

Drogenpolitik in Deutschland – Stagnation in den Rahmenbedingungen trotz hoher Konsumprävalenzen

Heino Stöver & Ingo Ilja Michels

Zusammenfassung

Drogenpolitik in Deutschland lässt sich auf mehreren Ebenen beschreiben: auf der Ebene der Kommunen, der Länder und des Bundes. Zwischen und auf diesen Ebenen existieren verschiedene „Drogenpolitiken“, d. h. unterschiedliche Ausrichtungen, Herangehensweisen und Schwerpunktsetzungen. Dazu kommen unterschiedliche Akteure, Institutionen, Berufsverbände, Organisationsformen etc. Aufgrund dieser Heterogenität kann es auch keine konsistente oder gar verbindliche Drogenpolitik – weder „von oben“ noch „von unten“ – geben.

Dieser Artikel beschränkt sich auf die Organisation und drogenpolitischen Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene, obwohl es viele lokal und regional finanzierte Beispiele guter Praxis zu berichten gibt, auf die in diesem Rahmen jedoch nur am Rande eingegangen werden kann.

Schlüsselwörter: Deutschland, Drogenpolitik, Akteure, Organisation, kritische Bewertung

Summary

Drug policy in Germany can be described at several levels: at the level of the municipalities, federal states and the federal government. Between and at these levels there are different ‘drug policies’, i. e. different orientations, approaches and priorities. In addition, there are different actors, institutions, professional associations, forms of organization, etc. Due to this heterogeneity, there can be no consistent, or even binding drug policy – neither ‘from above’ nor ‘from below’.

This article is limited to the organization and drug policy framework at the national level, although there are many locally and regionally funded examples of good practice to report on, which can, however, only be dealt with marginally in this framework.

Keywords: Germany, drug policy, actors, organisation, critical evaluation

Die Organisation der Drogenpolitik in Deutschland

Für Deutschland existiert eine nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik – diese stammt allerdings aus dem Jahre 2012 und ist für die gegenwärtige Drogenpolitik fast bedeutungslos, weil veraltet. Nationale Drogenpolitik soll im Wesentlichen über das Amt einer parteipolitisch orientierten Drogenbeauftragten der Bundesregierung entwickelt und gesteuert werden. Als Beratungsgremium gab es zeitweilig einen mit ExpertInnen und VerbandsvertreterInnen besetzten „Drogen- und Suchtrat“ bei der Drogenbeauftragten der Bundesregierung,

der aber in den letzten Jahren nicht mehr einberufen wurde. Somit gibt es kaum professionelle Beratung, sondern die Drogenpolitik wird im Hause der Drogenbeauftragten in Berlin selbst entwickelt. Jährlich erscheint ein „Drogen- und Suchtbericht“, der sich seit 1998 sowohl auf legale wie auch auf illegale Drogen bezieht. Hierin werden in der Regel verfügbare Prävalenzdaten berichtet und Modellprojekte etc. beschrieben (Drogenbeauftragte, 2019). Es fehlt jedoch eine wissenschaftlich fundierte Gesamtstrategie mit klar definierten und überprüfbaren Zielen. Evidenzbasierte Modelle der Drogenkontrolle legaler wie illegaler psychotroper Substanzen, Methoden der Prävention, Beratung, Behand-

lung bzw. Strategien zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken beim Drogenkonsum werden z. T. nicht benannt oder umgesetzt. Aus diesen Gründen gibt es seit 2014 einen „*Alternativen Drogen- und Suchtbericht*“, herausgegeben von Kritikern der deutschen Drogenpolitik, d. h. vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (akzept e.V. & Deutsche Aids-Hilfe, 2019). Der *Alternative Drogen- und Suchtbericht* will dabei helfen, Erkenntnisse der Sucht-/Präventionsforschung und Organisation der Drogenkontrolle in dauerhaft erfolgreiche Maßnahmen zu übersetzen und Wege zu einer effektiveren, erfahrungswissenschaftlich untermauerten Drogenpolitik aufzuzeigen.

Deutschland ist ein Hochkonsumland in Bezug auf Alkohol und Tabak, bei gleichzeitig besonders permissiver Kontrollpolitik. Innovative Antworten auf die gesundheitlichen und sozialen Schäden dieser Drogenpolitik blieben weiterhin aus. Kritiker fordern einen Neuanfang mit grundsätzlichen Veränderungen im Zuschnitt des Amtes des/der Drogenbeauftragten, mit Personen, die unabhängig von Parteizugehörigkeiten drogenpolitische Entscheidungen auf wissenschaftlicher Grundlage vorbereiten – möglichst im Rahmen einer interministeriellen Arbeitsgruppe, beispielsweise eine unabhängige ExpertInnenkommission, wie es sie z. B. in der Schweiz längst gibt (vgl. Michels, 2019).

Im Folgenden werden die einzelnen Felder der Drogenpolitik näher erörtert.

Der Prozess der Kriminalisierung: Konsumenten im Fokus der Strafverfolgung

Drogenkriminalität oder auch „Rauschgiftkriminalität“ (der Begriff suggeriert eine Gefährlichkeit, die nicht mit alleinigem Konsum assoziiert ist und die Konsumenten als kriminelle Aktivisten definiert) ist laut Polizeilicher Kriminalstatistik (PKS) unterteilt in konsumnahe Delikte, Handelsdelikte und sonstige Verstöße. Als konsumnahe Delikte werden allgemeine Verstöße nach § 29 BtMG, also Besitz, Erwerb und Abgabe von Betäubungsmitteln (BtM) bezeichnet, die sich in aller Regel auf Mengen zum Eigenbedarf beziehen. Unter die Handelsdelikte fallen unerlaubtes Handeln mit und Schmuggel von BtM sowie deren unerlaubte Einfuhr. Unter sonstige Verstöße werden unerlaubter Anbau, Herstellung und Handel als Mitglied einer Bande sowie die Bereitstellung von Geldmitteln oder Vermögensgegenständen subsumiert. Ebenso umfasst der Begriff die

Abgabe, Verabreichung oder Überlassung von BtM an Minderjährige, die Verursachung eines Todes durch Abgabe, Verabreichung oder Überlassung von BtM sowie die Verschreibung und Verabreichung durch Ärzte (vgl. BKA, 2019).

„Im Jahr 2018 wurden in Deutschland insgesamt 350 301 Fälle, die der Rauschgiftkriminalität zuzuordnen sind, erfasst. Davon gehören knapp 80 Prozent, d. h. 274 787 zu den o. g. konsumnahen Delikten (+7.6% zum Vorjahr), 53 367 zu Handelsdelikten (-2.3% zum Vorjahr) und 22 147 Fälle zu sonstigen Verstößen (+10% zum Vorjahr; vgl. a.a.O.). Von den registrierten Fällen (Hellfeld) lag die Aufklärungsquote bei 92.4 Prozent. Die hohe Aufklärungsquote ist mit der Tatsache begründet, dass „Rauschgiftkriminalität“ ein Kontrolldelikt ist. „Der weit überwiegende Anteil der polizeilichen Erkenntnisse [...] wird durch eigeninitiierte (Kontroll-)Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden gewonnen. Ohne Kontrollen bleibt die Rauschgiftkriminalität zumeist unentdeckt, da es keine Opfer gibt, die von sich aus Strafanzeige erstatten. Von den insgesamt 350 301 registrierten Fällen wurden 276 021 Tatverdächtige registriert“ (vgl. a.a.O., S. 5).

Seit 2010 ist ein kontinuierlicher Anstieg der drogenbezogenen Kriminalität zu verzeichnen auf das neue Allzeithoch von 350 301 Fällen für 2018 (für 2019 liegen noch keine Zahlen vor). Über 60 Prozent aller BtM-Delikte beziehen sich auf Cannabis, davon über 80 Prozent auf konsumnahe Delikte – dies mit kontinuierlich steigender Tendenz in den letzten 30 Jahren (vgl. Cousto & Stöver, 2017, 2020). Dies steht in Widerspruch zu Ansprüchen, man wolle Menschen nicht für ihren Konsum bestrafen (Stöver, 2012).

Diese Zahlen machen deutlich, dass dringend Modelle der Reduktion der Kriminalisierungslast für Konsumierende illegaler Drogen, etwa mit einer gesellschaftlich konsentierten Regulation einer bestimmten Menge zum Eigenbedarf und kontrollierter Zugangsmöglichkeiten zu psychoaktiven Substanzen unter Wahrung des Jugend- und Verbraucherschutzes diskutiert und in die Praxis umgesetzt werden müssen.

Die selektive Drogenprohibition bewirkt Stigma und soziale Ausgrenzung

Ein wesentlicher Effekt des Drogenverbots und der Strafverfolgung/des Strafvollzugs ist die nachhaltige soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung Konsumierender illegalisierter Drogen: Das selektive Drogenverbot hat erhebliche Aus-

wirkungen auf die Akzeptanz, Unterstützung und soziale Teilhabe vieler Menschen (Stöver, 2016). Stigma fördert nicht selten Prozesse einer „sich selbst erfüllenden“ Prophezeiung, in denen Menschen sich so verhalten, wie von ihnen erwartet wird: „Kiffer“, „Fixer“, „Junkie“, „Alki“ sind Totalitätsbegriffe, die keine weitere Persönlichkeitsfacette dulden: der Mensch wird einzig auf seinen Umgang mit Drogen reduziert, selbst wenn ein – problematischer – Umgang längst überwunden wurde – ein Label mit offenbar lebenslanger Haltbarkeitsdauer (Rumpf, 2015).

Wie oben gezeigt, geraten jedes Jahr mehr als 200 000 Menschen in das Visier der Strafverfolgungsbehörden lediglich aufgrund eines Umgangs mit Drogenmengen zum Eigenbedarf – im wesentlichen Cannabiskonsumierende, zu einem großen Teil Jugendliche und Heranwachsende. Die Folgen dieser Kriminalisierungswucht auf die sozial-gesundheitliche Lage der Betroffenen, ihr familiäres Umfeld, aber auch für ihre schulisch-berufliche Karriere und schließlich für den Zugang zum Hilfesystem müssen stärker thematisiert und der Politik vermittelt werden. Bis heute bleibt der Zusammenhang von Drogenkontrollversuchen und Drogenhilfe in der Diskussion ausgeblendet.

Drogenkonsum im Gefängnis

Die Folgen der Kriminalisierung spiegeln sich jedoch nicht nur in polizeilichen Ermittlungsverfahren, sondern vor allem auch in Inhaftierungszahlen wider: ca. 30 000 drogenkonsumierende/-abhängige Menschen werden im Laufe eines Jahres zu Freiheitsstrafen – im wesentlichen Kurzstrafen – verurteilt.

Etwa 15–25 Prozent der Gefangenen in Europa, ca. 15 Prozent in Deutschland, sind aufgrund drogenbedingter Delikte inhaftiert. Dabei ist unklar, wie viele Menschen sich darunter befinden die Drogen konsumieren, besitzen, anbauen oder damit Handel treiben. Die tatsächliche Zahl von Drogenabhängigen wird höher sein aufgrund von Delikten, die nicht vordringlich einen Drogenbezug aufweisen (wie z. B. Straftaten zur Finanzierung von Drogen, sog. Beschaffungskriminalität). Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 30 Prozent der männlichen und mehr als 50 Prozent der weiblichen Gefangenen Drogen konsumieren bzw. konsumiert haben.

Maelicke (2015) berichtet, dass in Nordrhein-Westfalen die Hälfte der Gefangenen vor Inhaftierung als drogengefährdet bezeichnet werden muss, ein Drittel bei Haftantritt aktuelle Symptome akuter Drogenabhängigkeit aufweist.

Die erste bundeseinheitliche Erhebung zur stoffgebundenen Suchtproblematik im Justizvollzug (Stichtag: 31.03.2018 unter der Beteiligung von 12 Bundesländern) bestätigt diese Schätzungen. Die Erhebung zeigt auf, dass 44 Prozent der 41 896 erfassten Gefangenen eine stoffgebundene Suchtproblematik (Abhängigkeit und Missbrauch nach den Kriterien der ICD-10) zum Zeitpunkt des Haftantritts aufweisen: 27 Prozent Abhängigkeit, 17 Prozent schädlicher Gebrauch (Missbrauch) von psychotropen Substanzen (einschließlich Alkohol; vgl. Drogenbeauftragte, 2019).

Der Anteil der Substanzen missbrauchenden und abhängig gebrauchenden Gefangenen liegt jeweils bei 45 Prozent, in der Sicherungsverwahrung bei 47 Prozent. Insbesondere der Anteil der Menschen mit Sucht, die ihre Geldstrafe nicht zahlen konnten und deshalb inhaftiert wurden (Ersatzfreiheitsstrafe), zeigt, wie dringend andere Sanktionsmaßnahmen nötig sind.

Die bei Haftantritt und -austritt erfolgenden psychischen Belastungen/Umstellungen und sozio-ökonomischen Brüche (z. B. in der Erwerbsbiographie) sind erheblich und wirken einer Stabilisierung Drogenabhängiger unter ohnehin vulnerablen Lebensbedingungen massiv entgegen. Die Kriminalisierungsfolgen kurzer Haftstrafen im Rahmen hoher Morbidität und Mortalität (v. a. unmittelbar nach Haftentlassung) müssen thematisiert und verändert werden.

Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Gefangenen überwiegt der multiple Substanzgebrauch (27 bzw. 38%), Frauen geben mit 28 Prozent auch doppelt so häufig Opiode als Hauptsubstanz an als Männer (13%). Sowohl bei den Cannabinoiden als auch beim Alkohol finden sich bei den Männern höhere Zahlen als bei den Frauen (23 vs. 10% bzw. 22% vs. 13%).

Substitutionspraxis im Justizvollzug

Am Stichtag 31.03.2018 befanden sich in 12 Bundesländern insgesamt 6 013 Gefangene (5 530 männliche und 483 weibliche) im Justizvollzug, die bei Haftantritt die Kriterien der Substanzabhängigkeit erfüllten und als Hauptsubstanz entweder Opiode konsumierten oder einen multiplen Substanzgebrauch aufwiesen. Zu diesem Zeitpunkt wurden 1 440 Inhaftierte (1 181 männliche und 259 weibliche) substituiert. Dies entspricht einer Substitutionsquote von insgesamt 23,9 Prozent.

Von den männlichen Gefangenen, die aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung theoretisch für eine Substitutionsbehandlung in-

frage kommen könnten, wurden am Stichtag 31.08.2018 21.4 Prozent substituiert. Von den weiblichen Gefangenen, bei denen eine Opioidabhängigkeit oder eine Abhängigkeit mit multiplem Substanzgebrauch festgestellt wurde, wurden am Stichtag 53.6 Prozent substituiert.

Wie an den großen Spannweiten – sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Gefangenen – zu erkennen, zeigen sich hierbei erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. Stöver und Kollegen (2019) zeigen auf, dass die „Abdeckungsquote“ der Opioidsubstitutionsbehandlung in den 16 Bundesländern stark variiert. Folgende Gründe für die z.T. erhebliche Unterversorgung sind im wesentlichen Verunsicherungen der ÄrztInnen:

- rechtlich (Behandlungsfehler),
- fachlich (welche Medikamente, Interaktion mit anderen Behandlungen/Medikationen, komorbide Substanzgebrauchsstörungen, welche Substitutionsmedikamente sollen eingesetzt werden, keine „Suchtmedizinische Grundversorgung“?),
- organisatorisch (Übergang, Weiterbehandlung etc.).

Aber auch Engpässe beim Personal spielen eine erhebliche Rolle.

Die Gründe für eine Vollversorgung sind:

- politischer Wille,
- Steigerung der Zahl der Substitutionspat. von ca. 100 auf > 2000 innerhalb von zehn Jahren,
- Einbezug der Ärzteschaft,
- ärztliche Behandlungsempfehlungen zur medikamentösen Therapie der Opioidabhängigkeit im Justizvollzug.

Drogenbedingte infektiologische Folgeerkrankungen: HIV/AIDS, HCV, Tuberkulose, sexuell übertragbare Erkrankungen (STIs) in Haft

Seit Mitte der 1980er Jahre ist der Justizvollzug zunehmend mit der Verbreitung viraler und bakterieller Infektionskrankheiten wie HIV/AIDS, Hepatitiden (A, B und C), STIs und Tuberkulose konfrontiert. Die anfängliche Hysterie ist mehr und mehr einer nüchternen Betrachtung der tatsächlichen Gefährdung für (Mit-)Gefangene und Bedienstete gewichen. Anfängliche Rufe nach Isolation und Zwangstestung aller Gefangenen sind weitgehend verstummt (Lines & Stöver, 2006). Der Normalisierungsprozess gegenüber HIV/AIDS drückt sich aus in dem Abbau diskriminierender formaler Umgangsweisen in den Verwaltungsvorschriften vieler Justizbehörden. Mehr und mehr setzt

sich – allerdings mit erheblichem Zeitverzug – auch in den Gefängnissen die Wahrnehmung von HIV/AIDS als einer chronischen, aber behandelbaren Krankheit durch.

Trotzdem bestehen nach wie vor erhebliche Problembereiche für HIV-Infizierte oder bereits an AIDS erkrankte Gefangene. Dazu kommt, dass mit der langjährigen Fixierung auf HIV/AIDS den ebenso existentiell bedrohlichen Hepatitis-Infektionskrankheiten (B und C) zu wenig Beachtung geschenkt wurde (vgl. Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch, 2019). Die Herausforderung für den Strafvollzug und die Gesundheitsfürsorge lautet daher: Bekämpfung der Infektionskrankheiten allgemein und nicht mehr nur von HIV. Eine vormalige Inhaftierung steigert das Risiko einer Ansteckung mit Infektionskrankheiten erheblich (RKI, 2016, S. 153).

Die hohe Verbreitung von Infektionskrankheiten bedeutet aber auch für das Übergangsmangement, dass sowohl eine Kontinuität der Behandlung viraler und antiviraler Infektionskrankheiten als auch nach Haftentlassung Angebote zur HIV/HCV-Testung sichergestellt werden müssen.

Überdosierungen: insbesondere an der Schnittstelle Haft–Freiheit

Im Vollzug ändern sich nicht nur Verfügbarkeit, Reinheit und die Kosten der Drogen, sondern häufig auch die Motive, die präferierte/n Substanz/en, die Häufigkeit sowie die Applikationsform (Thane, 2013). Mit jeder zusätzlichen Droge wird das Risiko einer Überdosierung verdoppelt (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2016). Ausschlaggebend ist jedoch die gesunkene Toleranz des Körpers gegenüber den Opiaten, welche sich nach längeren Abstinenzphasen sowie veränderten Konsum in Haft einstellt. Binswanger zeigt in einer Studie auf, dass viele Inhaftierte die geringe Kenntnis über eine verminderte Toleranz den Drogen gegenüber als Hauptursache eines Drogennotfalls nennen (vgl. Binswanger, 2014, und Merral et al., 2010). Des Weiteren spielt das Umfeld, in das die Gefangenen entlassen werden, eine entscheidende Rolle. Stressoren infolge des Haftaufenthaltes, wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Bezüge und soziale Isolation, stellen ein signifikantes Rückfallrisiko dar (Schäffer & Höpfner, 2011; Binswanger, 2014). Zu den bekannten Risiken für die Drogenmortalität gehören Szenarien des Wiedereinstiegs in den Konsum nach erzwungenen Abstinenzperioden bzw. Perioden unregelmäßigen Konsums.

Nach längeren Abstinenzphasen, wie zum Beispiel bei einem Haftaufenthalt üblich, steigt das Risiko einer Überdosierung an. Laut Schätzungen der WHO (2012) sterben ca. 20 Prozent aller sogenannten Drogentoten aufgrund eines Rückfalls aus „erzwungener Abstinenz“. Ein typischer Risikozeitraum für Konsumierende harter Drogen ist die Phase nach Entlassung aus der Haft. Besonders die ersten sieben Tage nach Entlassung unterliegen nach internationaler Literatur einer besonderen Erhöhung des relativen Risikos, an einer Drogenintoxikation zu versterben. Dies gilt zunächst für die Todesfallraten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die, je nach Studie, zwischen 30- und 120-fach erhöht sind (Merrall et al., 2010). Es gilt weiter für die Erhöhung des Risikos speziell in der ersten und zweiten Woche nach Haftentlassung gegenüber späteren Zeiträumen (das relative Risiko in den ersten zwei Wochen wird zumeist etwa vier- bis siebenfach erhöht beschrieben). Das Risiko sinkt wöchentlich um 50 Prozent ab und stabilisiert sich nach vier Wochen (WHO, 2012; Stöver & Hariga, 2015). Das bayerische Landeskriminalamt ermittelte, dass 33 der 246 im Jahr 2008 registrierten Drogentodesfälle in den zwei Monaten vor ihrem Tod aus der Haft entlassen worden waren (entsprechend 13%). Ein solcher Abgleich wird allerdings nicht systematisch durchgeführt. Es wird davon ausgegangen, dass zu den typischen Umständen des Drogentodes kurz nach Haftentlassung intravenöser Konsum, prekäre Wohnumstände, Arbeitslosigkeit, psychiatrische Komorbidität mit Suizidalität gehören. In einer bereits länger zurückliegenden Analyse der Hafterfahrung von Drogentodesfällen aus dem Zeitraum 1990 bis 1997 in Hamburg zeigten sich assoziiert mit einem zeitnahen Tod nach Gefängnisaufenthalt im Vergleich zu späteren Todesfällen die Faktoren jüngeres Lebensalter bei Haftende, häufige Haftaufenthalte in der Vorgeschichte, hohe Lebenshaftzeitsumme sowie eine längere Dauer des letzten Haftaufenthaltes (Heinemann et al., 2002).

