMG nicht den Konsum verbotener Substanzen, jedoch stehen sämtliche Konsum vorbereitende Handlungen (Erwerb, Anbau, Besitz etc.) unter Strafandrohung. Vor dem Hintergrund des Verbots eines wesentlichen Teils der psychotropen Substanzen ist der drogenpolitische Diskurs im Wesentlichen von Problematisierung, Stigmatisierung und Pathologisierung beherrscht. Ein Erlernen von Drogenmündigkeit ist unter solchen Rahmenbedingungen praktisch nicht möglich – im Gegenteil: Entmündigungen werden auf diese Weise befeuert. Selten ist die Rede von positiven Beispielen, z.B. von selbstkontrolliertem, rekreativem oder genussorientiertem Drogengebrauch. Stattdessen widmet man sich vorwiegend den etwa zwei bis fünf Prozent intensiv Cannabis Rauchenden oder Komatrinkern. Christen und Sturm (2008) beschreiben eindrucksvoll am Beispiel von Cannabis, wie die berufliche und soziale Zu-



kunft jugendlicher Konsumenten durch Strafverfolgung und kriminelle Zuschreibungen (Kriminalisierung jugendlichen Experimentierverhaltens) erheblich, ja sogar dauerhaft, belastet werden kann und delinquente Karrieren produziert werden.

Vor diesem Hintergrund findet bereits im Vorfeld einer strafrechtlichen Auffälligkeit eine Stigmatisierung und Marginalisierung der DrogenkonsumentInnen als ‚Drogenabhängige‘ statt, die als beratungs- und behandlungsbedürftig gelten. Besonders deutlich wird dieser Stigmatisierungsprozess in der Schule und der Familie: Die Betroffenen geraten in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und können sich entweder konform verhalten, d.h. den Konsum beenden, oder sich den Vor-Verurteilungen entsprechend verhalten (im Sinne einer „Sich-selbst-erfüllenden Prophezeiung“). Schuldprojektionen sind impliziter Bestandteil dieser Bewältigungsform.

Schule und Familie entwickeln Ausgrenzungsstrategien: über den Schulverweis bis hin zu drastischen Strafen und Kontaktabbrüchen seitens der Eltern. Diese Reaktionen führen auf Seiten der Betroffenen wiederum häufig zu verstärktem Drogenkonsum. Damit wird ein Teufelskreis in Gang gesetzt, der auf beiden Seiten zu Verhärtungen der Positionen und vor allem zu einer Fixierung auf den Drogenkonsum, auf die verbotene Droge führt. In einer solchen Situation wird es für die Eltern, Lehrer, Ausbilder schwierig, jugendlichen Drogenkonsum – mit viel Geduld – als fast unvermeidbaren Bestandteil des Erwachsenwerdens in der Risikophase Adoleszenz zu begreifen, oder als subjektiv Sinn machende Selbstmedikation, der man eher drogenunspezifisch begegnen kann, indem man Ressourcen, Interessen und Neigungen des Betroffenen fördert und unterstützt, damit diese Phase des Erwachsenwerdens ohne soziale oder gesundheitliche Schäden überstanden werden kann (Stöver 2008). Um einer verbreiteten Problemsicht entgegenzutreten sei zusätzlich gesagt, dass es natürlich auch einen Konsum illegalisierter Substanzen geben kann, bei dem die positiven Effekte überwiegen. Voraussetzungen sind eine soziale Umgebung, die den Konsum als ein in der Regel passageres Verhalten toleriert, keine großen Finanzierungsprobleme, zuverlässige Stofflieferanten und die Fähigkeit eines kontrollierten Umgangs mit der Droge zur Realisierung der beabsichtigten Wirkungen. Diese Bedingungen sind meist nur in bestimmten sozialen Schichten und in begrenzten Lebensabschnitten gegeben. Der Dauergebrauch von Drogen kann jedoch negative und unbeabsichtigte soziale oder gesundheitliche Folgen zeitigen.