Zukünftige Perspektiven für den Umgang mit und den Übergang für drogenkonsumierende Gefangene

Die Voraussetzung einer adäquaten Hilfe für die große Zielgruppe drogenabhängiger Gefangener ist ein umfassendes und differenziertes Drogen- und Infektionsschutzkonzept in jeder JVA, das mit allen Abteilungen abgestimmt ist und mit weiterführenden Hilfen in der (Heimat-)Kommune und schließlich der Selbsthilfe verzahnt ist. Dieses Drogen- und Infektions-

schutzkonzept sollte die auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Erkenntnisse und systematisierten Praxiserfahrungen reflektieren und die Angebote zur Behandlung und Prävention von Drogenabhängigkeit/-missbrauch, sowie zur Infektionsprophylaxe anbieten, die sich in Freiheit als effektiv und effizient erwiesen haben (WHO, 2014). Um die Expertise zu behandelnder Personen zu steigern und Betroffene zu Beteiligten zu machen, haben sich in den letzten Jahren außerhalb des Justizvollzugs Schulungen für verschiedene Patient_innengruppen etabliert. Sie ermöglichen es, sich in einem geschützten Rahmen mittels Information und Austausch mit einer schweren chronischen Erkrankung auseinanderzusetzen, Ängste abzubauen sowie selbstbestimmter mit der Erkrankung und dem behandelnden ärztlichen Fachpersonal umzugehen. Beispielhaft führten die Berliner Aids-Hilfe und die Deutsche AIDS-Hilfe 2011 und 2012 in zwei Berliner Haftanstalten (JVA Moabit und JVA Lichtenberg) gemeinsam eine Patientenschulung als Modellprojekt durch. Sie umfasste sieben Veranstaltungen pro Gruppe zu folgenden Themen:

- 1) Fragen rund um die Behandlung von HIV- und Hepatitis-Infektionen,
- 2) Nebenwirkungsmanagement,
- 3) Ernährung,
- 4) Sexualität,
- 5) Umgang mit Drogen,
- 6) Umgang mit psychischen Belastungen, Entspannungsübungen,
- 7) freies Thema und Abschluss der Patientenschulung.

Wie in Freiheit auch, könnten durch Patient_innenschulungen, Peer-Support/-Education, Psycho-Edukation in stärkerem Maße die Betroffenen-/Gesundheitskompetenz von Drogenabhängigen/-gefährdeten in die Beratung und Behandlung integriert werden.

Tabakkontrollpolitik: Elektronische Dampfprodukte, Harm Reduction und Public Health

Die Tabakkontrollpolitik in Deutschland spiegelt sich im europäischen Tabakkontrollatlas wider: dort belegt Deutschland Rang 34 von 35 beteiligten Ländern, d. h. die von der WHO empfohlenen evidenz-basierten Tabakkontrollmaßnahmen werden in Deutschland nur äußerst ungenügend umgesetzt. Die folgenden Fakten verdeutlichen dies:

- Deutschland ist Tabakhochkonsumland: Prävalenz 25–30 Prozent abhängige Raucher_innen (Kotz et al., 2018).

- Die Global Burden of Disease Study (GBD, 2017) zeigt: Deutschland liegt von 195 untersuchten Ländern in absoluten Zahlen der Rauchenden auf Platz 9 (7.1 Mio. Frauen, 9.2 Mio. Männer).
- Jährlich 110 000 tabakbedingte frühzeitige Sterbefälle – 300 Menschen pro Tag.
- Leichter Zugang zu Tabakprodukten: 340 000 Zigarettenselbstautomaten 24/7.
- Außenwerbung für Tabakprodukte ist als einziger EU-Mitgliedsstaat erlaubt.

Vor diesem Hintergrund wird jedoch nur eine sehr zögerliche Diskussion um Schadensminimierung und Rauchentwöhnung mit Hilfe alternativer Nikotinaufnahmeformen geführt.

In Deutschland ist die E-Zigarette aktuell schon eine der häufigsten Rauchausstiegsmethoden. Dass die E-Zigarette ein effektives Mittel für den Rauchausstieg ist, zeigen viele wissenschaftliche Studien (Hajek, 2019). So ist ein dauerhafter Rauchstopp mit der Unterstützung durch die E-Zigarette doppelt so wahrscheinlich wie bei einem Versuch ohne die E-Zigarette. Andere Sorgen (insb. die Gateway-Hypothese) mögen auf den ersten Blick gerechtfertigt sein, doch deuten auch hier die Nutzerzahlen in eine andere Richtung. Im UK hat nur ein Bruchteil der erwachsenen E-Zigaretten-Konsumenten vorher nicht geraucht (0.5%). Regelmäßiger Konsum von Minderjährigen ist ebenfalls äußerst niedrig (2% wöchentlicher Konsum). Die deutschen Zahlen sind sowohl bei Jugendlichen (2.9%) als auch Erwachsenen (1.1%) (Reimer et al., 2016) vergleichbar.

Im Gegensatz zu diesem wissenschaftlichen Konsens denkt immer noch eine Mehrheit der Deutschen, dass die E-Zigarette mindestens genauso schädlich wie eine Tabakzigarette sei. Diese falsche öffentliche Wahrnehmung führt dazu, dass viele Raucher nicht einmal die Möglichkeit eines Umstiegs in Erwägung ziehen. Daher sollten öffentliche Stellen in Deutschland deutlich intensiver als bisher über die Vorteile und Chancen der E-Zigarette für Zigarettensraucher aufklären und ihnen einen Umstieg nahelegen.

Welche Schlüsse ergeben sich daraus für Public Health?

Aus einer Public-Health-Perspektive lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse gegenwärtiger Studien nahelegen, dass E-Zigaretten als Produkte zur Verringerung der Tabak-Schadstoffaufnahme verwendet werden, kaum neue Anwender unter Nie-Rauchern anziehen und Jugendliche und Heranwachsende nicht als Einstieg zum Rauchen verleiten. Allein der

Anteil der jugendlichen Nie-Raucher ist seit Markteinführung der E-Zigarette vor mehr als zehn Jahren deutlich gestiegen: In Deutschland hat der Anteil der Nie-Raucher unter den 12- bis 17-Jährigen im Jahr 2016 mit 80 Prozent einen historischen Höchststand erreicht. Das gilt auch für die USA, wo sich der Rückgang der Raucherzahlen bei Jugendlichen und Erwachsenen seit Einführung der E-Zigarette beschleunigt hat.

Der Public-Health-Diskurs fokussiert auf den E-Zigarettengebrauch bei Jugendlichen als Tor zum Rauchbeginn von konventionellen Tabakzigaretten – verbunden mit der Gefahr, dass sie den Prozess der „De-Normalisierung“ des Rauchens untergraben und zu einer „Re-Normalisierung“ des Rauchens führen könnten. Hypothetische Risiken der E-Zigarette für eine kleine Zahl von Jugendlichen (Stöver, Hering, Stork & Jamin, 2020) stehen im Mittelpunkt der medialen und gesundheitspolitischen Aufmerksamkeit, der mögliche Nutzen für die rund 18 Millionen Bundesbürger, die immer noch Tabakzigaretten rauchen und damit Gefahr laufen, frühzeitig an den Folgen des Tabakkonsums zu sterben, wird weitgehend ausgeklammert.

Die Tatsache, dass offizielle Instanzen lange Zeit wenig realitätsnahe Publikationen, praxisgerechte Einschätzungen, umsetzbare Leitlinien und zielgruppenspezifische Präventionsmaterialien, v. a. alter-/gender-/migrationspezifisch herausgegeben haben, hat dazu geführt, dass nicht nur der wichtige Verbraucherschutz ungenügende Beachtung gefunden hat, sondern auch, dass das Potenzial der E-Zigarette für Rauchstopp- bzw. -reduktionsversuche nicht annähernd ausgeschöpft wurde. Aus der Not des Fehlens klarer Vorgaben und Orientierungen ist eine verbrauchergestützte Selbsthilfe und Gesundheits-/Dampfbewegung gewachsen: Dampfer informieren, orientieren und organisieren sich selbst.

Konsumkompetenz und Partizipation – Betroffene zu Beteiligten machen

Nicht nur, dass in der Vergangenheit versäumt worden ist, eine offene Diskussion um die E-Zigarette mit allen beteiligten Gruppen zu führen; Betroffene sind allgemein nicht oder wenig beteiligt worden. Ein übergreifender Handlungsansatz über alle Lebensbereiche, Alterssegmente und Ressourcen hinweg ist die Stärkung der Konsumkompetenz in der Gesellschaft beim Umgang mit psychotropen Substanzen (wie z. B. nikotinhaltige E-Produkte). Danach sollten die Konsumierenden um die

Wirkungen wissen, um eigene körperliche und seelische Verfassungen, um Anlässe, Regeln und Grenzen sowie die Förderung von Risikominimierung besser reflektieren zu können. „Sicherer Gebrauch“ ist ein Bestandteil der Konsumkompetenz.

Konsumkompetenz stärken, um Chronifizierungen vorzubeugen, bedeutet aus wissenschaftlicher Sicht, den Prozess der Risiko- und damit Lebenskompetenzen in den Settings zu beachten und zu fördern. Betroffenenkompetenz zu nutzen, Betroffene zu beteiligen, bedeutet eine nachhaltige Mobilisierung aller Betroffenen, Angehörigen etc. Eine stärkere Einbindung als bisher in die Planung, Durchführung und Auswertung der (sucht-)präventiven Arbeit bedeutet, die Angebote lebensweltnäher und auch alters-/gendersizifischer zu gestalten.

Dampfer-/Raucherberatungen sollten geschlechtsspezifische und -sensible Ausrichtungen aufweisen, die sowohl auf Akzeptanz, Partizipation, Ressourcenförderung und Nutzung der Betroffenenkompetenz für und mit den Geschlechtern setzt (z. B. mit geschlechtssensiblen Orientierungen und Organisationsformen) als auch immer unterschiedliche Bedarfe und Ressourcen mitdenkt und organisiert.

Alkoholkontrollpolitik

Die negativen gesundheitlichen Folgen eines zu hohen Alkoholkonsums sind eines der gravierendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland. Gleichzeitig werden Menschen mit alkoholbezogenen Störungen stigmatisiert und diskriminiert. Auch im Alkoholbereich ist Deutschland als ein Hochkonsumland zu bezeichnen. Im Jahr 2017 lag die 12-Monatsprävalenz von Alkoholkonsum in Deutschland bei 79,2 Prozent und damit über westeuropäischem Niveau (72,2%). Die Pro-Kopf-Trinkmenge in Deutschland betrug 2017 ca. 13 Liter Reinalkohol.

Die negativen Folgen von Alkoholkonsum sind vielfältig und betreffen nicht nur die ungefähr 1,9 Millionen Menschen mit einer Alkoholgebrauchsstörung (Kraus et al., 2015), sondern auch Menschen mit akuten Vergiftungen, Verkehrsunfällen durch Trunkenheit am Steuer, Alkoholfolgeerkrankungen wie Krebs-/Herzkrankungen, Leberzirrhose, geschädigte Föten, Neugeborene, Opfer von häuslicher Gewalt im Zusammenhang mit Alkohol etc. Im Jahr 2016 sind in Deutschland rund 62 000 Menschen an den Folgen des Alkoholkonsums frühzeitig verstorben, was ca. sieben Prozent aller Todesfälle ausmacht. Alkoholkonsum in Deutschland ist

damit einer der wichtigsten vermeidbaren Risikofaktoren für Mortalität und Morbidität.

Der Alkoholkonsum und die damit verbundenen Gesundheitsbelastungen stagnieren in Deutschland seit einem Jahrzehnt auf sehr hohem Niveau, obwohl 2015 die Reduktion des Alkoholkonsums als nationales Gesundheitsziel ausgegeben wurde, allerdings ohne konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung und Überprüfungen zu beschließen. Während eine Strategie zur Zielerreichung überhaupt fehlt, werden Forderungen nach evidenzbasierten, international bewährten und wirksamen, an alkoholbedingten Schäden ausgerichteten Maßnahmen abgewiesen. Der politische Stillstand in der deutschen Alkoholkontrollpolitik wird besonders dadurch sichtbar, dass die Bundesregierungen in den letzten Legislaturperioden keine Ansätze zu einer grundsätzlichen Veränderung der Alkoholkontrollpolitik gezeigt haben (etwa steuerliche Gleichstellung von Bier und Wein durch die Einführung eines einheitlichen Steuersatzes für Reinalkohol [15 Euro/Liter], eine Heraufsetzung des Mindestalters für Erwerb und Konsum von Alkohol auf 18 Jahre, die Festlegung der Verkaufszeiten für Alkohol und ein Verkaufsverbot alkoholischer Getränke durch convenience shops).

Drogenpolitik gegenüber Konsumenten illegaler Drogen – Wie weiter und nach welchen Kriterien?

Mehr als 45 Jahre Betäubungsmittelgesetz in Deutschland, 60 Jahre detaillierte Suchtstoffkontrollübereinkommen und über 100 Jahre Versuche nationaler und globaler Drogenkontrollversuche haben gezeigt, dass eine substantielle Reduktion des Konsums bestimmter psychotroper Substanzen (z. B. Opiate, Cannabis, [Meth-]Amphetamine) mit der Prohibition nicht zu erreichen ist (vgl. Stöver & Plenert, 2013). Immer häufiger wird nach den Zielen gefragt, den beabsichtigten und nicht beabsichtigten gesundheits-, sozial- und rechtspolitischen Folgen sowie den ökonomischen, ökologischen Auswirkungen, ethischen Fragestellungen und letztlich dem Sinn der Prohibition. Angesichts des eskalierenden Drogenkrieges in Mexiko (Heufelder, 2011; Siegert, 2011), anderen Staaten Lateinamerikas sowie weiten Teilen Südamerikas (Weber, 2011; Lessmann, 2012) und Asiens (Lingens, 2011), den drogeninduzierten geopolitischen Verschiebungen, den weltweit immer noch exekutierten Todesstrafen für Drogenbesitz/-handel (Gallahue, 2011) und der immer stärkeren Aufrüstung im „Krieg gegen die Drogen“ wird die Frage nach der Sinnhaf-

tigkeit der gewaltsamen Auseinandersetzungen immer häufiger gestellt. Weltweit fordern viele Initiativen, Verbände, Parteien und namhafte Personen (Nobelpreisträger und aktuelle oder ehemalige Staatspräsidenten) andere als strafrechtliche Drogenkontrollmodelle und verweisen auf die vielen Schäden der gegenwärtig repressiv dominierten Drogenpolitik (Global Commission on Drug Policy, 2011); einerseits für die einzelnen Konsumenten sowie hinsichtlich der Erosion der Glaubwürdigkeit aller präventiven Bemühungen angesichts der doppelbödigen Teilprohibition, andererseits in Bezug auf die Bedrohung gesellschaftlicher Werte, vor allem der Einschränkung von Freiheiten und Menschenrechten, die in keinem nachvollziehbaren Verhältnis zu den intendierten Zielen des Drogenverbots stehen (Gerlach & Stöver, 2010). Gefragt werden muss auch, ob die Gesellschaft sich diese Drogenpolitik noch weiter leisten kann angesichts knapper Haushaltslage und dringender polizeilicher Fokussierung auf Kriminalität, die anderen Menschen schadet oder sie sogar tötet? Drogenbezogene Delikte sind „opferlose Delikte“, wo die Verbraucher sich allenfalls selbst schädigen – vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es sich im Drogenstrafrecht vor allem um staatliche symbolische Politik einer paternalistisch-bevormundenden Strategie handelt.

Eine Studie des IFT hat gezeigt, dass die nationalen Ausgaben für die drogenpolitischen Säulen „Repression“ und „Hilfe“ im Verhältnis 7:3 stehen (Mostardt et al., 2010). Dieses Verhältnis könnte allenfalls gerechtfertigt werden, wenn die Repression enorme Erfolge aufweisen würde, aber das tut sie nicht: die Strafverfolgungsbehörden verfolgen zu ca. 80 Prozent Konsumenten, die lediglich Substanzmengen zum Eigenbedarf mit-/einführen etc. („allgemeine Verstöße“ – mit steigender Tendenz in den letzten Jahren). Dagegen sind die Erfolge bei den registrierten „Handels- und Schmuggeldelikten“ um 18.3 Prozent und die „Einfuhr nicht-geringer Mengen“ um 30.8 Prozent im Durchschnitt der Jahre 2003–2013 zurückgegangen (Wimber, 2015; Schulz, 2015). Also ein enormes Missverhältnis in der Verfolgung von Konsumenten und Händler. Die Polizei erreicht ihr erklärtes Ziel, die Händler zu verfolgen und festzusetzen und nicht die Konsumenten, nicht.

Bei vielen Menschen setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, Drogenprobleme gesundheits- und nicht strafrechtspolitisch zu behandeln. Eine Reform der prohibitiv-repressiv orientierten Drogenkontrollgesetzgebung – global wie national – ist unausweichlich. Deshalb wird landauf landab über alternative Kontrollpolitiken in Bezug auf die illegalen Drogen,

insbesondere Cannabis diskutiert: die Entwicklungen der Legalisierung von Cannabis in einigen US-amerikanischen Staaten (Washington, Colorado, Alaska, Oregon, Kalifornien etc.), in Uruguay und jüngst Kanada, Beschlüsse von Kommunalparlamenten (Frankfurt, Köln, Berlin etc.), Koalitionsvereinbarungen (in Bremen und Hamburg), der Vorschlag eines Cannabis-kontrollgesetzes (Die Grünen/Bündnis 90), der Druck der Opposition (Cannabislegalisierung ist Beschlusslage bei den Parteien Die LINKE, Die Grünen/Bündnis 90, Piraten und FDP), und schließlich die große Präsenz des Themas in den Medien hat zu einem erheblichen Druck auf die Politik geführt. Die Entwicklung um legale Zugänglichkeit zu Cannabis hat eine derartige Wucht angenommen, die weit über die Diskussionen um Cannabisfreigabe in den 1970er oder 1990er Jahren hinausgeht: Fachleute sind sich heute einig, dass diese Entwicklung nicht mehr zurückzudrängen ist. Dies kann an drei Faktoren deutlich gemacht werden:

Die Forderungen der Mehrzahl deutscher Strafrechtsprofessoren, aber auch von Verbänden, wie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, gehen dahin, dass eine von der Bundesregierung eingesetzte Enquete-Kommission die derzeit geltenden Bestimmungen der Cannabis-/Drogenpolitik auf ihre erwünschten und unerwünschten Folgen einer umfänglichen Überprüfung unterzieht. Darüber hinaus fordern viele Drogenfachverbände und -hilfeeinrichtungen eine Reform der Drogengesetzgebung. Immer deutlicher wird für die praktische präventive, beratende und helfende Arbeit vor Ort, dass die eigentliche Suchtarbeit verhindert oder deformiert wird durch die Prohibition: Klienten kommen zwangsweise, ohne Motivation, es gilt die massiven prohibitionsbedingten Folgen des Konsums illegaler Substanzen zu bearbeiten (Haftbefehl, Prostitutionsfolgen, Inhaftierung, drogenkonsumbedingte Infektionen etc.), statt an der eigentlich vordringlichen Substanzstörung (z. B. Sucht) selbst arbeiten zu können (Stöver & Gerlach, 2012).

Ein zweiter Prozess vollzieht sich über „Cannabis als Medizin“: deutlich wird, dass die jahrzehntelange Verteufelung der Substanz Cannabis die therapeutischen Potenziale der Pflanze hat völlig vergessen lassen. Cannabis kann jedoch bei vielen Indikationsbereichen wirksam eingesetzt werden: bei Schmerzen, Appetitlosigkeit und Abmagerung, Glaukom, Spastik, Epilepsie, Asthma, Bewegungsstörungen etc. (Grotenhermen & Müller-Vahl, 2012; Michels & Stöver, 2019).

Die Diskussion um den Schutz von Menschenrechten, die Eingriffsmöglichkeiten des Staates und den Schutz der Privatsphäre seiner

BürgerInnen wirft die berechtigte Frage auf, warum der Staat kontrollieren soll, welche Drogen man in seinem Garten anbaut, konsumiert, welche Drogenpräferenzen die BürgerInnen, neben den „gesetzlich zugelassenen“ (Alkohol, Tabak und Kaffee/Tee) noch haben dürfen.

In der neuen rechtspolitischen Drogendebatte geht es um die „Regulierung“ potentiell riskanter Produkte und Verhalten – dies ist zunächst Aufgabe der Regierung. Regulierung ist die Norm – Prohibition die Ausnahme – und ein ziemlich radikales Experiment, das weltweit als endgültig gescheitert betrachtet werden muss. Eine regulierte Abgabe von psychoaktiven Substanzen (Cannabis ist nur am augenfälligsten, auch zu Kokain, [Meth-]Amphetaminen und schließlich Opioiden) sieht andere, legale Kontrollformen vor. Gefragt sind Verbraucher- und Jugendschutzregularien, die psychoaktive Substanzen zu Therapie- und Genusszwecken ab einem bestimmten Alter zugänglich machen.

Eine Regulation ist dringend nötig angesichts der massiven Herausforderungen für Drogenpolitik/-recht/-hilfe: Hier seien nur genannt der zunehmende Internet-Verkauf von Drogen und die sogenannten Neuen Psychoaktiven Substanzen, deren Entwicklung teilweise als Reaktion auf die Prohibition zu verstehen ist (Werse & Morgenstern, 2012), der wachsende Mischdrogengebrauch, lokale und regional begrenzte Szenen, die Macht der legalen Drogenindustrie, Öffentlichkeit und Drogengebrauch, Alterszugänge zu Alkohol und Tabak, Veränderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung für eine patientenfreundliche medikamentengestützte Behandlung Opioidabhängiger, E-Zigaretten etc.

Schließlich – auch als Zeichen wachsender Unzufriedenheiten – entwickeln sich „lokale Drogenpolitiken“, die den Kommunen mehr Spielraum eröffnen mit vorwiegend legalen Drogen adäquater umzugehen (Baur, 2015).

Literatur

- Aktionsbündnis Hepatitis und Drogengebrauch. (2019). *Hepatitis C und Drogengebrauch*. <https://www.jes-bundesverband.de/2019/05/praxis-handbuch-hepatitis-und-drogengebrauch-neu-aufgelegt/>
- akzept e.V. & Deutsche AIDS-Hilfe. (Hrsg.). (2019). *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019*. Lengerich: Pabst Science Publishers. <https://alternativer-drogenbericht.de/wp-content/uploads/2019/07/akzeptADSB2019.pdf> – abgerufen am 05.07.2020.
- Baur, R. (2015). Kommunale Drogenpolitik: Was können Städte und Gemeinden tun? In akzept e.V./DAH/JES (Hrsg.), *2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 122–127). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Binswanger, I. (2014). Subgroup differences in post-release mortality. Implications for access to diverse and effective treatments [Commentary on Forsyth et al.]. *Addiction*, *109* (10), 1684–1685.
- BKA. (2019). *Bundeslagebild Rauschgift 2018*. Bundeskriminalamt. https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2018RauschgiftBundeslagebildZ.pdf?__blob=publication-File&v=2 – Stand: 14.01.2020.
- Cousto, H. & Stöver, H. (2017). Repression und kein Ende?! Eine Würdigung der aktuellen polizeilichen Zahlen zur Kriminalisierung von Drogengebrauchern. In akzept e.V. (Hrsg.), *4. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 47–55). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Cousto, H. & Stöver, H. (2020). Repression und kein Ende?! Erneute Würdigung der polizeilichen Zahlen zur Kriminalisierung von Drogengebraucher_innen. In akzept e.V. (Hrsg.), *7. Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 120–133). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Drogenbeauftragte. (2019). *Sucht- und Drogenbericht der Bundesregierung 2019*. https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-ba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2019/2019_IV.Q/DSB_2019_mj_barr.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *EU drug markets report. In-depth analysis*. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2373/TD0216072ENN.PDF> – accessed at 01.09.2016.
- Gallahue, P. (2011). *The death penalty for drug offences. Global overview 2011*. London: Harm Reduction International.
- Global Commission on Drug Policy. (2011). *War on drugs* (Report). Geneva. <https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/the-war-on-drugs> – accessed at 05.07.2020.
- Grotenhermen, F. & Müller-Vah, K. (2012). Das therapeutische Potenzial von Cannabis und Cannabinoiden. *Deutsches Ärzteblatt*, *109*, 29–30.
- Hajek, P. et al. (2019). A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *New England Journal of Medicine*, *380*, 7, 629–637.
- Heinemann, A., Kappos-Baxmann, I. & Püschel, K. (2002). Haftentlassung als Risikozeitraum für die Mortalität drogenabhängiger Straftäter. *Suchttherapie*, *3* (3), 162–167.
- Heufelder, J. E. (2011). *Drogenkorridor Mexiko*. Berlin: Transit.
- Kotz, D., Böckmann, M. & Kastaun, S. (2018). Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie

- Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115, 235–242.
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie*, 16 (1), 18–26.
- Lessmann, R. (2012). Politik der verbrannten Erde. Der War on Drugs ist gescheitert und geht dennoch weiter. *Informationszentrum 3. Welt (iz3w)*, 328, 21–23.
- Lines, R. & Stöver, H. (Eds.). (2006). *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings. A framework for an effective national response*. Co-published with the World Health Organization and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Vienna: UNODC. http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/HIV-AIDS_prisons_Oct06.pdf – accessed at 05.07.2020.
- Lingens, P. M. (2011). *Drogenkrieg ohne/mit Ausweg*. Wien: Kremayr & Scheriau.
- Maelicke, B. (2015). *Das Knast-Dilemma*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Manthey, J. (2018). Reduktion des Alkoholkonsums in Deutschland: Wirkungsvolle Maßnahmen zur Zielerreichung sind nicht in Sicht. In: akzept & DAH (Hrsg.), 5. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht* (S. 114–123). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Merrall, E. L. C., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J. et al. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, 105 (9), 1545–1554.
- Michels, I. (2019). Wie kann Drogen- und Suchtpolitik „gesteuert“ werden? In akzept e.V. (Hrsg.), *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2019* (S. 18 ff.). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Michels, I. I. & Stöver, H. (2019). Cannabis als Medizin [Themenheft]. *rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 8(3).
- Mostardt, S., Flöter, S., Neumann, A., Wasem, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2010). Schätzung der Ausgaben der öffentlichen Hand durch den Konsum illegaler Drogen in Deutschland. *Gesundheitswesen*, 72 (12), 886–894.
- RKI. (2016). *HIV, Hepatitis B und C bei injizierenden Drogengebrauchenden in Deutschland – Ergebnisse der DRUCK-Studie des RKI* (Epidemiologisches Bulletin, 22). Robert-Koch-Institut. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/22_15.pdf?__blob=publicationFile – abgerufen am 05.07.2020.
- Reimer, J., Kuhn, S. & Lehmann, K. (2016). *Konsumgewohnheiten und Motive von E-Zigaretten-Konsumenten in Deutschland – Eine Querschnittsanalyse* (Abschlussbericht). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/161005_Anlage_5-Abschlussbericht_ZIS.pdf
- Rumpf, H. J. (2015). *Suchtkrankenversorgung in Deutschland: Eine Zukunftsvision*. Plenarvortrag auf dem Deutschen Suchtkongress 2015 – 16.–18.09.2015 in Hamburg.
- Schäffer, D. & Höpfner, Ch. (Hrsg.). (2011). *Drogen, HIV, AIDS, Hepatitis. Ein Handbuch* (2. Aufl.). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Schulz, A. (2015). Drogenpolitik neu denken! In akzept e.V. (Hrsg.), 2. *Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015* (S. 158–163). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Siegert, T. (2011). *Mexiko im Drogenkrieg: Akteure und Strukturen*. München: AVM.
- Stöver, H. (2012). Konzepte und Arbeitsmethoden der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe. *Suchttherapie*, 13 (4), 162–166.
- Stöver, H. (2016). Drogenprohibition, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung und Kriminalisierung. *Suchttherapie*, 17 (1), 124–130.
- Stöver, H. & Gerlach, R. (2012). Gesundheitliche und soziale Auswirkungen der Prohibition. In R. Gerlach & H. Stöver (Hrsg.), *Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten – Legalisierung von Drogen* (S. 95–112). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Stöver, H. & Hariga, F. (2015). *A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings*. Vienna: UNDOC. Available at: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf – accessed at 01.09.2016.
- Stöver, H., Hering, Th., Stork, M. & Jamin, D. (2020). Neue Wege zur Eindämmung des Rauchens: Tabakkonsum & Schadensminimierung („Tobacco Harm Reduction“. Positionspapier von Wissenschaftler*innen und Ärzt*innen). https://www.frankfurt-university.de/fileadmin/standard/Hochschule/Fachbereich_4/Forschung/ISFF/Veranstaltungen/Webinar_E-Zigaretten_2020/Positionspapier_E-Zigarette_final_28102020.pdf
- Stöver, H., Jamin, D., Michels, I. I., Knorr, B., Keppler, K. & Deimel, D. (2019). Opioid substitution therapy for people living in German prisons – inequality compared with civic sector. *Harm Reduction Journal*, 16, 72.
- Stöver, H. & Plenert, M. (2013). *Entkriminalisierung und Regulierung. Evidenzbasierte Modelle für einen alternativen Umgang mit Drogenhandel und -konsum*. Hrsg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/iez/10043.pdf> und <http://www.alternativedrogenpolitik.de/>

2012/08/17/dieentkriminalisierung-in-portugal-ist-vereinbarmit-den-internationalen-drogenvertragen/-http://library.fes.de/pdf-files/iez/10043.pdf – abgerufen am 15.12.2015.

Thane, K. (2013). *Strukturelle Defizite in der Gesundheitsversorgung in Haft. Das Beispiel DrogenkonsumentInnen* (Dissertation). Universität Bremen.

Weber, J. (2011). *Der War on Drugs in der Andenregion: Weshalb die Drogenpolitik der USA gescheitert ist*. München: Grin.

Werse, B. & Morgenstern, C. (2012). Legalisierung über das Internet – Legal Highs als Herausforderung für das System der Drogenprohibition. In akzept e.V., DAH, JES (Hrsg.), *2. Alternativer*

Drogen- und Suchtbericht 2015 (S. 227–241). Lengerich: Pabst Science Publisher.

WHO. (2012). *The Madrid recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/111360/E93574.pdf?ua=1 – accessed at 01.09.2016.

WHO. (2014). *Prisons and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Wimber, H. (2015). Zur Sinnlosigkeit der strafrechtlichen Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes. In akzept e.V., DAH, JES (Hrsg.), *2. Alternativer Drogen- und Suchtbericht 2015* (S. 164–169). Lengerich: Pabst Science Publishers.



Prof. Dr. Heino Stöver

Professor für sozialwissenschaftliche Suchtforschung an der Frankfurt University of Applied Sciences, geschäftsführender Direktor des Instituts für Suchtforschung Frankfurt (ISFF) und Vorstandsvorsitzender von akzept e.V. (Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik). www.isff.info
hstoever@fb4.fra-uas.de



Dr. Ingo Ilja Michels

Soziologe und Fachberater für Suchtkrankenhilfe. 1999 bis 2016 Leiter der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin. Tätig an der Frankfurt University of Applied Sciences und dem Institut für Suchtforschung Frankfurt (ISFF).
ingoiljamichels@gmail.com

Innovationsversprechen und Repressionsrealität in der Schweizer Drogenpolitik

Michael Herzig

Zusammenfassung

Dieser Artikel beschreibt die geschichtliche Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik und unterzieht die derzeitige Schweizer Drogengesetzgebung einer kritischen Bewertung.

Schlüsselwörter: Schweiz, Drogenpolitik, Drogengesetzgebung, geschichtliche Entwicklung, kritische Bewertung

Summary

This article describes the historical development of Swiss drug policy and critically evaluates the current Swiss drug legislation.

Keywords: Switzerland, drug policy, drug legislation, historical development, critical evaluation.

Im Schweizer Tourismuskanton Wallis wird 2015 ein junger Mann dreimal von einer Stadtpolizei mit einer geringen Menge Hanf erwischt (vgl. Herzig et al., 2019). Das schweizerische Betäubungsmittelgesetz lässt in solchen Fällen eine Ordnungsbuße von 100 Franken zu. Bei reinem Besitz von weniger als zehn Gramm Cannabis, wenn der Mann also nicht in flagranti beim Rauchen eines Joints gefasst wird, ist es sogar möglich, ganz auf Bestrafung zu verzichten und bloß die Drogen zu konfiszieren. Soweit das Gesetz.

Die Walliser Gesetzeshüter wählen in diesem von einer Tageszeitung dokumentierten Fall einen anderen Weg: Sie vernehmen und zeigen den Mann an. Die Folgen sind 1 200 Franken Buße plus 200 Franken Verfahrenskosten. Wäre derselbe Mann von einem anderen Polizeicorps oder von anderen Beamten kontrolliert worden, wäre er möglicherweise straffrei oder mit einer Ordnungsbuße davongekommen.

Eine simple Zeitungsrecherche bringt dutzende solcher Fälle ans Licht, die seit 2013 in allen Landesteilen dokumentiert sind (vgl. a.a.O.). Im Oktober 2013 trat der sogenannte Ordnungs-

bußenartikel in Kraft. Es war das Ende eines langwierigen Kräfteingens im Parlament, das 2004 begonnen hatte, als eine Mehrheit von National- und Ständerat sich definitiv weigerte, die Strafbefreiung des Cannabiskonsums und die Regulierung von Produktion und Handel ins Betäubungsmittelgesetz aufzunehmen, die der Bundesrat 2001 dem Gesetzgeber vorgeschlagen hatte.

Seit 2013 kann Cannabiskonsum also mit einer Ordnungsbuße von 100 Franken bestraft werden, wenn die Person volljährig ist und nicht mehr als zehn Gramm Cannabis bei sich trägt. Das Parlament feierte dies als Fortschritt. Insbesondere die Christliche Volkspartei CVP, die über Jahre jede Lockerung der Drogenprohibition blockiert hatte, bejubelte den neuen Gesetzesartikel als Erfolg der politischen Mitte. Sie gelobte bereits 2004 eine Vereinheitlichung der Praxis von Polizei und Justiz in allen Kantonen, mehr Rechtsicherheit und weniger Aufwand für die Verfolgung des Cannabiskonsums bei Erwachsenen (CVP-Fraktion, 2004). Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates versprach nicht nur den Voll-

zugsbehörden eine Lockerung, sondern auch den Drogenkonsumierenden:

„Die Bekämpfung des Cannabiskonsums mit strafrechtlichen Mitteln ist für Polizei und Justiz mit erheblichem Aufwand verbunden. Dieser wird im Verhältnis zur Schwere des Delikts insbesondere bei Erwachsenen mit moderatem und sozial unauffälligem Konsum als nicht angemessen empfunden.“ (Schweizerische Bundeskanzlei 2012).

Das war das Versprechen. Doch als das Ordnungsbußengesetz endlich in Kraft trat, hatte die Parlamentsmehrheit die Drogenprohibition längst restauriert. Die Folge war nicht weniger, sondern mehr Repression (Zobel et al., 2017; Scruzzi, 2015): 2014 wurden 14 861 Cannabis-Ordnungsbußen ausgesprochen. Weil Ordnungsbußen ein Verfahren erübrigen, hätte die Zahl der strafrechtlichen Verfahren in demselben Ausmaß abnehmen sollen. Sie sank aber lediglich um 8 852 auf 22 083 Fälle. Die Anzahl aller strafrechtlichen Interventionen gegen Cannabiskonsum stieg zwischen 2012 und 2015 sogar um rund 15 Prozent. Gemessen an der Gesamtbevölkerung ist das deutlich höher als in Deutschland und Österreich und etwas höher als in Frankreich. 2016 blieb die Summe von Verzeigungen und Ordnungsbußen auf dem Niveau des Vorjahres, 2017 sank sie leicht (Sucht Schweiz, 2018).

Was sich hinter abstrakten Ziffern verbirgt, deckten über die letzten Jahre verschiedene Medien auf. Offensichtlich wenden sich Betroffene eher an Zeitungen oder Beratungsstellen, als dass sie ein juristisches Verfahren anstreben.

Eine verbreitete Praxis der Strafbehörden scheint es, Drogenkonsumierende dazu zu bringen, sich selbst zu belasten (vgl. Herzig et al., 2019). Insbesondere jüngere Konsumierende erleben dies. Wenn sie mit wenigen Gramm Hanf erwischt werden, müssten sie eigentlich mit einer Ordnungsbuße davonkommen, sofern sie volljährig sind. Stattdessen werden sie von der Polizei häufig zu ihrem Konsumverhalten befragt. Weil Betäubungsmittelkonsum eine Übertretung ist, die erst nach drei Jahren verjährt, kann die Staatsanwaltschaft Drogenkonsumierende für vergangenen Konsum bestrafen, sofern sie ihn zugeben. Wird die Aussage verweigert, kommt man mit einer tieferen Buße davon. In einigen Kantonen sogar straffrei, weil gemäß Gesetz der Besitz von bis zu zehn Gramm nicht bestraft werden muss. Aber auch diesen Paragraphen setzen nicht jeder Polizist und jede Staatsanwältin um. Einige Staatsanwälte gehen mitunter sehr weit. So brummte die Staatsanwaltschaft Basel-Stadt ei-

nem Mann Verfahrenskosten von 303 Franken und 30 Rappen auf, obwohl sie das eigentliche Verfahren wegen Drogenbesitz eingestellt hatte (vgl. a.a.O.). Damit ignorierte sie ein Bundesgerichtsurteil (Schweizerisches Bundesgericht, 2017), das in einem ähnlich gelagerten Fall zum Schluss gekommen war, dass Verfahrensgebühren nicht erhoben werden dürften, wenn kein Straftatbestand vorliege oder abzuklären sei.

Eine weitere Taktik ist es, Drogenkonsumierende als Drogendealer abzustempeln (vgl. a.a.O.). Dazu wird hochgerechnet, wie viel Marihuana oder Haschisch aus vom Zoll konfiszieren Hanfsamen produziert werden könnte. Das Ertragspotenzial eines Samens wird dabei sehr, sehr optimistisch eingeschätzt. Ziel ist es, Cannabiskonsumierenden, die per Post Hanfsamen bestellen, um sie anzupflanzen, eine so hohe hypothetische Produktionsmenge anzulasten, dass man sie als Händler verurteilen kann. Insbesondere 2015 wurden zahlreiche solche Verfahren eingeleitet. Die meisten mussten mangels Beweise wieder eingestellt werden.

Es scheint demnach, dass Polizei und Staatsanwaltschaft oftmals versuchen, möglichst hohe Bestrafungen herauszuholen. Wenn man die parlamentarischen Debatten zum Ordnungsbußenverfahren konsultiert, war dies aber nicht die Intention des Gesetzgebers.

Angesichts der Praxis der Strafverfolgungsbehörden der letzten Jahre, scheint die von Politik und Fachleuten oft und gern postulierte liberale Schweizer Drogenpolitik der 1990er Jahre ein historischer Unfall gewesen zu sein. Untersucht man allerdings den Umgang mit Drogen in der Schweiz seit Beginn des 20. Jahrhunderts, findet man immer wieder Phasen (wirtschafts-)liberaler, regulatorischer Zurückhaltung und harten, rechtsstaatlichen Durchgreifens, manchmal auch gleichzeitig.

1 Das Vermächtnis

Die Drogenprohibition ist ein relativ junges Phänomen. Die meisten der heute illegalen Drogen waren nämlich lange legal erhältlich, Hanf sogar während Jahrhunderten (Legnaro, 2016). Wenn also über Legalisierung als Gegenprojekt zur Prohibition gesprochen wird, handelt es sich de facto um eine Re-Legalisierung. Es ist zutreffender, von Regulierung bzw. Marktregulierung zu sprechen. Prohibition ist bloß eine von mehreren Möglichkeiten, Produktion, Handel und Konsum zu regeln.

Hinter der Illegalisierung von Hanf, Heroin, Kokain und anderen Substanzen steht die

Vorstellung, vielleicht müsste man eher von Hoffnung sprechen, dass eine Verknappung des Angebotes die Nachfrage reduzieren möge. Treibende Kraft der Drogenprohibition waren zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Vereinigten Staaten von Amerika. Die amerikanische Regierung arbeitete ab dem Internationalen Opiumabkommen von Den Haag im Jahr 1912 auf ein weltweites Drogenverbot hin. Mittlerweile ist gut belegt, dass die Prohibition im US-amerikanischen Sinn weit stärker von wirtschaftlichen, sozialdisziplinierenden und rassistischen Motiven getrieben war als von gesundheitspolitischen (Hari, 2015; Legnaro, 2016).