Langjährigen Drogenabhängigen, vorwiegend von Opiaten oder Kokain, gelingt es selten, ihren Konsum ohne gesundheitliche Schädigungen oder

soziale Ausgrenzungen zu realisieren. Um Schwarzmarktpreise bezahlen zu können sind Beschaffungsaktivitäten nötig. Während Männer ihren Drogenbedarf vor allem mit Diebstahl, Hehlerei und Drogenhandel finanzieren, sind Frauen oft auf den Verkauf ihres Körpers angewiesen (bei Frauen geht man von mehr als 50 Prozent, bei Männern von etwa 10–20 Prozent aus, die ihren Konsum über Prostitution finanzieren) (Zurhold 2005; Wüst 2008). Soziale und gesundheitliche Folgeschäden sind absehbar. Obwohl ein Überangebot an Heroin oder Kokain besteht, gelingt es nur wenigen, ausschließlich die Droge ihrer Wahl zu konsumieren. Überbrückt werden die Versorgungsengpässe und Entzugserscheinungen mit Alkohol und/oder Medikamenten (v.a. Benzodiazepinen). Verbreitet ist ein Mischdrogengebrauch, z.T. bestehen Abhängigkeiten von mehreren Substanzen gleichzeitig, die hohe gesundheitliche Risiken bergen (z.B. verstärken Alkohol und betäubende Medikamente die Wirkung des Heroins oder Kokains). Insgesamt haben sich der Gesundheitszustand und die soziale Lage vieler – von Behandlung bisher nicht erreichter – DrogenkonsumentInnen in den letzten zwanzig Jahren verschlechtert. Festzustellen sind:

- die Vernachlässigung elementarer Selbstfürsorge und Hygiene (Essen, Waschen, Bekleidung, Körperpflege);
- hohe psychische Belastungen durch Angst vor Verfolgung oder Beschaffungsdruck;
- gravierende gesundheitliche und soziale Probleme durch Prostitution, die oft unter ungeschützten und erniedrigenden Bedingungen verläuft;
- Obdachlosigkeit bzw. wechselnde, kurzfristige Unterkünfte bei Bekannten aus der Drogenszene oder Freiern (verbunden mit der Schwierigkeit eine Wohnung zu bekommen oder zu halten);
- soziale Isolation und Vereinsamung, da aufgrund der sozialen Ausgrenzung Kontakte zur Familie, zu Freunden und Bekannten außerhalb der Drogenszene ausdünnen und schließlich abreißen. Die sozialen Bezüge in der Szene sind stark durch Zwänge und Bedingungen der Drogenbeschaffung bestimmt;
- fehlende berufliche und soziale Perspektiven, berufliche Schwierigkeiten. Der niedrige Bildungsstand, Folge des frühen Herausfallens aus Schule und Ausbildung, führt zu einer Verschlechterung der Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dauerhafte Arbeitslosigkeit führt oft zu sozialem Abstieg, Verarmung (z.B. dauerhaftem Hartz IV-Status), und damit wiederum zu verstärktem Drogenkonsum;

- mangelndes Selbstvertrauen aufgrund sozialer Ausgrenzung und gesundheitlicher Verelendung, geringe Selbstwirksamkeitserfahrungen: der Verlust des Vertrauens in die Möglichkeit, die Lebenssituation selbst grundlegend verbessern zu können, nachdem Entzüge oder Therapieversuche wiederholt keine Erfolge zeitigten;
- rassistisch motivierter Verfolgungsdruck gegenüber Menschen mit Migrationshintergrund, v.a. wenn sie schwarzer Hautfarbe sind.

Die sozialen Folgewirkungen lassen sich aber auch an rechtsstaatlichen Einrichtungen ablesen: immer wieder zu lesende Fälle von Korruption bei Polizei und Zoll (etwa: U.S. Senate 2010). Der Verheißung des schnellen Geldes erliegen eben auch völlig rechtschaffende Menschen. Hohe Kriminalisierung von hauptsächlich Konsumierenden führt aber auch zu Arbeitsüberlastungen bei Richtern, Staatsanwälten, Bewährungshelfern, führt zu Hehlerei, Bandenwesen, liefert den Startschuss für Familientragödien. Globale Folgen des Verbots äußern sich in Drogenkriegen, wie etwa in Mexiko (Rico und Shirk 2011; Lessmann 2012), oder gar massiven geopolitischen Veränderungen. Mit dieser Entwicklung geht eine Erosion der Rechtsstaatlichkeit einher: keine Pressefreiheit mehr, weil Journalisten von Drogenhändlern bedroht werden, Bedrohung von Gerichten, Polizei und der gesamten Justiz, Verschleppungen, Verletzungen, Ermordungen (allein im mexikanischen Drogenkrieg starben seit 2006 mindestens 35.000 Menschen [Plate 2012] – in hohem Maß Unbeteiligte).