Auch die Schweiz beugte sich im frühen 20. Jahrhundert dem amerikanischen Druck, allerdings nur widerwillig (Kilias & Hansjakob, 2011). Zu dieser Zeit war die Schweiz ein Morphium und Kokain produzierendes und exportierendes Land. Die Pharmaindustrie hatte vitales Interesse an einer liberalen Regelung. Doch je länger die Schweizer Regierung zuwartete, umso stärker wurde der internationale Druck. Weil die Schweiz 1922 immer noch das einzige Produktionsland war, das Import und Export nicht beschränkt hatte, gab es seitens USA und Völkerbund handfeste Boykottdrohungen (Tanner, 1992). 1924 lenkten Bundesrat und Parlament ein und schufen das erste Betäubungsmittelgesetz (Boggio et al., 1997; Kilias & Hansjakob, 2011). Vorher waren die nun illegalen Substanzen entweder als Medikamente oder als Gifte behandelt worden (Zobel, 2017). Einzig die Kantone Genf und Waadt hatten 1921 und 1922 Kokain separat geregelt, weil der rekreative Kokainkonsum zugenommen hatte (Kilias & Hansjakob, 2011; Zobel, 2017). Das Gesetz von 1924 brachte indessen noch kein Verbot, sondern bloß eine Bewilligungspflicht für die Produktion von Opium, Morphium, Heroin und Kokain. Verboten wurde einzig die Herstellung von Rauchopium, das in der Schweiz ohnehin nicht produziert wurde (Kilias & Hansjakob, 2011). Bis 1975 wurde das Betäubungsmittelgesetz im Zuge weiterer internationaler Abkommen laufend verschärft (Zobel, 2017).

Im Jahr 1951 wurde der Handel von Heroin und Haschisch definitiv verboten. Der Anbau von Hanf wurde aber nicht gänzlich untersagt, sondern einer Bewilligungspflicht unterstellt (Kilias & Hansjakob, 2011). Es war ein Balanceakt zwischen internationalen Verpflichtungen und innenpolitischen Interessen, insbesondere wirtschaftlichen und landwirtschaftlichen. Hanf war ein traditionelles landwirtschaftliches Anbauprodukt in der Schweiz (Eidg. Kommission für Drogenfragen, 1999). Bis Anfang der 1950er Jahre war auch die Schweizer Heroinproduktion geschrumpft, weshalb die

Pharmabranche mit dem Verbot leben konnte (Kilias & Hansjakob, 2011).

Aber auch 1951 wurde der Konsum von Drogen in der Schweiz noch nicht verboten, sondern lediglich Besitz und Handel. Verglichen mit den aktuellen Äußerungen von Regierung und Parlament klingen die Argumente aus den 1950er Jahren beinahe visionär:

„Im Gegensatz zu gewissen Versuchen, den Betäubungsmittelsüchtigen durch scharfe Bestrafung abzuschrecken, erscheint es richtiger, die Sucht nicht als ein Vergehen oder gar Verbrechen, sondern als Krankheit zu betrachten. Die ihr hörige Person ist demgemäss der ärztlichen Behandlung zuzuführen; ausserdem sind geeignete vorbeugende Anordnungen zu treffen, damit die Betäubungsmittel nicht missbräuchlich verwendet werden.“ (Schweizerischer Bundesrat, 1951)

Den Startschuss zur strafrechtlichen Verfolgung von Drogenkonsumierenden gab 1969 nicht die Politik, sondern die Rechtsprechung. Das Bundesgericht bestätigte eine Buße von 80 Franken für den Konsum von einem oder zwei Joints, mit dem Argument, dass wer Drogen konsumiere, sie auch besitzen müsse, was strafbar sei (Hansjakob & Kilias, 2012). Der Zeitpunkt war kein Zufall: 68er-Revolution und Hippiebewegung beschleunigten die Wahrnehmung des Drogenkonsums als Bedrohung der bürgerlichen Gesellschaft. Politik, Behörden und Öffentlichkeit reagierten mit Ratlosigkeit, später mit Härte (Heller & Binzegger, 1992).

Sechs Jahre später wurde das Verbot des Konsums gesetzlich verankert. Diese Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975 war ein folgenreicher Meilenstein. Wie sehr sich die Perzeption aufgrund der gesellschaftlichen Dynamik nach 1968 verändert hatte, zeigt die Botschaft des Bundesrates an das Parlament. Der Ton ist dringlich, fast panisch:

„Mit der Gesetzesrevision von 1968 versuchte man der damaligen Lage gerecht zu werden; die Verhältnisse änderten sich aber rasch, ja die Entwicklung überstürzte sich. Die Teilrevision von 1968 war am 1. Januar 1970 kaum in Kraft getreten, als sich für unser Land bereits die Frage stellte, ob die rechtliche Regelung des Betäubungsmittelverkehrs, wie sie sich aus dem geltenden Betäubungsmittelgesetz ergab, noch genüge. Insbesondere musste bezweifelt werden, dass die vorgesehenen Massnahmen gegen die Betäubungsmittelabhängigkeit die verantwortlichen Behörden tatsächlich in die Lage versetzten, dem in der Zwischenzeit in beängstigendem Ausmass angestiegenen Missbrauch von Be-

täubungsmitteln und Halluzinogenen in wirksamer Weise entgegenzutreten und sowohl die Ursachen als auch die Auswirkungen dieser Erscheinung in sinnvoller und erfolversprechender Weise zu bekämpfen. Es musste vielmehr festgestellt werden, dass die geltende rechtliche Regelung den inzwischen eingetretenen grundlegenden Veränderungen, d. h. der auch in unserem Lande in weiten Kreisen um sich greifenden Welle des Betäubungsmittelmissbrauchs, nicht mehr zu genügen vermochte.“ (Schweizerischer Bundesrat, 1973)

Die politische Terminologie wurde martialisch. Vergessen war die nüchterne Argumentation des Bundesrates aus der Gesetzesrevision von 1951. Nun tauchten Begriffe wie „Drogenfront“, „Rauschgiftwelle“, „Rauschgiftseuche“, „dunkle Seuche“, „lebenslanges Siechtum“ und „frivole Selbstverstümmelung“ in den parlamentarischen Reden auf. Die Politiker warnten vor nichts Geringerem als der Auflösung der Familie, dem Verlust der Religion und der Aushöhlung der Gesellschaft (Sorg, 1994).

Drogenkonsum wurde zur existentiellen Bedrohung für Staat und Gesellschaft emporstilisiert. Das kulturpessimistische Begriffsrepertoire wurde ausgeschöpft. Die Metapher der Flutwelle – im Französischen war es eine Explosion – stellte den Bezug zum kalten Krieg her.

Je stärker Drogenkonsum in der Öffentlichkeit als Subkultur thematisiert wurde, umso härter gingen Polizei und Justiz gegen Konsumentinnen und Konsumenten vor. 1975 wurden 443 Kilogramm Haschisch beschlagnahmt, 21 Kilogramm Heroin und zwei Kilogramm Kokain. Insgesamt wurden 5000 Personen wegen Konsum, Schmuggel und Handel von illegalen Drogen belangt (Heller & Binzegger, 1992; Zobel, 2017). Zehn Jahre später waren es 15000 Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz, 1990 um die 19000. Von 1985 bis 1990 stiegen die beschlagnahmten Heroinmengen von 56 auf 156 Kilogramm, jene von Kokain von 50 auf 339 Kilogramm (Heller & Binzegger, 1992).

In der Zeit zwischen 1975 und 1985 drehte die Eskalationsspirale immer schneller. Repression gegen den Drogenkonsum, die Professionalisierung des Schwarzmarktes und die soziale Ausgrenzung der Konsumentinnen und Konsumenten beschleunigten sich wechselseitig. Die Betäubungsmittelpolizei wurde aufgestockt, die Verfolgung ausgeweitet, das Strafmaß erhöht. Parallel stieg die Anzahl der Delikte, der Inhaftierungen und der Drogenkonsumierenden. Die Todesfälle wegen Überdosierungen explodierten regelrecht. Bis Ende der 1970er Jahre war der Schwarzmarkt in der

Schweiz noch ein Selbstversorgermarkt, in dem die Konsumentinnen und Konsumenten den Stoff selbst beschafften. Mitte der 1980er Jahre war das Drogengeschäft fest in der Hand organisierter Kriminalität (a.a.O.).

Ironischerweise war die Drogenflut, die man 1975 eindämmen wollte, zehn Jahre später größer als je zuvor. Die Dämme, die man errichtete, führten das Wasser der organisierten Kriminalität zu.

2 Der Aufbruch

Spricht man altgediente oder pensionierte Polizisten auf ihren Dienst in der offenen Drogenszene der 1980er und der 1990er Jahre in Zürich an, werden sie üblicherweise still und nachdenklich. Sie verwenden Begriffe wie „Leerlauf“, „Schande“, „Ohnmacht“. Auch Übergriffe habe es gegeben. Das dürfe keinesfalls entschuldigt werden, sei damals aber doch irgendwie verständlich gewesen. Wie genau die Beamten Frustration und Wut abregiert haben, sagt kaum einer. Es gab wohl Gummigeschosse in die dahinvegetierende Menge, Tritte auf Spritzen und in Armbeugen. Die Rede ist auch von einem Wettbewerb, wer die meisten Drogenabhängigen in einen für acht Personen zugelassenen Transporter hineinpfuchen konnte.

Aber auch die (ehemaligen) Drogenabhängigen haben ihre Narrative: vom Katz- und Maus-Spiel mit der Polizei und von seltenen Triumpfen, von Exzessen, Existenzkämpfen, Verlusten. Einige Überlebende treffen sich heute noch.

Gut zehn Jahre nach der Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975 war das Politikversagen Mitte der 1980er offensichtlich. In allen größeren Schweizer Städten hatten sich offene Drogenszenen gebildet. Hunderte Menschen lebten oder vegetierten auf öffentlichen Plätzen. Sie kauften und konsumierten dort Drogen unter den Augen von Polizei und Öffentlichkeit. Die Bilder des Zürcher „Needle Parks“ gingen um die Welt. „Tödliches Versagen“ titelte das von *Tages-Anzeiger* und *Berner Zeitung* herausgegebene *Das Magazin* 1994 (Sorg, 1994). Zwei Jahre zuvor hatte sich das *NZZ-Folio* der *Neuen Zürcher Zeitung* der „Drogenpolitik auf Irrwegen“ angenommen (Heller & Binzegger, 1992). Die Fronten waren verhärtet, die Rhetorik klang wie die Fortsetzung des Kalten Krieges mit drogenpolitischen Argumenten (vgl. Herzig, 2012).

1992 wurde die erste offene Drogenszene am Zürcher Platzspitz beim Hauptbahnhof geräumt. Es war eine reine Vertreibung (vgl. a.a.O.). Die Polizei flankierte die Putzkolonnen

der Stadtreinigung. Sicherheitsleute verweherten drogenabhängigen Menschen den Zutritt. Pflegerinnen und Sozialarbeiter, die in dem Park Essen und saubere Spritzen ausgegeben, Wunden versorgt, Überdosierte ins Leben zurückgeholt und besorgte Eltern betreut hatten, blieben dem Ereignis fern – im Wissen und in der Bereitschaft, ihre Arbeit an einem anderen Ort fortsetzen zu müssen. Dieser fand sich kurz darauf in dem stillgelegten Bahnhof Letten. Er lieferte für weitere drei Jahre Bilder des Elends aus dem Wohlstandsland Schweiz.

Der Aufbruch erfolgte zwischen der Räumung der ersten und der zweiten offenen Drogenszene in Zürich (vgl. Herzig, 2015). In dieser Zeit wurde das Betreuungs- und Behandlungssystem aufgebaut, das später als drogenpolitische Innovationsleistung gefeiert werden sollte: Spritzentausch, Konsumräume, in denen illegal erworbene Drogen unter Aufsicht konsumiert werden, heroingestützte Behandlung, akzeptanzorientierte Wohnungs- und Beschäftigungsprogramme. Als dann der Letten im Februar 1995 geräumt werden sollte, war er schon leer. Anders als jene des Platzspitzes war diese Räumung vorbereitet und angekündigt worden. Zudem hatten die Drogenabhängigen nun Alternativen.

Der Politologe Daniel Kübler hat die drogenpolitische Wende in der Schweiz und das Überwinden der offenen Szene mit dem Ansatz des *Advocacy Coalition Framework* (ACF) untersucht (Kübler, 2001). Er kommt zum Schluss, dass der politische Diskurs von drei verschiedenen zivilgesellschaftlichen Koalitionen geprägt worden sei: „Abstinenz-Koalition“, „Lebensqualitäts-Koalition“ und „Harm-Reduction-Koalition“. Zu ersten gehören die überzeugten Anhängerinnen und Anhänger der Drogenprohibition, zur zweiten die Bevölkerung insbesondere im städtischen Umfeld, deren Lebensqualität durch Drogenszenen (und andere gesellschaftlich marginalisierte Gruppen) tangiert wird. Die dritte Gruppe bilden zivilgesellschaftliche Strömungen, die den, aus ihrer Sicht, von der Drogenprohibition angerichteten Schaden vermindern wollen.

In den 1990er Jahren, so Kübler, habe die „Lebensqualitäts-Koalition“ ihr jahrelanges Bündnis mit der „Abstinenz-Koalition“ aufgelöst und sich mit der „Harm-Reduction-Koalition“ für den Wandel eingesetzt. Erst dadurch sei eine politische Mehrheit für die Vier-Säulen-Politik zustande gekommen. Unter den vier Säulen versteht man in der Schweiz Prävention, Repression, Schadenminderung (Harm Reduction) und Therapie.

In dem Modell der vier drogenpolitischen Säulen „Prävention“, „Repression“, „Schaden-

minderung“ (Harm Reduction) und „Therapie“ ist Abstinenz ein Ziel unter anderen (vgl. Herzig, 2015). Wichtiger noch ist die soziale Integration von Drogenkonsumierenden – unabhängig von der Frage, ob sie willens oder fähig sind, abstinent zu leben. Auch werden disziplinäre Sichtweisen überwunden, die Drogenkonsumierende einseitig als Klientinnen, Patientinnen oder Straftäter betrachten. Das Vier-Säulen-Modell hat einen interdisziplinären Charakter. Sind Sozialarbeit, Pädagogik, Medizin, Polizei und Justiz nicht bereit zu Kompromissen, bleibt es Theorie.

Drogenkonsumräume könnten ihren sozialmedizinischen Auftrag nicht erfüllen, wenn die Polizei den Besitz illegaler Drogen unterbinden würde. Andererseits braucht es die Bereitschaft der Suchthilfe zur Zusammenarbeit mit der Polizei, damit kein rechtsfreier Raum entsteht. Somit verlangt das Vier-Säulen-Modell von allen beteiligten Berufsgruppen, dass sie „ihre Prinzipien, Aufträge und Selbstverständnisse“ hinterfragen (Wüthrich & Schneider, 2014), ihre Zusammenarbeit regelmäßig überdenken und gegebenenfalls neuen Anforderungen anpassen. In den meisten Schweizer Städten gibt es Zusammenarbeitsvereinbarungen und Foren zum fachlichen Austausch zwischen den am Vier-Säulen-Modell beteiligten Berufsgruppen (Cattacin, 2012).

In der Umsetzung erfordert das Vier-Säulen-Modell ausreichenden Handlungsspielraum auf lokaler Ebene. Maßnahmen zur Schadenminderung wurden als erstes in den größeren Städten entwickelt und mussten von zivilgesellschaftlichen Organisationen erkämpft werden, bevor sie politisch etabliert werden konnten (vgl. Grob, 2012): In Bern wurde 1987 zum ersten Mal ein von einer privaten Nichtregierungsorganisation geschaffener Konsumraum („Fixerstübli“) behördlich toleriert; in Zürich kam die Stadtpolizei im selben Jahr den Empfehlungen engagierter Ärztinnen und Ärzte nach und konfiszierte entgegen der Vorgabe des Kantonsarztes keine sauberen Spritzen mehr (Wüthrich & Schneider, 2014; Herzig, 2012).

Die Orientierung an der Lebensqualität der Bevölkerung – und damit primär an der öffentlichen Sichtbarkeit der Drogenproblematik – erforderte von allen Beteiligten Kompromisse. Insbesondere Polizei und Sozialarbeit, die sich am Letten und am Platzspitz noch bekämpft hatten, rückten zusammen (vgl. Herzig, 2019). In der kommunalen Politik war dieser Wandel im Verhältnis zwischen Polizei und Sozialarbeit von hoher Symbolkraft und verfehlte seine Wirkung nicht: Die heroingestützte Behandlung beispielsweise wurde von den Stadtzürcher Stimmberechtigten in einer Volksab-

stimmung 2004 mit 75 Prozent der Ja-Stimmen gutgeheißen. Und zwar, und das ist typisch für die Schweiz, ohne dass das Gesetz geändert worden wäre. Das Betäubungsmittelgesetz von 1975 wurde erst 2008 wieder revidiert.

Mit einer pragmatischen und auf interdisziplinärer Kooperation beruhenden Sichtweise und mit den Instrumenten der direkten Demokratie wurde die gesellschaftspolitische Polarisierung schließlich überwunden, welche zu den offenen Drogenszenen geführt hatte. Methodisch löste das Vier-Säulen-Modell einen Innovationsschub aus, in dessen Zug Sozialarbeit, Pädagogik, Medizin, Polizei und Justiz neue Zusammenarbeitsformen entwickelten, die international als vorbildlich angesehen werden.

Das Umdenken erfolgte durch ein bemerkenswertes Zusammenwirken nationaler Expertisen, zivilgesellschaftlicher Initiativen, direktdemokratischer Instrumente und föderalistischer Strukturen (vgl. Herzog, 2015).

„Erfolg und Misserfolg der Schweizer Drogenpolitik liegen ironischerweise ständig nahe beieinander – dem Föderalismus sei gedankt –, denn das Schweizer Erfolgsmodell baut auf der Möglichkeit auf, territoriale Asynchronien zuzulassen.“ (Cattacin, 2012)

Die Fokussierung auf die Lebensqualität hat die Problemwahrnehmung aber auch eingengt. Zu Veränderungen waren Politik und Zivilgesellschaft nur willens, solange das Politikversagen manifest war. Mit der offenen Drogenszene verschwanden auch Leidensdruck und Innovationsbereitschaft. Indem sie auf das Thema der Lebensqualität eingegangen ist, hat die „Harm-Reduction-Koalition“ der „Abstinenz-Koalition“ ein Problem gelöst, das diese aus eigener Kraft nicht bewältigen konnte. So musste die „Abstinenz-Koalition“ nie Verantwortung übernehmen für ihr eigenes Unvermögen.

3 Der Rückfall

Zu Beginn des Jahrtausends hatte die Schweiz die Katastrophe der offenen Drogenszene der 1980er und 1990er Jahre hinter sich. Es war ein schmerzhafter Lernprozess gewesen. Der gesellschaftliche Umgang mit Drogen und Drogenabhängigen hatte sich radikal verändert – nur nicht das Betäubungsmittelgesetz. Es war immer noch dasselbe wie 1975, obwohl mittlerweile Heroin legal von Ärztinnen und Ärzten verschrieben wurde und in Einrichtungen der Schadensminderung illegale Drogen unter Aufsicht konsumiert wurden.

Diese Divergenz von Norm und Praxis wollte der Bundesrat mit einer Gesetzesrevision aufheben, die aus seiner Sicht überfällig war:

„Die vorgeschlagene Revision ist daher in weiten Teilen der Nachvollzug dessen, was sich in der Praxis in den vergangenen Jahren entwickelt hat. Es geht in erster Linie darum, bewährte und wirksame Massnahmen zu konsolidieren, allenfalls Lücken zu schliessen und die seit der Revision von 1975 neu geschaffenen Interventionsmöglichkeiten gesetzlich zu verankern.“ (Schweizerischer Bundesrat, 2001)

Es ist bemerkenswert, wie sehr der Bundesrat den früheren Glauben an die Wirksamkeit der Prohibition relativierte:

„Einzig im Umgang mit der Cannabisproblematik drängt sich auf Grund der aktuellen unbefriedigenden Situation eine Neuorientierung auf, für welche eine Anpassung des Gesetzes unabdingbar erscheint. Angesichts der geschätzten 500 000 gelegentlich oder regelmässig Cannabis Konsumierenden in der Schweiz ist der Vollzug des Gesetzes bezüglich der Bestrafung des Konsums mit vernünftigen Aufwand nicht mehr zu gewährleisten. Bedenkt man zudem, dass die gesundheitlichen Risiken bei moderatem Cannabiskonsum nicht grösser sind als bei anderen legal erhältlichen Substanzen, dann liegt die Aufhebung der Strafbarkeit des Konsums von Betäubungsmitteln des Wirkungstyps Cannabis und der Vorbereitungshandlungen dazu nahe. Dieser Schritt will sowohl der gesellschaftlichen Realität Rechnung tragen als auch Polizei und Justiz entlasten. Als flankierende Massnahme sollen gezielte Impulse im Bereich der Prävention gesetzt werden, um einer allfälligen Banalisierung des Cannabiskonsums entgegenzuwirken und bei sich abzeichnenden Problemen bei Jugendlichen frühzeitig intervenieren zu können.“ (Schweizerischer Bundesrat, 2001, S. 3718)

Das Parlament sah dies anders. Die Beratungen wurden über drei Jahre verschleppt, bis die Christliche Volkspartei CVP den vermeintlichen Ausweg präsentierte: Die Einführung von Ordnungsbußen bei Cannabiskonsum sollte es den bürgerlichen Politikern ermöglichen, den bundesrätlichen Reformvorschlag zurückzuweisen, ohne als totale Blockierer dazustehen.

Letztlich kam der bundesrätliche Vorschlag zur Anpassung des Gesetzes an die Realität zu spät: Der Aufruhr war vorbei, Ruhe und Ordnung waren wiederhergestellt (Cattacin, 2012). Die Prohibitionsbefürworterinnen und -befürworter konnten ihr Dogma wieder hochhalten,

nachdem die Fachleute den Schaden behoben hatten, den es angerichtet hatte.

Wie bei früheren Verschärfungen, hält auch die repressive Welle gegen Hanfkonsumierende seit 2013 nicht das, was sie versprach (vgl. Herzig et al., 2019): Der Konsum sank nur unwesentlich, dafür professionalisierte sich die organisierte Cannabis-Kriminalität. Das Versprechen, klarere und einheitlichere Regelungen zu schaffen, verkehrte sich in sein Gegenteil. Von Rechtsicherheit kann kaum mehr die Rede sein. Der Aufwand von Polizei und Justiz dürfte nicht ab-, sondern zugenommen haben. De facto wird die drogenpolitische Praxis von Rechtsprechung und Verwaltungshandeln geprägt. Das führt in einem föderalistischen Staat automatisch zu großen Unterschieden. Das ist störend – aus demokratietheoretischen Überlegungen, weil diese Praxis von Polizei und Staatsanwaltschaften nie demokratisch legitimiert worden ist, aus Gründen der Rechtsgleichheit und wegen des Gebots der Gleichbehandlung. Wenn die Vollzugsinstanzen das Gesetz uminterpretieren, verliert die Politik ihr höchstes Gut: die Glaubwürdigkeit.

Literatur

- Boggio, Y., Cattacin, S., Cesoni, M. L. & Lucas, B. (1997). *Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue*. Genève: Georg.
- Cattacin, S. (Hrsg.). (2012). *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik 1981–2011*. Zürich: Seismo.
- CVP-Fraktion. (2004). *Parlamentarische Initiative 04.439, Betäubungsmittelgesetz, Revision, eingereicht am 16.06.2004*. Abgerufen am 19.01.2018: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20040439>
- Eidg. Kommission für Drogenfragen. (1999). *Cannabisbericht*. Bern.
- Grob, P. J. (2012). *Zürcher „Needle-Park“: ein Stück Drogengeschichte und -politik, 1968–2008*. Zürich: Chronos.
- Hansjakob, T. & Killias, M. (2012). Repression in der Drogenpolitik. In S. Cattacin (Hrsg.), *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik 1981–2011* (S. 59–72). Zürich: Seismo.
- Hari, J. (2015). *Chasing the scream: the first and last days of the war on drugs* (1st U.S. ed.). New York: Bloomsbury.
- Heller, A. & Binzegger, L. (1992, April). Am Ziel? Chronik eines verlorenen Kampfes. *NZZ-Folio*, Nr. 4, S. 9–15.
- Herzig, M. (2012). Ich geh kaputt, gehst du mit? Die Sache mit den Drogen. In L. Grand & A. Tschannen A (Hrsg.), *Heute und Danach. The Swiss Underground Music Scene of the 80's* (S. 382–387). Zürich: Edition Patrick Frey.
- Herzig, M. (2015). Das Vier-Säulen-Modell in der Drogenpolitik. In A. M. Riedi, M. Zwilling, M. Meier Kressig, P. Benz Bartoletta & D. Aebi Zindel (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (2., überarb. u. erg. Aufl., S. 340–344). Bern: Haupt.
- Herzig, M. (2019). Realitätsflash: Drogenpolitik als Lernfeld für Polizei und Sozialarbeit. *Soziale Arbeit*, 68 (5/6), 216–222.
- Herzig, M., Cattacin, S. & Zobel, F. (2019). *Cannabispolitik. Die Fragen, die niemand stellt*. Zürich: Seismo.
- Kübler, D. (2001). Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy*, 8 (4), 623–641.
- Legnaro, A. (2016). Drogenkonsum und Verhaltenskontrolle in der Sozialgeschichte Europas. In B. Kastenbutt, A. Legnaro & A. Schmieder (Hrsg.), *Rauschdiskurse. Drogenkonsum im kulturgeschichtlichen Wandel* (Jahrbuch Suchtforschung, Bd. 8, S. 11–28). Berlin: Lit.
- Schweizerisches Bundesgericht. (2017). *Urteil vom 6. September 2017 (6B_1273/2016)*. Abgerufen am 22.01.2018: https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2Fa%3A%2F%2F06-09-2017-6B_1273-2016&lang=de&zoom=NO&type=show_document&
- Schweizerische Bundeskanzlei. (2012). *Parlamentarische Initiative. Betäubungsmittelgesetz. Revision* (Bericht SPK-N, Januar 2011). Bern.
- Schweizerischer Bundesrat. (1951). Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung über die Revision des Bundesgesetzes betreffend Betäubungsmittel vom 9. April 1951 (6034). *Bundesblatt* 1951, 829–869. Abgerufen am 13.01.2018: https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/1951/1_829_841_/de
- Schweizerischer Bundesrat. (1973). Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel vom 9. Mai 1973 (11647). *Bundesblatt* 1973, 1348–1379. Abgerufen am 14.01.2018: https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/1973/1_1348_1303_1106/de
- Schweizerischer Bundesrat. (2001). Botschaft über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vom 9. März 2001 (01.024). *Bundesblatt* 2001, 3715–3811. Abgerufen am 19.01.2018: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2001/668/de>
- Scruzzi, D. (2015, 9. April). Kiffer werden häufiger bestraft. *Neue Zürcher Zeitung*. Abgerufen am 07.08.2017: <https://www.nzz.ch/schweiz/kiffer-werden-haeufiger-bestaft-1.18519141?reduced=true>

- Sorg, E. (1994, 3. Dez.). ZÜRICH SUCHT. *Das Magazin*, S. 8–63.
- Sucht Schweiz. (2018). *Cannabis: Verzeigungen und Ordnungsbussen (1990–2017)*. Lausanne.
- Tanner, J. (1992, April). Daten zur Geschichte der Betäubungsmittelgesetzgebung. *NZZ-Folio*, Nr. 4, S. 22–23.
- Wüthrich, A. & Schneider, C. (2014). Von der Not-
hilfe zur stadtverträglichen Drogenpolitik.
Zur Zusammenarbeit von Suchthilfe und Poli-
zei im Spiegel drogenpolitischer Entwicklun-
gen in der Schweiz. *SIAK-Journal, Zeitschrift
für Polizeiwissenschaft und polizeiliche Praxis*, 4,
67–78.
- Zobel, F. (2017). The Swiss drug policy. In R. Col-
son & H. Bergeron (Eds.), *European drug poli-
cies: the ways of reform* (pp. 206–216). New York:
Routledge.
- Zobel, F., Esseiva, P., Udrișard, R., Lociciro, S. & Sa-
mitca, S. (2018). *Le marché des stupéfiants dans le
canton de Vaud: la cocaïne et les autres stimulants*
(ESC/UNIL et IUMSP/CHUV. 7/2018). Lau-
sanne: Addiction Suisse.
- Zobel, F., Homberg, C. & Marthaler, M. (2017).
*Les amendes d'ordre pour consommation de can-
nabis: analyse de la mise en oeuvre* (rapport de
recherche no. 82). Lausanne: Addiction Suisse.



Michael Herzig

Dozent für Sozialmanagement an der Zürcher
Hochschule für Angewandte Wissenschaften –
ZHAW, ehemaliger Drogenbeauftragter der
Stadt Zürich
michael.herzig@zhaw.ch

Österreichische Drogenpolitik

Alfred Uhl & Martin Busch

Zusammenfassung

Im Jahr 2015 hat die österreichische Bundesregierung eine Suchtpräventionsstrategie verabschiedet, die modernen und humanen Grundsätzen entspricht. In dieser Strategie wird explizit anerkannt, dass Sucht eine multifaktorielle, oft rezidivierende Krankheit darstellt, die man nicht als Willensschwäche oder moralische Verfehlung bewerten sollte. Großer Wert wird auf Schadensminimierung gelegt und dabei betont, dass Behandlung Vorrang vor Maßnahmen der Sicherheit und Justiz haben sollte. Für Personen, die in großem Umfang gewerbsmäßigen Suchtgifthandel betreiben, wird hingegen Repression als geeignete Maßnahme gesehen. Für Süchtige, die zur Finanzierung ihrer Sucht straffällig werden, wird, sofern die Delikte nicht zu schwer sind, Therapie statt Strafe bevorzugt, – wobei im Falle von Opioidabhängigkeit die Substitutionsbehandlung als Methode der Wahl und abstinenzorientierte Behandlung nur als Möglichkeit für jene Minderheit der Opioidabhängigen gesehen wird, für die Abstinenz eine realisierbare Option darstellt. Große Bedeutung wird auch der Schadensminimierung und einer weitgehenden Entkriminalisierung von Suchtgift konsumierenden Personen beigemessen. In Fällen, wo kein Kontroll- oder Therapiebedarf vorliegt, wird Straffreiheit ohne Auflagen präferiert, in Fällen mit Kontroll- oder Therapiebedarf wird Straffreiheit allerdings daran geknüpft, dass diesen Auflagen nachgekommen wird. Das österreichische Suchtgiftrecht war ursprünglich geprägt von einem moralisierend-punitiven Zugang, der als Ziel ausschließlich völlige Suchtgiftabstinenz akzeptierte und bei dem Sanktionierung von Suchtgiftdelikten primär auf die zur Last gelegten Suchtgiftmengen fokussierte. Dabei wurde bereits der Umgang mit relativ geringen Suchtgiftmengen als abstraktes Gefährdungsdelikt konstruiert, ein Sachverhalt, der als „Verbrechen wider die Volksgesundheit“ präsentiert wurde. Inzwischen hat sich das Suchtgiftrecht sukzessive in Richtung eines humanen, auf Schadensbegrenzung fokussierenden Zugangs entwickelt, der in den Süchtigen primär kranke Menschen sieht und bei Zwangsmaßnahmen auf Verhältnismäßigkeit achtet. Da bei Suchtgiftgesetzesnovellierungen immer stark auf einen Ausgleich zwischen unterschiedlichen Positionen geachtet wurde, um populistische Polemiken in der Öffentlichkeit so weit wie möglich zu vermeiden und den Modernisierungsprozess nicht zu gefährden, gibt es allerdings nach wie vor Aspekte im Suchtgiftrecht, die den modernen Vorstellungen der Suchtpräventionsstrategie nicht eindeutig und konsequent gerecht werden. Auch wenn die Entwicklung des Suchtgiftrechts insgesamt als sehr positiv zu beurteilen ist, gibt es nach wie vor Relikte aus den Anfangszeiten des Suchtgiftrechts, Unschärfen und Kann-Bestimmungen, die Entscheidungen von der subjektiven Beurteilung durch Entscheidungsträger/innen abhängig machen. Dadurch kommen immer wieder Maßnahmen und Urteile zustande, die die Zielvorstellungen der offiziellen österreichischen Suchtpräventionsstrategie deutlich konterkarieren.

Schlagerworte: Drogenpolitik, Suchtgiftrecht, Suchtprävention, Suchtstrategie

Summary

In 2015, the federal Austrian government adopted a strategy to prevent addiction in line with modern and humane principles. This strategy explicitly recognizes that addiction is a multifactorial, commonly relapsing disease that should not be viewed as a weakness of will or moral failing. Great emphasis is placed on harm reduction, and it was emphasized that treatment should be prioritized over police measures and law enforcement. Repression is perceived as an appropriate response though for violators engaged in large-scale commercial drug trafficking. For addicts committing crimes in order to finance their addiction, provided the offenses are not too severe, treatment rather than punishment is favoured. In the case of opioid dependence, substitution treatment is regarded as method of choice. Abstinence-oriented treatment is considered appropriate for a minority of addicts for whom reaching abstinence is a realistic goal. Great emphasis is placed on harm reduction and depenalising drug users as far as possible. In case there is no need for control measures or treatment, depenalisa-

tion without any additional requirements is recommended. If control or therapy seems needed, any exemption from prosecution requires compliance with accepting these necessities. The Austrian narcotic act originally was shaped by a moralizing and punitive attitude only accepting total abstinence from narcotic drugs as acceptable treatment objective and primarily focussing on the quantity of narcotic drugs involved. Even being involved with small amounts of narcotics was construed to be an abstract crime of public endangerment – labelled a “Felony of Endangering Public Health”.

In the meantime, the Austrian narcotic act has gradually developed towards a more humane, harm reduction oriented approach. Addicts are primarily perceived as diseased individuals and proportionality considerations when considering coercive measures are of paramount importance. Since amendments to the Narcotic Drugs Act have always paid great attention to balance different positions in order to prevent populist polemics in the public as far as possible, not to jeopardize the modernization process, there are still some aspects in the Narcotic Drugs Act that do not fully and consistently meet modern ideas of an addiction prevention policy. Even if the development of the Narcotic Drugs Act can overall be judged quite positively, there are still leftovers from the early days of the Narcotic Drugs Act, with vagueness and optional provisions, making some decisions dependent on subjective assessments of decision-makers. This repeatedly results in decisions clearly counteracting the objectives of the official Austrian addiction prevention strategy.

Keywords: drug policy, narcotics law, addiction prevention, addiction strategy

1 Die Suchtpräventionsstrategie der österreichischen Bundesregierung

Ab 2011 wurde in Österreich eine Delphi-Studie durchgeführt mit dem Ziel, Grundlagen für eine Suchtpräventionsstrategie der österreichischen Bundesregierung zu erarbeiten. In diese Delphi-Studie wurden knapp 100 Suchtexpert/inn/en aus Wissenschaft, Verwaltung und Praxis einbezogen, um einen möglichst weitgehenden Konsens über die Ziele und Methoden einer solchen Strategie zu erarbeiten (Uhl et al., 2013). Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Studie wurde dann vom Gesundheitsministerium ein kurzes und übersichtliches Strategiepapier verfasst und von der Bundesregierung als „österreichische Suchtpräventionsstrategie“ verabschiedet (BMG, 2015). Die offizielle österreichische Suchtpräventionsstrategie fokussiert nicht nur auf illegalisierte Drogen, sondern thematisiert alle psychoaktiven Substanzen und auch stoffungebundene Süchte. Der vorliegende Text geht allerdings ausschließlich auf Aspekte ein, die den Umgang mit illegalisierten Drogen betreffen.

Das Strategiepapier der Bundesregierung baut unter anderem auf folgenden Überzeugungen auf:

„Sucht ist kein Ausdruck von Willensschwäche und keine moralische Verfehlung“; „Sucht ist eine multifaktorielle, oft chronisch rezidivierende Krankheit und geht mit körperlicher, seelischer und sozialer Beeinträchtigung einher“ und „Die Gesunderhaltung der Menschen, Schadensminimierung („harm reduction“) und Behandlung haben Vorrang vor Sicherheits- und justiziellen Maßnahmen“.

Grob lassen sich in Bezug auf die Zielsetzungen der österreichischen Suchtpräventionsstrategie folgende Maßnahmen, die illegalisierte Drogen betreffen, unterscheiden (alle Zitate aus BMG, 2015):

- 1) Repression: Strafrechtliche Verfolgung von Personen, die gewerbsmäßig in großem Umfang Suchtmittelhandel betreiben.
- 2) Therapie statt Strafe für Süchtige, die zur Finanzierung ihrer Sucht straffällig geworden sind, sofern diese Straftaten nicht übermäßig schwer sind und sich die Betroffenen einer Behandlung unterziehen. Im Fall von Opiatabhängigkeit wird der Schwerpunkt ausdrücklich nicht auf abstinenzorientierte Behandlung, sondern auf Substitutionsbehandlung gelegt. Explizites Ziel der Strategie ist, *„möglichst viele Opioidabhängige [...] bei entsprechender Indikation unter kontrollierten und standardisierten Bedingungen in substitutionsgestützte Behandlung zu bringen“*. Abstinenzorientierte *„Entzugsbehandlung mit anschließender Entwöhnung“* wird für jene, *„für die die Abstinenz von Opiaten ein gangbares Ziel sein kann“*, als Option zwar in den Raum gestellt, aber keinesfalls als primär zu erreichendes Endziel der Substitutionsbehandlung definiert.
- 3) Schadensminimierung: Suchtkranke, die *„noch nicht in der Lage sind, eine Behandlung aufzunehmen“*, sollen *„durch niederschwellige und akzeptanzorientierte Angebote“* erreicht werden. *„Vorrangig [...] sind die Sicherung des Überlebens und der medizinischen und sozialen Grundversorgung, ohne dabei notwendigerweise auf eine Konsumreduktion abzielen.“* *„Im Bereich illegaler Suchtmittel sind z. B. Spritzen-tausch und Drug-Checking-Programme Teil dieses Maßnahmenangebots.“*

- 4) Entkriminalisierung: Die „*weitgehende Entkriminalisierung von Konsumentinnen und Konsumenten*“ von illegalisierten Drogen, wobei für Konsumierende ohne Therapie- oder Kontrollbedarf einfache Verfahrenseinstellung ohne Strafe und ohne Auflagen vorgesehen ist, während für Konsumierende, bei denen das notwendig und zweckmäßig erscheint, verbindliche Behandlungs- bzw. Kontrollauflagen vorgesehen sind.

Die „österreichische Suchtpräventionsstrategie“ unterscheidet demnach, soweit sie illegalisierte Drogen betrifft, grob zwischen gewerbsmäßigen Suchtgifthändlern, „Süchtigen, die straffällig werden, um ihre Sucht zu finanzieren“, Suchtgiftkonsumierenden, für die Kontroll- oder Behandlungsmaßnahmen zweckmäßig erscheinen, und „unauffälligen Suchtgiftkonsumierenden, die keiner Kontrolle oder Therapie bedürfen“. Für jede dieser vier Gruppen gelten andere Maßnahmen als indiziert.

Die Formulierungen der Suchtpräventionsstrategie drücken einen sachlich-humanen Zugang aus, der darauf abzielt, den Gesamtschaden für betroffene Individuen und die gesamte Gesellschaft möglichst gering zu halten, wobei zur Kenntnis genommen wird, dass das kompromisslose Bekämpfen jeglichen illegalisierten Drogenkonsums mit den Mitteln des Strafrechts mehr Probleme verursacht als löst. Die Entwicklung vom in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts dominierenden kompromisslos moralisierend-punitiven Paradigma, dem explizit eine drogenfreie Gesellschaft vorschwebte, hin zu modernen drogenpolitischen Vorstellungen, die darauf abzielen, den Gesamtschaden sowohl für Drogenkonsumierende als auch für die gesamte Gesellschaft möglichst gering zu halten (Schadensbegrenzung), fand über die letzten Jahrzehnte langsam und in kleinen Schritten statt. Parallel zum gesellschaftlichen Perspektivenwandel wurde die Suchtgiftgesetzgebung in vielen Novellen kontinuierlich angepasst, wobei jene Entscheidungsträger/innen, die moderne Vorstellungen vorantrieben, immer bedacht waren, keine sehr großen und auffälligen Schritte zu setzen, um jene, deren Vorstellungen noch stärker in der Vergangenheit wurzelten, nicht übermäßig zu provozieren. Angesichts des Umstandes, dass Drogenpolitik häufig sehr emotionell diskutiert wird, besteht immer die Gefahr, dass größere Veränderungsschritte in der Öffentlichkeit populistische Polemiken provozieren und so das Ziel einer sachbezogenen Modernisierung des Suchtmittelrechts gefährden.