## 1.5.4 Ausblick

Die drogenpolitische Debatte in Bezug auf illegalisierte Substanzen fokussiert hauptsächlich auf gesundheitlich-soziale Verbesserungen der Abhängigen und Abhängigkeitsgefährdeten. Das Dilemma dieser teilprohibitiv ausgerichteten Drogenpolitik kann aber damit nicht aufgehoben werden. Es bleibt ein Betäubungsmittelgesetz, das massiv umgesetzt wird (ca. eine Viertel Million polizeilich festgestellte sog. „Drogendelikte“ und mehr als 57.000 straf- oder jugendgerichtliche Verurteilungen in 2007) mit einer massiven Kriminalisierungs-, sozialen Ausgrenzungs- und gesundheitlichen Gefährdungswirkung für die Konsumierenden illegalisierter psychotroper Substanzen (Stöver 2008) – die höhere „Managerebene“ von Produktions- und Verteilernetzwerken entzieht sich in der Regel erfolg-

reich dem Zugriff von Polizei und Justiz. Der herrschende Diskurs der Drogenbeauftragten und Politiker blendet immer noch die Dynamiken der Verursachung von gesundheitlich-sozialen Problemen völlig aus: Weniger die Drogen, als vielmehr die prohibitionistische Drogenpolitik produziert die Probleme der Menschen im Umgang mit verbotenen Substanzen. Das heißt nicht, dass es bei einer Legalisierung in welcher Form auch immer (sicher keine „Kiosk-Verkäufe“) keine Drogenprobleme mehr geben würde, aber sie wären dann in einem, zwar immer noch schuld- und schambehafteten, aber doch offeneren Kontext besser behandelbar. Wir würden dann die Probleme behandeln, die Menschen im Umgang mit Drogen hätten, und nicht vorwiegend mit der Drogenpolitik.

Das Versagen des „Immer-mehr-Desselben“ – gut gemeint, aber nicht gekonnt – anzuerkennen kommt natürlich einem Offenbarungseid für die Verantwortlichen gleich. Allerdings werden die Zweifel an dieser 100-jährigen Verbotspolitik immer lauter, wesentlich befeuert durch die Global Commission-Feststellungen zum Versagen dieser Politik (Global Commission on Drug Policy 2011)! Auch in Europa und in Deutschland werden die Rufe nach einer intelligenten Drogenpolitik immer lauter, die den Schaden, den jede Drogenpolitik verursacht, mitreflektiert und Modelle der Zugänglichkeit zu Drogen entwirft und umsetzt, die das Ergebnis eines Abwägungsprozesses sind zwischen individuellen Wünschen nach möglichst leichter Zugänglichkeit zu qualitativ hochwertigen und vor allem was Güte und Reinheit angeht, ausgewiesenen Substanzen (Verbraucherschutz) einerseits und Zugangsbarrieren, die sich aus Public Health-Gesichtspunkten stellen, andererseits.

## Literatur

- Baratta, A. (1990) Rationale Drogenpolitik? Die soziologischen Dimensionen eines strafrechtlichen Verbots. *Kriminologisches Journal* (1):2-26
- Barnikol, U., Brosig, A., Treppmann, P.E.W., Rehberg-Weber, K., Schmidt, G. und Treppmann, J.F. (2011) Pilotprojekt zur Verbesserung und Evaluation der Behandlungsqualität von Opioidabhängigen Patienten unter Substitutionstherapie mit chronischer Hepatitis C vor einer antiviralen Hepatitis-C-Therapie in suchtmedizinischen Schwerpunktpraxen mit ganzheitlichem Behandlungskonzept. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 13(1):18

- Bornemann, R. und Gerlach, R.J. (1999) Grundgedanken zur Harm Reduction in Deutschland aus medizinischer Sicht. In: Gözl, J. (Hg.) *Der drogenabhängige Patient*. 2. Auflage. München: Urban und Fischer, 99-108
- Bossong, H. (1992) Paradigmenwechsel in der Drogenpolitik: Vom Kriminalitäts- zum Krankheitsparadigma? *Materialien zur Heimerziehung* (3):2-5
- Bundeskriminalamt (2002) Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2002. Wiesbaden: Bundeskriminalamt
- Bundeskriminalamt (2010) Rauschgift. Jahreskurzlage 2010. Wiesbaden: Bundeskriminalamt
- Christen, R. und Sturm, S. (2008) Cannabis: Wie ein Land seine Jugend kriminalisiert - kritische Reflexion der Gesetzesänderungen in Nordrhein-Westfalen 2007. *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit/Acceptance-Oriented Drug Work* 5:14-25, [Download unter [www.indroonline.de/Christen08.pdf](http://www.indroonline.de/Christen08.pdf) (letzter Zugriff: 25.01.2012)]
- Deutscher Bundestag (2011) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Jan Korte, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 17/7627 – Erwünschte und unbeabsichtigte Folgen des geltenden Drogenstrafrechts. Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/7911 vom 25.11.2011
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (o.J.) Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. O.O. [Download unter [http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-02-08\\_Nationale\\_Strategie\\_final\\_Druckvorlage.pdf](http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-02-08_Nationale_Strategie_final_Druckvorlage.pdf) (letzter Zugriff: 15.02.2012)]
- Ebert, K. (2009) Safer-Use konkret. Illegalisierte Substanzen – Wirkungen – Konsumformen – Safer-Use Hinweise. Münster: INDRO e.V.
- EMCDDA (2006) Statistical Bulletin 2006. Lisbon
- Fox, S., Armentano, P. und Tvert, M. (2009) Marijuana is Safer. So why are we driving people to drink? White River Junction: Chelsea Green
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C. und John, U. (2011) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) *Jahrbuch Sucht 2011*. Geesthacht: Neuland, 29-50

- Gallahue, P. (2011) *The Death Penalty for Drug Offences Global Overview 2011*. London: Harm Reduction International
- Gerlach, R. (2004) Grenzen „Niedrigschwelliger“ Drogenhilfe. In: Schneider, W. und Gerlach, R. (Hg.) *DrogenLeben*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 125-138
- Global Commission on Drug Policy (2011) *War on Drugs. Report of the Global Commission on Drug Policy*. O.O [Download unter [www.globalcommissionondrugs.org/Report](http://www.globalcommissionondrugs.org/Report) (letzter Zugriff: 15.02.2012)]
- Hamouda, O. (2011) Epidemiologie von HIV/AIDS bei i.v. Drogen Gebrauchenden. In: Schäffer, D. und Stöver, H. (Hg.) *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 46-74
- Hoffmann, A. (2012) *Drogenkonsum und -kontrolle. Zur Etablierung eines sozialen Problems im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts*. Wiesbaden: VS-Verlag
- Holzer, T. (2002) *Globalisierte Drogenpolitik. Die protestantische Ethik und die Geschichte des Drogenverbotes*. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Kaushik, K.S., Kapila, K. und Praharaj, A.K. (2011) Shooting up: the interface of microbial infections and drug abuse. *Journal of Medical Microbiology* 60:408-422
- Lampert, T. und List, S.M. (2011) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) *Jahrbuch Sucht 2011*. Geesthacht: Neuland, 51-72
- Lessmann, R. (2012) Politik der verbrannten Erde. Der War on Drugs ist gescheitert und geht dennoch weiter. *Informationszentrum 3. Welt (iz3w)* (328):21-23
- Manthey, K. und Vogt, G. (2011) Die Wirksamkeit von Safer-Use-Beratungen zur Risikominimierung beim intravenösen Drogenkonsum. INDRO e.V.: Münster
- Nordt, C. und Stohler, R. (2009) Low-threshold methadone treatment, heroin price, police activity and incidence of heroin use: The Zurich experience. *International Journal of Drug Policy* 20(6):497-501
- Pfeiffer-Gerschel, T. und Flöter, S. (2009) Die ökonomischen Auswirkungen der gegenwärtigen Kontrollpolitik. IFT/München. Vortrag auf dem 9. Internationalen akzept-Kongress vom 24.–26.9.2009 in Frankfurt am