Infolge dieser immer auf Kompromisse bedachten Anpassungen des Suchtmittelrechts

sind in manchen Bereichen Problemfelder und Unschärfen geblieben, die durchaus zu kritisieren sind. Werden die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen großzügig ausgelegt, ermöglicht die Gesetzesmaterie allen Beteiligten Entscheidungen, die mit der österreichischen Suchtpräventionsstrategie perfekt korrespondieren. Da es allerdings nach wie vor erhebliche Ermessensspielräume für Staatsanwaltschaft und Gerichte gibt und da nach wie vor viele gesetzliche Formulierungen stark auf die zur Last gelegte Suchtgiftmenge und weniger auf die konkrete Situation und Intention der Beschuldigten abzielen, kommt es immer wieder zu Entscheidungen, die die Suchtpräventionsstrategie mehr oder weniger stark konterkarieren. Wenn diversionelle Entscheidungen davon abhängen, ob Staatsanwälte und Richter der Meinung sind, dass die Schuld der Beschuldigten nicht schwer sei bzw. dass sich Diversion im Falle einer Anzeige prognostisch besser auswirke als eine Verurteilung, sind Entscheidungen in hohem Maße von subjektiven Urteilen und weniger von präzise formulierten Kriterien abhängig.

Um die aktuelle Situation der Suchtgiftgesetzgebung in Österreich genauer zu verstehen, ist es zweckmäßig, die geschichtliche Entwicklung der Gesetzesmaterie abrisssartig Revue passieren zu lassen. Manche aktuelle Regelung kann besser verstanden werden, wenn man die vorausgegangenen Entwicklungen systematisch nachvollzieht.

2 Die Entwicklung der Suchtgiftgesetzgebung in Österreich

Über viele Jahrhunderte gehörten Opiate und Cannabis zu den wichtigsten Arzneimitteln, deren Gebrauch auch im Fall außermedizinischer Anwendung kaum radikal in Frage gestellt wurde. Als im 19. Jahrhundert erstmals Kokain synthetisiert wurde, spielte auch Kokain eine ähnliche Rolle als Arzneimittel. Erst Anfang des 20. Jahrhunderts wurden Opiate, Kokain und Cannabis zusehends als Problemsubstanzen wahrgenommen und der Umgang mit diesen über internationale Verträge beschränkt. Wichtige diesbezügliche Übereinkommen waren das Haager Opiumabkommen vom 28. Jänner 1912, das von Österreich im Jahr 1921 ratifiziert wurde (BGBl. Nr. 361/1921), und die internationale Opiumkonvention vom 19. Februar 1925, die von Österreich im Jahr 1928 ratifiziert wurde (BGBl. Nr. 244/1928).

Im Jahr 1928 wurden die von der Opiumkonvention geregelten Substanzen (Opiate, Kokain und Cannabis) unter der Bezeichnung

„Rauschgifte“¹ erstmals in das österreichische Giftgesetz aufgenommen (BGBl. Nr. 297/1928). Im Giftgesetz 1928 wurde allerdings ausschließlich die vorschriftswidrige Weitergabe von Rauschgiften unter Strafe gestellt, nicht jedoch der vorschriftswidrige Erwerb, Besitz oder Konsum dieser Substanzen. Die maximal angedrohte Haftstrafe betrug sechs Monate. Nur in Fällen, wo durch die Weitergabe des Rauschgifts eine schwere körperliche Schädigung oder der Tod einer Person verursacht wurde, kamen strengere Bestimmungen des Strafgesetzbuches wegen körperlicher Schädigung bzw. Verursachen einer Todesfolge zur Anwendung.

Das regelmäßige Verschreiben von Opiaten an Opiatabhängige wurde lange Zeit kaum als gesellschaftliches Problem erlebt (Burian & Eisenbach-Stangl, 1980). Primär waren die Abhängigen Ärzte/Ärztinnen und Apotheker/innen, die berufsbedingt Zugang zu Opiaten hatten, sowie Kriegsversehrte, die über die Schmerzbehandlung nach Verletzungen opiatabhängig geworden waren. Springer (1994) beschreibt, dass im Jahr 1954 nach Schätzungen mindestens sechs von 1000 Arzt/inn/en süchtig waren, dass der illegale Handel mit Suchtgiften zu diesem Zeitpunkt als weitgehend kontrolliert galt und dass die weitere Verschreibung an süchtige Ärzte/Ärztinnen und Apotheker/innen erlassmäßig geregelt war.

Wie Springer (1994) detailliert ausführte, gewann aber schon früh in der Zwischenkriegszeit eine stark moralisierend-punitiv Haltung kontinuierlich an Bedeutung. Diese war dem Prinzip der „totalen Abstinenz als einzig legitimer Zielvorstellung“ verpflichtet. Springer zitierte zur Illustration einen Artikel, der in Bettauers Wochenschrift 1924² unter dem Titel „Aus dem Journal eines Irrenarztes“ veröffentlicht worden war:

„Will man einerseits die Gesellschaft vor allen Schädlingen schützen, da die Gesellschaft ein Recht darauf hat; will man aber andererseits nicht in die unmenschliche Härte verfallen, alle diese Schädlinge durch Tötung unschädlich zu machen, so bleibt schließlich nur eine lebens-

längliche Internierung in einer Anstalt übrig, in der alle diese Degenerierten durch verschiedene Feld- und Werkstättenarbeit für ihren eigenen Lebensunterhalt sorgen.“

Springer wies darauf hin, dass sich in derartigen Texten bereits die noch radikaler inhumane Grundhaltung des Nationalsozialismus ankündigte – eine Haltung, die auch nach Ende des Zweiten Weltkriegs die Perspektive vieler wichtiger Entscheidungsträger weiter prägte. Eine langsame Entwicklung hin zu einem humanen, auf Schadensbegrenzung fokussierten Ansatz, der in Süchtigen primär Kranke sieht und bei Zwangsmaßnahmen auf Verhältnismäßigkeit achtet, gewann erst ab den 1970er Jahren in der Fachwelt langsam an Bedeutung (Springer, 1994).

1946, unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg, wurde das erste österreichische Suchtgiftgesetz (SGG 1946, BGBl. Nr. 207/1946) vom Parlament verabschiedet. Die Bestimmungen wurden 1946 erstmals aus dem Giftgesetz gelöst. Der vor dem Krieg übliche Ausdruck „Rauschgifte“ wurde dabei durch „Suchtgifte“ ersetzt. Auch im SGG 1946 wurde der vorschriftswidrige Erwerb, Besitz oder Konsum von Suchtgiften noch nicht generell unter Strafe gestellt. Zu der mit Sanktionen bedrohten vorschriftswidrigen Weitergabe kam nun allerdings noch ein Verbot des vorschriftswidrigen Erzeugens sowie Importierens von Suchtgiften. Für geringfügige Delikte wurde der maximale Strafrahmen von sechs Monaten Haft aus dem Giftgesetz beibehalten. Ergänzend wurde mit § 6 SGG³ ein neuer, schwerer Straftatbestand geschaffen, der mit bis zu 10 Jahren Gefängnis bedroht wurde. Die Formulierung des § 6 SGG bezieht sich explizit auf die Suchtgiftmenge und weniger auf die geplante oder bereits realisierte Verwendung oder die persönlichen Hintergründe der Tat. Das vorschriftswidrige und vorsätzliche Erzeugen, Importieren und Inverkehrsetzen von Suchtgiften in Mengen, mit denen „in größerer Ausdehnung eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen entstehen kann“, wurde damit zum „Verbrechen wider die Volksgesundheit“. Die Formulierung „entstehen kann“ impliziert ein abstraktes Gefährdungsdelikt, das von der Suchtgiftmenge ausgeht und „den Eintritt eines Schadens oder auch nur einer tatsächlichen (konkreten) Gefährdung nicht voraussetzt“ (Foregger & Litzka 1980). Für die Tatverwirklichung reicht es aus, dass der/die Täter/in

¹ Unterschiedliche Bezeichnungen für illegalisierte Drogen, wie „Rauschgift“, „Suchtgift“, „Suchtmittel“, „Drogen“, „psychotrope Substanzen“, „psychoaktive Substanzen“, werden von Expert/inn/en aus unterschiedlichen Gründen immer wieder – und meist durchaus zu Recht – kritisiert. So wird z. B. argumentiert, dass der Wortteil „Gift“ in „Suchtgift“ unzutreffend bzw. irreführend sei oder dass Ausdrücke wie „Sucht“, „Drogen“, „psychotrop“ oder „psychoaktiv“ unpräzise und mehrdeutig seien. Wir lassen uns im vorliegenden Text auf diese durchaus relevanten Diskussionen nicht ein, sondern verwenden konsequent jene Bezeichnungen, die in den entsprechenden österreichischen Gesetzen verwendet werden.

² Vgl. Reprint in *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 1985, 8 (3), 41–54.

³ § 6 SGG: Wer vorsätzlich den bestehenden Vorschriften zuwider ein Suchtgift in solchen Mengen erzeugt, einführt oder in Verkehr setzt, dass daraus in größerer Ausdehnung eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen entstehen kann, macht sich eines Verbrechens wider die Volksgesundheit schuldig.

„die Möglichkeit einer Gefahr größeren Ausmaßes bedacht, ihren Eintritt zumindest für möglich gehalten und sich damit abgefunden hat.“ (Erben et al., 1980). Der Ausdruck „In-Verkehr-Setzen“ wurde in der Folge von den Gerichten ziemlich konsequent als jegliche Form der entgeltlichen oder unentgeltlichen Suchtgiftweitergabe an Dritte interpretiert – inklusive des unentgeltlichen Überlassens von Suchtgift zum sofortigen Konsum (vgl. OGH 05.12.1996, 15 Os 188/96). Für die Beurteilung der Menge wird dabei bis heute ausschließlich die Reinsubstanz des Wirkstoffes und nicht die Gesamtmenge des zur Last gelegten Suchtgifts herangezogen.

Mit dem SGG war die Vorstellung geboren, dass ab einer gewissen Suchtgiftmenge eine unmittelbare Gemeingefährdung gegeben ist, ähnlich wie das bei Sprengstoffen relativ gut argumentierbar ist. Mit geringen Sprengstoffmengen kann man grundsätzlich keine großen Schäden hervorrufen, allerdings entsteht eine erhebliche Gefahr, wenn man mit großen Mengen Sprengstoff unsachgemäß umgeht, auch ohne die Absicht, den Sprengstoff zur Explosion zu bringen. Es können Gebäude einstürzen und viele Menschen verletzt oder getötet werden. Selbst wenn die für den Sprengstoff verantwortlichen Personen nicht die Absicht haben, ihn zur Explosion zu bringen, ist gut argumentierbar, dass von einer größeren Menge Sprengstoff eine erhebliche Gefahr für das Leben und die Gesundheit von unbeteiligten Menschen ausgeht. Es ist allerdings nur schwer vorstellbar, wie ein analoges Problem durch eine bestimmte Menge Suchtgift gegeben sein soll. Suchtgifte können die Gesundheit und das Leben von unbeteiligten Menschen ja sicherlich nur dann unmittelbar gefährden, wenn diese sich entscheiden, das Suchtgift zu konsumieren.

Den modernen Vorstellungen der österreichischen Suchtpräventionsstrategie entsprechend, geht es im Zusammenhang mit illegalisierten Drogen weniger um die zur Last gelegte Suchtgiftmenge als primär um den Zweck – also ob die Angezeigten das Suchtgift für den Eigenkonsum oder ohne Gewinnabsicht für den Eigenkonsum einer Freundesclique erzeugen oder erwerben, ob Suchtgifthandel oder Eigentumsdelikte stattfanden, um Suchtgift für den Eigenkonsum zu beschaffen oder ob gewerbsmäßiger Suchtgifthandel betrieben wurde, um größere Geldsummen zu lukrieren. Die Suchtgiftmenge ist dabei natürlich immer ebenfalls relevant, aber primär als Indiz, wenn es um die Beurteilung der Frage nach dem Zweck der zur Last gelegten Suchtgiftmenge geht. Aus der Suchtgiftmenge kann man durchaus gewisse Rückschlüsse auf den Zweck ziehen. Die kon-

krete Suchtgiftmenge hat im Zusammenhang mit Suchtgiftdelikten aber nach wie vor eine weit größere Bedeutung, als es einer modernen Sichtweise entspricht.

Die Frage, ab welcher Menge Suchtgift eine erhebliche Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen besteht und man in diesem Sinne von einem „Verbrechen wider die Volksgesundheit“ sprechen kann, wurde im SGG nicht geklärt. Die Entscheidung wurde den Gerichten und involvierten Gerichtsgutachter/innen überlassen. Eine Festlegung von Suchtgiftmengen erfolgte dann im Jahr 1972 durch den Gerichtsgutachter Maurer. Auf die seltsamen Annahmen und Überlegungen, mit denen Maurer seine Mengenangaben begründete, wird in Abschnitt 5 ausführlich eingegangen. Die Grenzmenge für Heroin als jene Menge, die ein schweres Suchtgiftverbrechen begründet, legte Maurer mit 0.5 g fest. Eine Grenzmenge von 0.5 g Heroin ist allerdings absurd niedrig. 0.5 g Heroin ist die durchschnittliche Menge, die den Patient/innen in der Hamburger Heroinstudie pro Tag verordnet wurde, bzw. die Hälfte der verordneten täglichen Maximaldosis (Naber & Haasen 2006). Maurer präsentierte auch Grenzmengen für andere im Gesetz genannte Suchtgifte. Diese Grenzmengen waren von 1972 bis 1997 zentrale Entscheidungsgrundlage für die Gerichte in Suchtgiftprozessen.

1949, also drei Jahre nach dem SGG 1946, wurde mit der SGG-Novelle 1949 erstmals jeglicher vorschriftswidrige Umgang mit Suchtgiften unter Strafe gestellt, erstmals auch der Erwerb geringer Mengen im Inland zum Eigenkonsum. Streng genommen wurde zwar der Suchtgiftkonsum nicht direkt mit Strafe bedroht, da Suchtgiftkonsum in der Regel aber Besitz voraussetzt, wurde der Konsum indirekt über das Besitzverbot fast vollständig miterfasst. Wenn eine Person in einer Haschischrunde eine Haschischpfeife übernahm, einen Zug daraus nahm und diese an die nächste Person weiterreichte, wurde das lange Zeit als vorübergehender Besitz und Inverkehrsetzen von Suchtgift interpretiert, wie folgende OGH-Urteile zeigen: „Wer illegal Suchtgift konsumiert [...], besitzt es im Sinne dieses Tatbestandes“ (OGH 13.03.1973, 10 Os 17/73) bzw. „Wer mitrauchen lässt, überlässt anderen ein Suchtgift“ (OGH 26.05.1977, 13 Os 53/77) oder „Der Begriff des Besitzes [...] umfasst auch die bloße Innehabung“ (OGH 22.11.1974 11, Os 89/74). Diese besonders enge Sichtweise wurde später vom OGH allerdings dahingehend relativiert, dass „das bloße Mitrauchen geringer Suchtgiftmengen [...] aus einer von einem anderen zur Verfügung gestellten Pfeife [...] nicht als eine solche Herrschaft

[Besitz] gewertet werden [kann]“ (OGH 27.6.1978, 11 Os 94/78).

1971 fand eine wesentliche Änderung des Suchtgiftrechts statt. Mit der SGG-Novelle 1971 § 9a⁴ wurde für kleine Suchtgiftdelikte das Prinzip „Therapie statt Strafe“ eingeführt. Konkret wurde für den Fall, dass bloß eine Wochenration Suchtgift zum Eigenkonsum im Inland erworben oder besessen wurde, festgelegt, dass die Staatsanwaltschaft von einer Bestrafung abzusehen hat, indem sie entweder die Anzeige zurücklegt oder ein bereits laufendes Verfahren einstellt und anschließend die Angezeigten der Bezirksverwaltungsbehörde zur Begutachtung zuweist. Die Bezirksverwaltungsbehörde hatte dann zu beurteilen, ob die betreffenden Personen einer ärztlichen Behandlung oder Kontrolle bedurften. War das nicht der Fall, war die Angelegenheit für die Angezeigten erledigt. Befand die Bezirksverwaltungsbehörde, dass Maßnahmen notwendig wären, wurde auf die Angezeigten eingewirkt, sich den vorgesehenen Kontrollmaßnahmen zu unterwerfen bzw. sich einer ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Wenn das verweigert wurde, war die Einleitung bzw. Weiterführung des gerichtlichen Verfahrens vorgesehen, was in der Regel zu einer Bestrafung führte.

Diese Form der „Diversion ohne Strafverfahren“ war grundsätzlich nicht möglich, wenn es sich um eine Anzeige wegen Erzeugens, Imports, Exports oder Inverkehrsetzens von Suchtgift handelte, wenn die Suchtgiftmenge mehr als eine Wochenration ausmachte oder wenn die Suchtgiftmenge als „große Menge“ zu werten war, wobei jede Menge über der Grenzmenge als große Menge galt. Diese „Diversion ohne Strafverfahren“ war grundsätzlich auch im Wiederholungsfall möglich, allerdings musste dann eine ärztliche Behandlung obligatorisch vorgeschrieben werden. Aus den beiden Größen „Wochenration“ und „große Menge“ ergab sich allerdings ein enormes Spannungsverhältnis. Wie bereits erwähnt, lag die Grenzmenge für Heroin im Jahr 1971 bei 0,5 g, während die maximale Wochenration einer schwer heroinabhängigen Person – bezugnehmend auf die zuvor erwähnte Hamburger Heroinstudie – mit 7 g Heroin festgemacht werden kann. Dass ein Suchtgiftdelikt bis 7 g Heroin als „geringes Suchtgiftdelikt“ und gleichzeitig ein Suchtgiftdelikt ab 0,5 g Heroin als „schweres Verbrechen“ gewertet werden konnte, ergab weder im Jahr 1971 noch ergibt es heute Sinn. Ergänzend ist noch zu erwähnen, dass die Gerichte die zur Last gelegten Suchtgiftmengen unter Umständen auch über einen

längeren Zeitraum zusammenrechnen konnten („fortlaufende Tatbestandsverwirklichung“)⁵, wodurch die Grenzmenge besonders schnell erreicht werden konnte.

Die Beobachtung, dass nun zahlreiche unauffällige Suchtgiftkonsumierende nach Suchtgiftanzeigen ohne Kontroll- oder Behandlungsaufgaben straffrei davorkamen, erzeugte bei manchen Menschen den Eindruck, dass der Umgang mit geringen Mengen Suchtgift zum Eigenkonsum in Österreich legal sei. Diese Einschätzung war und ist bis heute eindeutig falsch. Jeglicher vorschriftswidrige Umgang mit Suchtgiften ist nach wie vor strafrechtlich verboten, auch dann, wenn unter gewissen Umständen keine Maßnahmen verfügt oder Strafen verhängt werden. Grundsätzlich wird außerdem, ganz gleich, ob die Polizei, die Staatsanwaltschaft, die Gerichte oder die Gesundheitsbehörden involviert werden, jede Anzeige in den gesetzlich vorgesehenen Registern vermerkt und erst nach einigen Jahren wieder gelöscht.

Gleichzeitig mit der Liberalisierung, die nun unter bestimmten Bedingungen „Diversion ohne Strafverfahren“ vorsah, gab es mit der SGG-Novelle 1971 allerdings auch eine Verschärfung in Form des § 8a, der die öffentliche Verharmlosung des Suchtgiftkonsums mit sechs Monaten Gefängnis bedrohte⁶. Diese Bestimmung gegen die öffentliche Verharmlosung des Suchtgiftkonsums bedrohte potenziell Personen und Initiativgruppen, die sich für die Entkriminalisierung bzw. Legalisierung bestimmter illegalisierter Drogen einsetzten, Künstler/innen, die in ihren Liedern und Texten nicht jeglichen Suchtgiftkonsum kategorisch ablehnten, sowie Wissenschaftler/innen, die sich kritisch gegen die existierende Drogenpolitik wandten. Nach Ansicht mancher Jurist/inn/en (Kodek & Fabrizy, 1998) stand der § 8a SGG in direkter Konkurrenz zur Freiheit der Kunst und der Wissenschaft, weswegen diese Bestimmung aus verfassungsrechtlichen Gründen gar nicht durchsetzbar gewesen wäre. Dieser Konflikt ist vermutlich einer der Gründe, warum diese Bestimmung in den dreieinhalb Jahrzehnten ihres Bestehens nie angewendet wurde und danach mangels praktischer Rele-

⁵ „Nach ständiger Rechtsprechung (und einem Teil der Literatur) sind [...] die von einem einheitlichen Tatgeschehen betroffenen verschiedenen Suchtgifte zusammenzurechnen, sofern die Einzelakte im Sinne einer fortlaufenden Tatbestandsverwirklichung kontinuierlich gesetzt werden und der Vorsatz des Täters jeweils auch den an diese kontinuierliche Begehung geknüpften Additionseffekt mitumfasst (12Os99/09j)“.

⁶ § 8a SGG: Wer vorsätzlich in einem Druckwerk, einem Laufbild oder sonst öffentlich zum Missbrauch von Suchtgift auffordert oder ihn in einer Art gutheißt, die geeignet ist, einen solchen Missbrauch nahezulegen [...].

⁴ In der aktuellen Fassung entspricht der § 9a SGG im Wesentlichen den § 35 und § 37 SMG.

vanz (Matzka, 2017) im Zuge der Suchtmittelgesetznovelle 2007 ersatzlos gestrichen wurde.⁷

1980 erfolgte mit der SGG-Novelle 1980 ein weiterer wichtiger Liberalisierungsschritt für Schüler/innen und Wehrdiener, die des Suchtgiftkonsums verdächtigt wurden. Mit § 10 SGG⁸ wurde festgelegt, dass Schulen bei einem Verdacht, dass Schüler/innen Suchtgifte missbrauchen, durch Einbeziehen des schulärztlichen Dienstes und, falls der Schularzt es für nötig erachte, durch das Verschreiben einer ärztlichen Behandlung die Angelegenheit schulintern zu regeln haben – in ersterem Fall ohne die Bezirksverwaltungsbehörde zu verständigen und grundsätzlich ohne eine Strafanzeige. Ferner wurde geregelt, dass das Bundesheer im Suchtgiftverdachtsfall ausschließlich eine Meldung an die Gesundheitsbehörde zu machen hat, ohne Strafanzeige zu erstatten. In der aktuellen Formulierung dieser Bestimmung (§ 13 SMG) ist nicht mehr ausschließlich von ärztlicher Behandlung die Rede, sondern von „gesundheitsbezogenen Maßnahmen“ (§ 11 SMG), was zwar weiterhin ärztliche Behandlungen – inklusive Entzugs- und Substitutionsbehandlung – einschließt, aber auch klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung und Betreuung „durch qualifizierte und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Personen“ inkludiert. Mit dieser Bestimmung können Suchtgiftanlassfälle in Schulen in einer Art und Weise geregelt werden, die keine destabilisierenden bzw. desintegrierenden Folgen für die Schüler/innen nach sich ziehen. Diese geänderte Bestimmung stellt ohne Frage einen wichtigen Schritt dar und hat auch zu einer generellen Verbesserung der Situation geführt. Es gibt aber immer wieder Schulen, die sich an diese gesetzlichen Bestimmungen nicht halten. Mitunter wird Eltern von betroffenen Schüler/innen nahegelegt, dass ihre Kinder die Schule verlassen sollen, um unangenehme Konsequenzen zu vermeiden, mitunter wird auch polizeiliche Anzeige erstattet. Beides widerspricht den Intentionen der gesetzlichen Bestimmung diametral.

Eine neuerliche Veränderung gab es mit der SGG-Novelle 1980. Unter anderem wurde nun der Ausdruck „Wochenration“ durch den Ausdruck „geringe Menge“ ersetzt. Der oben am Beispiel von Heroin aufgezeigte eklatante Widerspruch zwischen der Grenzmenge und der Wochenration für den Eigenkonsum wurde damit nicht gelöst, sondern im Gegenteil sogar noch weiter verschärft, weil festgelegt wurde,

dass die „geringe Menge“ sich „mengenmäßigen [...] im unteren Teilbereich [der Grenzmenge] bewegen“ muss (Foregger & Litzka, 1980). Das quantitative Missverhältnis blieb also bestehen. Da aber der Ausdruck „geringe Menge“ im Gegensatz zum Ausdruck „Wochenration“ inhaltlich nicht definiert war, konnte man diesen Widerspruch sachlich nicht mehr so leicht ad absurdum führen, wie das vor der Novelle 1980 möglich gewesen war. Ansatzweise gelöst wurde diese Paradoxie erst, als die Grenzmenge mit dem Suchtmittelgesetz 1997 deutlich erhöht wurde, und völlig gelöst, als der Ausdruck „geringe Menge“ mit der SMG-Novelle 2007 endgültig gelöscht wurde. Auf Details dazu wird in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz weiter unten noch ausführlich eingegangen.

1985 wurde eine weitere Möglichkeit zur Diversion für Delikte im Suchtgift-Zusammenhang geschaffen. Durch den mit der SGG-Novelle 1985 neu geschaffenen § 23a SGG⁹ wurde das Prinzip „Therapie statt Strafe“ ausgedehnt. Nun war Diversion nicht mehr ausschließlich auf ganz geringe Suchtgiftdelikte beschränkt, sondern Straffreiheit für „an Suchtgift gewohnte Personen“ war nun auch bei gravierenderen Suchtgiftdelikten möglich. Bereits verhängte Haftstrafen konnten nun unter bestimmten Umständen in bedingte Haftstrafen umgewandelt und später bedingt nachgesehen werden. Vereinfachend könnte man hier von „Diversion nach einer Verurteilung“ sprechen. Für Personen, die selbst keine Suchtgifte konsumierten, also nicht „an Suchtgift gewöhnt“ waren, kam und kommt diese Form der Diversion nicht infrage. Die ursprünglich vorgesehene Handhabung war folgendermaßen: Bei Angeklagten, die nach dem SGG zu einer maximal zweijährigen Haftstrafe verurteilt worden waren und sich zu einer ärztlichen Behandlung bereit erklärten, bestand nunmehr die Möglichkeit, die Haftstrafe aufzuschieben und diese nach Abschluss der Therapie in eine bedingte Freiheitsstrafe umzuwandeln.

In der aktuell gültigen Fassung des Suchtmittelgesetzes sind diese Bestimmungen noch ausgeweitet. Nach § 39 SMG kommt heute „Diversion nach einer Verurteilung“ für Personen, die „an Suchtmittel gewöhnt“ sind, nicht nur bei Straftaten infrage, die unter das Suchtmittelgesetz fallen, sondern auch bei anderen wie Eigentumsdelikten, die unter Beschaffungskriminalität zu subsumieren sind. Außerdem wurde diese Option nun für Verurteilungen bis zu drei Jahren Gefängnis ermöglicht, als Maßnahme sind aktuell nicht nur ärztliche Behandlungen vorgesehen, sondern alle „gesundheits-

⁷ § 8a SGG war in der Zwischenzeit auf § 29 SMG umbenannt worden.

⁸ Dem entspricht in der aktuellen Fassung § 13 SMG.

⁹ § 23a SGG entspricht in der aktuellen Fassung dem § 39 SMG.

bezogenen Maßnahmen“ nach § 11 SMG. Wie schon erwähnt gelten als gesundheitsbezogene Maßnahmen neben der ärztlichen Behandlung auch ärztliche Überwachung, klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung und Betreuung. Nach dem Absolvieren dieser Maßnahmen ist die Umwandlung der Haftstrafe in eine bedingte Haftstrafe nach § 40 SMG nicht mehr bloß möglich, sondern nun besteht ein Rechtsanspruch darauf.

Das Gericht kann nach § 39 SMG bestimmen, welcher Art gesundheitsbezogener Maßnahme sich die Verurteilten zu unterziehen haben, wobei es sich allerdings, wie Matzka und Kollegen (2017) betonen, an Empfehlungen von geeigneten Sachverständigen halten muss. Wie weit das Gericht hier gehen kann, ist nicht völlig klar. Laut Matzka und Kollegen (2017) kann es eine stationäre Behandlung verbindlich vorschreiben, was Birklbauer und Kollegen (2011) noch abweichend beurteilten. Grundsätzlich dürfen die Angeklagten wählen, in welcher Einrichtung sie die vorgeschriebene Maßnahme absolvieren möchten, und die Gerichte dürfen nicht auf Drogenfreiheit bestehen – auch Dauersubstitution ist als Behandlungsziel grundsätzlich zulässig (Matzka et al., 2017). In solchen Fällen können allerdings Probleme mit der Kostenübernahme auftreten. Gibt es eine gerichtliche Weisung für eine gesundheitsbezogene Maßnahme, so ist die Justiz nach § 41 SMG verpflichtet, die Kosten dafür zu übernehmen, – allerdings nur dann, wenn die Maßnahme in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtung absolviert wird, wenn die Kostenübernahme durch die betreffende Person deren Fortkommen erschweren würde und wenn kein Anspruch auf Bezahlung durch die gesetzliche Sozialversicherung oder keine gesetzliche Verpflichtung eines Bundeslandes besteht. Findet die Maßnahme in einer anerkannten Einrichtung statt, übernimmt die Justiz in der Regel die Kosten, selbst wenn die betreffende Person für die Behandlung zahlen könnte oder wenn die gesetzliche Versicherung für die Behandlung aufkommen müsste. Entscheidet sich die/der Betroffene allerdings für eine Einrichtung, die nicht nach § 15 SMG anerkannt ist, kommt eine Kostenübernahme durch die Justiz nicht infrage. Damit die Aufwendungen für die Justiz nicht zu hoch werden, wurde die Dauer von stationären Behandlungen durch § 39 (1) Z1 Budgetbegleitgesetz 2011 auf maximal sechs Monate beschränkt.

Diese gesetzliche Lage birgt einigen Sprengstoff bezüglich der Kostenübernahme in sich. Aus Sicht der Bundesländer sollte die Justiz finanziell weit mehr zur Bezahlung derartiger

Maßnahmen beitragen. Bei radikaler Auslegung der genannten Subsidiaritätsbestimmung müsste die Justiz aber sogar deutlich weniger oft zahlen, als sie es aktuell tut, da gesetzlich fast alle angezeigten Personen entweder krankenversichert sind oder die Bundesländer im Nicht-Versicherungsfall für Suchtbehandlungen aufkommen müssten.

Immer wieder wird betont, dass Suchtbehandlungen, wie jede medizinische Behandlung, in Österreich grundsätzlich freiwillig sind und es keine Zwangsbehandlungen gibt – also dass niemand zur Therapie gezwungen werden kann. Wenn die Alternative zur Therapie allerdings Haft bedeutet, die kaum als attraktive Alternative erlebt wird, ist die Freiwilligkeit begrenzt. Ein bisschen erinnert diese Argumentationslinie an den Witz, dass man bei einem Überfall nicht von einem Raub sprechen könne, wenn der Täter dem Opfer mit dem Satz „Geld oder Leben“ auch eine Alternative anbietet.

Beachtenswert ist auch die Formulierung „an Suchtmittel gewöhnt“. Durch diese Formulierung wird die schwierige Abklärung vermieden, ob eine regelmäßig Drogen konsumierende angeklagte Person süchtig bzw. substanzabhängig ist oder nicht, was angesichts des Umstandes, dass es keine allgemeingültigen und präzisen Definitionen der Begriffe „Sucht“ bzw. „Substanzabhängigkeit“ gibt, eher positiv zu bewerten ist. Anderenfalls müsste man damit rechnen, dass je nachdem, wie einzelne Gutachter/innen diese Begriffe definieren, in inhaltlich völlig gleich gelagerten Fällen ganz unterschiedliche Entscheidungen getroffen würden. Der aktuellen Judikatur entsprechend bedeutet Gewöhnung im Sinne des SMG, dass *„das Suchtmittel auch ohne besonderen Anlass, gewissermaßen mit Selbstverständlichkeit gebraucht wird – den regelmäßigen, in zeitlich nahe liegenden Abständen vorgenommenen, nicht notwendig täglichen Konsum von Suchtmitteln“* (Rechtssatz, RS0124621).

Als Kompensation für die Erweiterung der diversionellen Möglichkeiten bei geringeren Suchtgiftdelikten wurde mit der SGG-Novelle 1985 die maximale Gefängnisstrafe für besonders schwere Suchtgiftdelikte von 10 auf 20 Jahre angehoben.

1997 fand dann eine besonders einschneidende Veränderung der Suchtgiftgesetzgebung statt. Mit der Neuformulierung des Suchtgiftgesetzes (SGG) als Suchtmittelgesetz¹⁰ (SMG

¹⁰ Die Langfassung des Gesetzstitels lautet „112. Bundesgesetz, mit dem Regelungen über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe getroffen sowie das AIDS-Gesetz 1993, das Arzneimittelgesetz, das Arzneiwareneinfuhrgesetz, das Chemikaliengesetz, das Hebammen-gesetz, das Rezept-

1997) wurden erstmals nicht nur Suchtgifte¹¹, sondern auch psychotrope Substanzen¹² in die Gesetzesmaterie einbezogen. Als Überbegriff über „Suchtgifte“ und „psychotrope Substanzen“ wurde dabei der Ausdruck „Suchtmittel“ geprägt. Abgesehen davon, dass die Nummerierung der zuvor existierenden Paragraphen erheblich geändert und weitere analoge Paragraphen für psychotrope Substanzen eingefügt wurden, wurden mit der Verabschiedung des SMG 1997 erstmals Grenzmengen für alle Gerichte einvernehmlich über die Suchtgift-Grenzmengenverordnung und die Psychotropen-Grenzmengenverordnung geregelt. Damit wurde die Orientierung an der Maurer'schen Suchtgift-Grenzmengenformel (vgl. Abschnitt 5) endgültig ad acta gelegt. Um einige Beispiele zu nennen: Die Grenzmenge für Heroin wurde von 0,5 g auf 5 g, jene für Kokain von 10 g auf 15 g, für Amphetamin von 5 g auf 10 g und für THC von 2 g auf 20 g angehoben.

Neben den Grenzmengen, ab deren Erreichen bzw. Überschreiten von „großen Suchtgiftmengen“ gesprochen wurde, wurde im Jahr 1997 mit der 25-fachen Grenzmenge (die sogenannte „Übermenge“; Matzka et al., 2017) ein weiterer Qualifizierungstatbestand für besonders schwere Suchtgiftdelikte eingeführt. Die Zuständigkeit für das Festlegen der Grenzmengen wurde über § 28 (6) SMG dem/der Bundesminister/in für Gesundheit im Einvernehmen mit dem/der Bundesminister/in für Justiz zugewiesen, wobei diese Festlegung dem Gesetzgeber so wichtig erschien, dass sie an die Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrates gebunden wurde.

Von besonderer Bedeutung war auch, dass die Möglichkeiten zur „Diversion ohne Strafverfahren“ neuerlich erweitert wurden, wenn auch nur im Sinne einer Kann-Bestimmung. Während die obligatorische Anzeigenzurücklegung bis 1997 nur möglich war, wenn die zur Last gelegte Suchtgiftmenge im Inland erworben und ausschließlich für den Eigenkonsum gedacht war, wurde für die Staatsanwaltschaft ab 1997 die Möglichkeit geschaffen, sich auch bei anders geartetem Sachverhalt für diese Form der Diversion zu entscheiden. Voraussetzung dafür

war, dass die Staatsanwaltschaft die Schuld der Angeklagten als nicht schwer einschätzte und der Meinung war, dass sich die Zurücklegung einer Anzeige prognostisch besser auswirken würde als eine Verurteilung. Diese Möglichkeit konnte auch im Falle von Erzeugung, Import, Export und Weitergabe von Suchtgift genutzt werden – allerdings nur, wenn die Grenzmenge nicht erreicht worden war. Falls es ausschließlich um Suchtgifterwerb und -besitz im Inland für den Eigenbedarf ging, konnte die Staatsanwaltschaft die Diversion ohne Strafverfahren sogar in Fällen anwenden, in denen die Grenzmenge überschritten worden war.

In Bezug auf Cannabis wurde mit dem SMG 1997 noch eine weitere spezielle Regelung eingeführt: Nach § 35 (4) SMG wurde die Staatsanwaltschaft ermächtigt, bei angezeigten Personen, denen ausschließlich geringe Mengen Cannabis zur Last gelegt wurden, auf eine Begutachtung durch die Bezirksverwaltungsbehörde zu verzichten, wenn sie der Meinung war, dass die Person keiner gesundheitsbezogenen Maßnahme bedürfe. Dadurch wurde es der Staatsanwaltschaft möglich, in diesen Fällen Anzeigen ohne Einbindung der Bezirksverwaltungsbehörde und ohne auf weiteren Maßnahmen zu bestehen, unmittelbar zurückzulegen. Aktuell ist diese Option auch im Fall von Anzeigen wegen Opiummohns, Kokasträuchern, Cannabispflanzen zum Zweck der Suchtgiftgewinnung sowie wegen psilocin-, psilotin- oder psilocybinhaltiger Pilze vorgesehen.

2001 wurde die Grenzmenge für Heroin trotz heftigen Widerstands zahlreicher Expert/inn/en von 5 g auf 3 g abgesenkt (Suchtgift-Grenzmengenverordnung 2001). Gleichzeitig wurde mit der SMG-Novelle 2001 der maximale Strafraum für Suchtgiftdelikte auf lebenslange Haft angehoben. Anlass für diese Veränderung war, dass die FPÖ im Nationalratswahlkampf 1999 eine Verschärfung der Drogengesetzgebung gefordert hatte und sich nach erfolgreicher Regierungsbeteiligung dafür einsetzte, ihr Wahlkampfversprechen punktuell umzusetzen. Sowohl die Absenkung der Grenzmenge für Heroin auf 3 g als auch die Anhebung der Maximalstrafe für Suchtgiftdelikte auf lebenslange Haft bestehen auch heute noch.

2007 erfolgten mit der SMG-Novelle 2007 zahlreiche weitere Veränderungen. Der oft kritisierte Ausdruck „geringe Menge“ wurde nun ersatzlos gestrichen. Von nun an war „Diversion ohne Strafverfahren“ in all jenen Fällen vorgesehen, in denen die Grenzmenge nicht überschritten worden war, allerdings nur, wenn das Suchtgift für den eigenen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen besorgt

pflichtgesetz, das Sicherheitspolizeigesetz, das Strafgesetzbuch und die Strafprozeßordnung 1975 geändert werden“.

¹¹ Als Suchtgifte gelten Stoffe und Zubereitungen, die durch die „Einziges Suchtgiftkonvention“ international geregelt sind, plus jene, die von dem/der Bundesminister/in für Gesundheit den Suchtgiften gleichgestellt werden, plus jene, die in den Anhängen 1 und 2 des „Übereinkommens der Vereinten Nationen über Psychotrope Stoffe“ angeführt werden.

¹² Als „psychotrope Substanzen“ gelten jene Substanzen, Stoffe und Zubereitungen, die in den Anhängen 3 und 4 des „Übereinkommens der Vereinten Nationen über Psychotrope Stoffe“ angeführt werden. Das sind bestimmte verschreibungspflichtige psychoaktive Medikamente wie Barbiturate, Benzodiazepine oder Z-Drogen.

wurde. Wichtig ist hierbei, dass Weiterreichen von Suchtgift an Personen, mit denen man das Suchtgift gemeinsam erworben hatte, nun explizit nicht mehr als Weitergabe gewertet wird. Dass nicht jede Weitergabe von Suchtgift als Inverkehrsetzen zu werten ist, war allerdings auch schon früher vom Obersten Gerichtshof (OHG) bestätigt worden¹³, nun aber wurde diese Sichtweise auch im Gesetz ausdrücklich festgelegt.

Im Jahr 2007 wurde der Staatsanwaltschaft erstmals auch die Möglichkeit eingeräumt, bei Erzeugung, Einfuhr, Ausfuhr und Inverkehrsetzen von Suchtgiftmengen über der Grenzmenge nach § 35 (2) SMG „Diversion ohne Strafverfahren“ zu verfügen, sofern sie der Ansicht war, dass die Schuld der Beschuldigten nicht schwer sei und sich die Zurücklegung einer Anzeige prognostisch besser auswirke als eine Verurteilung. Hier geht es um die Beurteilung durch die Staatsanwaltschaft und eine Kann-Bestimmung – es gibt für Angezeigte keinen Rechtsanspruch auf diese Form der Diversion. Damit wurde der Staatsanwaltschaft die Möglichkeit eingeräumt, Delikte, die vor 2007 als „schwere Delikte“ galten, unter gewissen Umständen als „geringere Suchtgiftdelikte“ einzustufen. Die Grenzmenge wurde zwar nicht verändert oder deren Bedeutung ausdrücklich relativiert, implizit wurde durch diese Option aber der Stellenwert der Grenzmen gen deutlich abgeschwächt.

Als weiterer Qualifizierungstatbestand wurde 2007 die 15-fache Grenzmenge eingeführt und explizit als „große Menge“ bezeichnet. Damit gibt es seit 2007 etwas wie die „große Menge neu“ im Gegensatz zur „großen Menge alt“ – im Sinne „der Grenzmenge oder mehr“. Außerdem wurde der Verbrechenstatbestand nach § 28 SMG nun so formuliert, dass die Grenzmenge nicht bloß erreicht, sondern überschritten werden muss. Auch das führt zu einer Relativierung der Grenzmenge.

Dazu kam, dass seit 2007 das Gesundheitsministerium gemeinsam mit dem Justizministerium autonom Grenzmen gen bestimmen kann, ohne dabei den Nationalrat einzubeziehen (§ 28b SMG). Auch das drückt aus, dass der Stellenwert der Grenzmen gen im Rahmen der Suchtmittelgesetzgebung 2007 relativiert wurde.

2011 wurde ergänzend zum SMG das Neue Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG 2011) verabschiedet. Nachdem laufend neue, zuvor

unbekannte psychoaktive Substanzen auf den Markt kamen, die nicht über internationale Verträge geregelt waren und daher ohne Strafdrohung erzeugt und in Verkehr gesetzt werden konnten, wurden Strategien überlegt, um neue Substanzen rasch unter Kontrolle zu bringen. Der traditionelle Weg, psychoaktive Substanzen systematisch zu bewerten, international abgestimmt als Suchtgifte zu klassifizieren und diese dem Verbotssystem zu unterwerfen, wurde als zu schwerfällig erkannt. Die Erzeuger neuer psychotroper Substanzen waren den Behörden immer einen Schritt voraus. Wurde eine neue Substanz als Suchtgift verboten, waren bald danach chemisch ähnliche Substanzen mit analoger Wirkung zur Stelle, die als Ersatz für inzwischen verbotene Substanzen straffrei angeboten werden konnten und angeboten wurden. Als Lösung für dieses Problem wurde der/die Bundesminister/in für Gesundheit ermächtigt, eine chemische Substanzklasse, die *„die Fähigkeit besitzt, bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeizuführen“*, kurzfristig als „neue psychotrope Substanzen“ zu klassifizieren und deren Erzeugung, Import, Export und Überlassung an Dritte unter Strafe zu stellen. Der maximale Strafrahmen wurde mit zehn Jahren Gefängnis festgelegt – deutlich unter dem Strafrahmen für Straftaten nach dem SMG. Der Erwerb im Inland und der Besitz dieser Substanzen ist allerdings nicht mit Strafe bedroht. Mit dem NPSG wurde zusätzlich zu den Substanzklassen „Suchtgifte“ und „psychotrope Substanzen“ eine dritte Kategorie, die „neuen psychoaktiven Substanzen“, kreiert.

2015 wurde mit dem Strafrechtsänderungsgesetz 2015 eine weitere Veränderung beschlossen. Die Möglichkeit für Schulen und Bundesheer, im Suchtgiftverdachtsfall ausschließlich eine Meldung an die Gesundheitsbehörde zu erstatten und auf eine Strafanzeige zu verzichten, wurde mit § 13 (2a) SMG auf alle Behörden und öffentliche Dienststellen ausgedehnt, letzteres allerdings nur, wenn im Falle von Erzeugung, Export oder Import die Grenzmenge nicht überschritten wird (im Falle des Erwerbs im Inland kann die Grenzmenge sogar überschritten werden) und sofern das Suchtgift ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen gedacht ist, wobei die betreffende Person daraus keinen Vorteil gezogen haben darf. Nach § 13 (2b) SMG ist in diesem Fall die Staatsanwaltschaft allerdings zu informieren (Abtretungsbericht). In all diesen Fällen kann die Bezirksverwaltungsbehörde nach § 12 SMG entweder entscheiden, dass keine weiteren Schritte notwendig sind, oder darauf hinwirken, dass sich die Betroffene

¹³ „Eine unmittelbare, von Anfang an bestehende gemeinsame Verfügungsmacht (eines Ehepaars) über das Suchtgift schließt sowohl ein Inverkehrsetzen [...] als auch ein (inhaltsgleiches) Überlassen dieses Suchtgiftes [...] aus“ (OGH 16.08.1995, 13 Os 76/95).

nen einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 11 SMG“ unterziehen.

Im SMG wird wörtlich ausgedrückt, dass sich präsumtive und überführte Suchtgiftmisbrauchler einer Untersuchung durch die Bezirksverwaltungsbehörde nicht entziehen dürfen, wenn diese angeordnet wird¹⁴, und dass Personen, die nach Ansicht dieser Behörde einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedürfen, sich dieser auch zu unterziehen haben¹⁵. Wie Matzka und Kollegen (2017) betonen, sind diese Formulierungen allerdings in einem gewissen Sinne irreführend. Die Verweigerung einer Untersuchung ist zwar gesetzlich verboten, die Gesetzgebung knüpft aber keine Sanktionen an den Tatbestand (Lex imperfecta) – und da es, wie zuvor bereits betont, in Österreich keine Zwangsbehandlung gibt, können gesundheitsbezogene Maßnahmen auch nicht zwingend angeordnet werden. Die Behörde ist verpflichtet darauf hinzuwirken, dass diese angenommen werden¹⁶. Handelt es sich bloß um einen vagen Verdacht, haben Verweigerungen für die Betroffenen keine Konsequenzen. Lag allerdings ein konkreter Anfangsverdacht vor, so hat, wie Matzka und Kollegen betonen, die

Bezirksverwaltungsbehörde Strafanzeige zu erstatten.

Mit der SMG-Novelle 2016 wurde eine Bestimmung eingefügt, die nach § 27 (2a) SMG sichtbare Drogenweitergabe im öffentlichen Raum explizit unter Strafe stellt, wenn diese „geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung berechtigtes Ärgernis zu erregen“.

Die Entwicklung der Gesetze zum Umgang mit unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen ist hier nur sehr kurz und abstrahiert abgehandelt. Viele wichtige Aspekte konnten nicht einmal berührt werden. Eine umfassende Darstellung ist angesichts der enormen Komplexität der Materie in einem Aufsatz wie diesem naturgemäß nicht möglich. Die Gesetzesmaterie hat inzwischen ein riesiges Ausmaß angenommen: Das im Jahr 1946 verabschiedete erste österreichische Suchtgiftgesetz bestand aus 1300 Worten und kontrollierte 28 Substanzen. Heute umfasst die Materie – also das Suchtmittelgesetz und das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz inklusive der dazugehörigen Verordnungen Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung, Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung, Suchtgift-Grenzmengenverordnung, Psychotropen-Grenzmengenverordnung und Weiterbildungsverordnung-Opioid-Substitution – mehr als 40 000 Worte und kontrolliert 270 Substanzen oder Substanzgruppen.

3 Die Zunahme diversioneller Regelungen bei Suchtgiftdelikten

Um einen Überblick über die Entwicklung der Suchtgiftrechtsprechung über die letzten Jahre

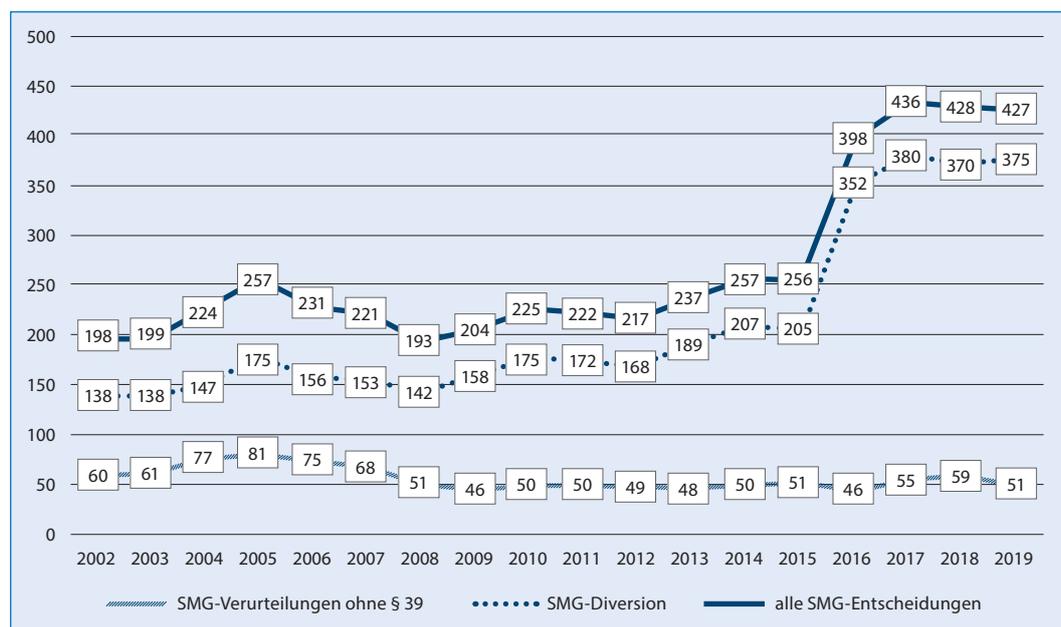
¹⁴ § 12 (1) [...] Die Person hat sich den hierfür notwendigen Untersuchungen zu unterziehen.

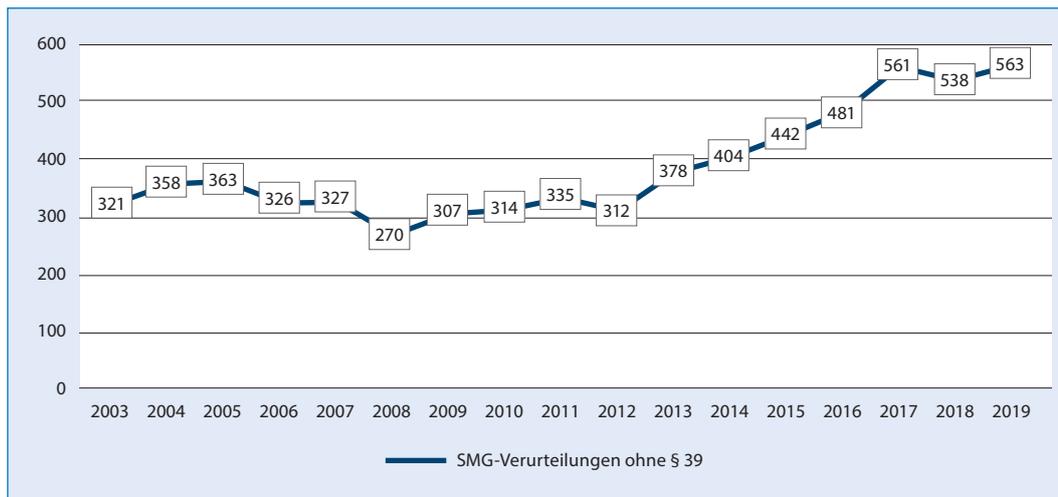
¹⁵ § 11 SMG (1) „Personen, die wegen Suchtgiftmisbrauchs oder der Gewöhnung an Suchtgift gesundheitsbezogener Maßnahmen [...] bedürfen, haben sich den notwendigen und zweckmäßigen, ihnen nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahmen zu unterziehen.“

¹⁶ § 12 (2) Ergibt die Begutachtung, daß eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde darauf hinzuwirken, daß sich die Person einer solchen zweckmäßigen, ihr nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen Maßnahme unterzieht.

Abbildung 1

Suchtgiftbezogene Entscheidungen pro 100 000 Einwohner/innen (EW) ab dem 15. Geburtstag.
Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf Daten für den „Bericht zur Drogensituation 2020“ (Horvath et al., 2020).
Erklärung: Von den Verurteilungen wurde die Zahl der Diversionen nach § 39 SMG abgezogen.



**Abbildung 2**

Suchtgift-Anzeigen pro 100 000 EW ab 15 Jahre. Quelle: Eigene Berechnungen, basierend auf Daten für den „Bericht zur Drogensituation 2020“ (Horvath et al., 2020). Erklärung: Von den Verurteilungen wurde die Zahl der Diversionen nach § 39 SMG abgezogen.

zu geben, werden in Abbildung 1 alle suchtgiftbezogenen Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, die nicht diversionell geregelt wurden (suchtgiftbezogene Verurteilungen nach SMG ohne § 39), sowie suchtgiftbezogene diversionelle Erledigungen von Anzeigen nach §§ 35, 37 und 39 SMG (SMG Diversion) über den Zeitraum 2002 bis 2019 ausgewiesen. Als Referenzzahl wird ergänzend auch die Summe aller suchtgiftbezogenen Entscheidungen (diversionelle und nicht-diversionelle Erledigungen) ausgewiesen.

Dabei zeigt sich, dass der Anteil der diversionellen Erledigungen über diesen Zeitraum von 70 Prozent¹⁷ auf 88 Prozent¹⁸ aller Entscheidungen gestiegen ist. Oder umgekehrt formuliert: Der Anteil der nicht durch Diversion geregelten Suchtgiftentscheidungen ist von 30 Prozent auf 12 Prozent gesunken. Ganz offensichtlich wird der überwiegende Teil der Anzeigen diversionell erledigt.

Die absolute Zahl der Verurteilungen, die nicht diversionell erledigt wurden, ist im Zeitraum 2003 bis 2019 allerdings nur unwesentlich um 15 Prozent¹⁹ gesunken. Das erklärt sich damit, dass in diesem Zeitraum die Zahl der Entscheidungen auf das 2,2-Fache²⁰ anstieg. Betrachtet man nicht die Entscheidungen, sondern die suchtgiftbezogenen²¹ Anzeigen nach dem SMG (Abbildung 2), so ergibt sich nur ein Anstieg auf das 1,8-Fache²². Dazu ist zu erwähnen, dass pro Anlassfall oft mehr als ein Suchtgift beteiligt ist bzw. dass mitunter mehrere Delikte hintereinander bekannt werden, weswegen zu einem Zeitpunkt mehr als eine An-

zeige erstattet werden kann. Mehrere Anzeigen führen dann aber nur zu einer Entscheidung (Diversion bzw. unbedingtes Gerichtsurteil). Der unterschiedliche Anstieg von Anzeigen und Entscheidungen bedeutet, dass die Zahl der Anzeigen pro Anlassfall im Laufe der Zeit abgenommen hat.

Warum die Zahl der Anzeigen über den Zeitraum von fast zwei Dekaden deutlich zugenommen hat, lässt sich nur sehr spekulativ beantworten. Eine Zunahme der Anzeigen ergibt sich sowohl dann, wenn die Zahl der suchtgiftbezogenen Straftaten zunimmt, als auch dann, wenn der Verfolgungsdruck durch die Polizei steigt. Diese beiden Effekte sind aufgrund der Anzeigenzahlen nicht unterscheidbar. Allerdings wird der Anstieg in erster Linie durch Anzeigen wegen Cannabis verursacht. Da es im Drogenmonitoring sonst keine Anzeichen für einen relevanten Anstieg des Cannabiskonsums in Österreich gibt, scheint vorrangig der Verfolgungsdruck gestiegen zu sein (Horvath et al., 2020).

4 Entwicklung und Erfolge der Substitutionsbehandlung

Bis zum Ende der 1970er Jahre gab es in Österreich kaum Expert/inn/en, die sich für den Einsatz der Substitutionsbehandlung aussprachen. Um 1980 nahmen positive Stellungnahmen aber langsam zu. Ein wichtiges Medium, um diesen Diskurs zu fördern, war die Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, in der im Jahr 1980 eine ganze Nummer dem Thema „Substitutionsbehandlung“ gewidmet war. Im Editorial zu dieser Ausgabe betonte Springer (1980), dass von den Herausgebern sowohl Befürworter/innen als auch Gegner/innen der Substitutionsbehandlung gebeten worden waren, ihre Positionen systematisch darzulegen. Einige

¹⁷ 138 aus 198 pro 100 000 EW ab 15 Jahre.

¹⁸ 375 aus 427 pro 100 000 EW ab 15 Jahre.

¹⁹ Abnahme von 60 auf 51 pro 100 000 EW ab 15 Jahren.

²⁰ Zunahme von 198 auf 427 pro 100 000 EW ab 15 Jahren.

²¹ Entscheidungen, die psychotrope Stoffe betreffen, werden hier nicht berücksichtigt.

²² Zunahme von 321 auf 563 pro 100 000 EW ab 15 Jahren.

der Autor/inn/en, wie z. B. Pernhaupt (1980), vertraten die Meinung, dass Substitution die Attraktivität der abstinenzorientierten Behandlung untergraben würde, und bezeichneten die Idee, Substitutionsbehandlung anzubieten, als verantwortungslos. Andere, wie Burian und Eisenbach-Stangl (1980), sprachen sich eindeutig für die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung aus.

Als ein Jahr später, im Jahr 1981, eine Tiroler Ärztin angeklagt wurde, weil sie Heroin-süchtigen Codein und Heptadon verschrieben hatte, vertraten zunächst drei Gerichtssachverständige die Auffassung, dass die längerfristige Verschreibung von Opiaten an Süchtige im Sinne einer Erhaltungstherapie der ärztlichen Kunst klar widerspräche. Diese Ausführungen reichten dem Gericht allerdings nicht aus, deshalb wurde die medizinische Fakultät der Wiener Universität beauftragt, zu dieser Frage ein wissenschaftliches Gutachten zu erstellen (Medizinische Fakultät der Universität Wien, 1986). Aufgrund dieses Gutachtens wurde die Ärztin letztlich freigesprochen. Damit war das Eis gebrochen und die Zustimmung zur Substitutionsbehandlung nahm unter Suchtexpert/inn/en langsam, aber kontinuierlich zu.

Nicht zuletzt, weil die Anzahl der HIV-Infizierten unter den IV-Opiat-Konsument/inn/en kontinuierlich stieg und man sich von der Substitutionsbehandlung eine Verbesserung der AIDS-Situation erwartete, wurde der im Bundeskanzleramt angesiedelte „Beirat zur Bekämpfung des Missbrauches von Alkohol und anderen Suchtmitteln“ mit der Frage der Substitutionsbehandlung befasst. Dieser kam ebenfalls zu einem positiven Urteil und damit war Substitution in Österreich plötzlich als eine Methode ausgewiesen, die den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft entspricht und daher ohne eine Änderung des SGG mit diesem vereinbar ist – und eigentlich auch schon immer war. Die folgende Bestimmung im § 5 SGG *„Suchtgifthaltige Arzneien dürfen nur verschrieben werden, wenn ihre Anwendung nach den Grundsätzen der ärztlichen beziehungsweise tierärztlichen Wissenschaft begründet ist und mit anderen Arzneien das Auslangen nicht gefunden werden kann“* bewirkte in Verbindung mit der Beurteilung, dass Substitutionsbehandlung den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft entspricht, ohne dass dafür eine Gesetzesänderung notwendig war, eine Perspektivenveränderung um 180 Grad.

Diese geänderte Sichtweise wurde dann vom Bundeskanzleramt über den ersten Substitutionserlass (1987) bekannt gemacht und unter anderem mit der zunehmenden HIV-Problematik begründet. In diesem ersten Schritt wurde die Substitutionsbehandlung noch als „ultima

ratio“ präsentiert, die nur in ganz extremen Fällen infrage kommt. Es musste sich um intravenös applizierende Opiatabhängige handeln, die entweder eine mehrjährige Opiatabhängigkeit und mehrere gescheiterte Entzugsbehandlungen hinter sich hatten oder die HIV-positiv waren. Parallel dazu wurden psychosoziale Begleitbetreuung und engmaschige Harnkontrollen vorgeschrieben, letzteres, um den Beikonsum von anderen illegalisierten Drogen zu verhindern. Ferner wurde vorgeschrieben, dass Substitutionsdrogen ausschließlich oral konsumiert werden dürfen und dass die Einnahme in der Regel täglich unter Sicht stattfinden muss. Anfänglich stand als Substitutionsdroge primär Methadon zur Verfügung, obwohl vereinzelt auch andere Drogen, wie Paracodein, eingesetzt wurden.

Mit einem zweiten Substitutionserlass (1991) wurde Methadon explizit als Substanz der ersten Wahl präsentiert, ohne andere Substanzen allerdings explizit auszuschließen. Nun wurde die Substitutionsbehandlung zusehends als wichtige Methode für die Behandlung von Opiatabhängigen generell gesehen und die Forderung erhoben, diese Behandlung möglichst flächendeckend anzubieten. Im SMG 1997 schließlich wurde Substitutionsbehandlung im § 8 erstmals explizit als Behandlungsoption erwähnt und im § 11 als eine der zulässigen gesundheitsbezogenen Maßnahmen angeführt. In der das Gesetz ergänzenden Suchtgiftverordnung 1997 wurden dann weitere Details der Substitutionsbehandlung geregelt.

Mit dem dritten Substitutionserlass (1998) wurden die ursprünglich sehr engen Bedingungen für die Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung erheblich erweitert. Substitution wurde nun nicht mehr als „ultima ratio“ für völlig aussichtslose Fälle präsentiert, sondern als Behandlungsmethode für alle Opiatabhängigen anerkannt, die zur Abstinenzbehandlung nicht oder noch nicht bereit sind. Eine wesentliche Veränderung ergab sich im Jahr 1998 dadurch, dass Morphin Retard und