- Main[Download unter  
[www.akzept.org/kongress/pdf09/kosten\\_pfeiffer\\_gerschel.pdf](http://www.akzept.org/kongress/pdf09/kosten_pfeiffer_gerschel.pdf) (letzter  
 Zugriff: 15.01.2012)]
- Plate, M. (2012) Tanz auf dem Vulkan. Der War on Drugs verschärft die  
 Drogenproblematik in Mexiko-Stadt. Informationszentrum 3. Welt  
 (iz3w) (328):32-35
- Quensel, S. (1982) Drogenelend. Frankfurt/New York: Campus
- Radun, D. (2011) Epidemiologie von Hepatitis B und C. In: Schäffer, D.  
 und Stöver, H. (Hg.) *Drogen, HIV/AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch*. Ber-  
 lin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V., 75-99
- Radun, D. (2007) Cross-sectional study on seroprevalence regarding hepa-  
 titis B, hepatitis C, and HIV, risk behavior, knowledge and attitude  
 about bloodborne infections among adult prisoners in Germany – Pre-  
 liminary results. Abstract. Paper presented at the European Scientific  
 Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology (ESCAIDE).  
 Stockholm, Sweden, 18-20 October 2007
- Reuter, P. und Trautmann, F. (eds.) (2009) A Report on Global Illicit  
 Drugs Markets 1998 – 2007. O.O.: European Commission [Download  
 unter [http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-  
 short\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-short_en.pdf) (letzter Zugriff: 08.01.2012)]
- Ríos, V. und Shirk, D.A. (2011) Drug Violence in Mexico. Data and  
 Analysis Through 2010. University of San Diego: Trans-Border Institu-  
 te [Download unter  
[http://justiceinmexico.files.wordpress.com/2011/02/2011-tbi-  
 drugviolence4.pdf](http://justiceinmexico.files.wordpress.com/2011/02/2011-tbi-<br/>
  drugviolence4.pdf) (letzter Zugriff: 15.02.2012)]
- Scheerer, S. und Vogt, I. (Hg.) (1989) Drogen und Drogenpolitik. Frank-  
 furt/New York: Campus
- Schmerl, C. (1984) Drogenabhängigkeit. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schmidt-Semisch, H. und Wehrheim, J. (2005) Exkludierende Toleranz.  
 Ordnung und Kontrolle im Kontext akzeptierender Drogenarbeit. In:  
 Dollinger, B. und Schneider, W. (Hg.) *Sucht als Prozess*. Berlin: Verlag  
 für Wissenschaft und Bildung, 221-237
- Schneider, W. (2008) Ökonomisierung, Qualitätssicherung, Kundenorien-  
 tierung und soziale Kontrolle: Wohin führt der Weg der Drogenhilfe?  
 Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug Work  
 5, 1-13 [Download unter <http://www.indro-online.de/Schneider08.pdf>  
 (letzter Zugriff:25.01.2012)]

- Schulte, B., Gansefort, D./Stöver, H. und Reimer, J. (2009) Strukturelle Hemmnisse in der Substitution und infektiologischen Versorgung Opiatabhängiger. In: *Suctherapie* 10, 125-130
- Singhammer, J. (2012) Keine Legalisierung von Cannabis. Cannabiskonsum ist kein Zeichen von Freiheit. Pressemitteilung des Stellvertretenden CDU/CSU Fraktionsvorsitzenden im Deutschen Bundestag vom 25.01.2012 [Download unter [www://cducusu.de/Titel\\_\\_keine\\_legalisierung\\_von\\_cannabis/TablID\\_\\_6/SubTablID\\_\\_7/InhaltTypID\\_\\_1/InhaltID\\_\\_20984/Inhalte.aspx](http://www.cducusu.de/Titel__keine_legalisierung_von_cannabis/TablID__6/SubTablID__7/InhaltTypID__1/InhaltID__20984/Inhalte.aspx) (letzter Zugriff: 03.02.2012)]
- Stöver, H. (2008) Sozialer Ausschluss, Drogenpolitik und Drogenarbeit – Bedingungen und Möglichkeiten akzeptanz- und integrationsorientierter Strategien. In: Anhorn, R., Bettinger, F. und Stehr, J. (Hg.) *Sozialer Ausschluss und soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit*. 2., überarb. u. erw. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, 335–354
- UNAIDS (2007) Overview of the global AIDS epidemic. Chapter 02. [Download unter [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR\\_CH02\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf) (letzter Zugriff: 09.02.2012)]
- U.S. Senate (2010) New Border War: Corruption of U.S. Officials by Drug Cartels. Hearing before the Ad Hoc Subcommittee on State, Local, and Private Sector Preparedness and Integration of the Committee on Homeland Security and Governmental Affairs. United States Senate. One Hundred Eleventh Congress. Second Session, March 11, 2010. Washington: U.S. Government Printing Office
- Welskopp, T. (2010) Amerikas große Ernüchterung. Eine Kulturgeschichte der Prohibition. Paderborn: Ferdinand Schöningh
- Wüst, A.-K. (2008) Drogenprostitution. Zur Lebenswelt opiatabhängiger Frauen. Münster: INDRO e.V.
- Zurhold, H. (2005) Entwicklungsverläufe von Mädchen und jungen Frauen in der Drogenprostitution. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung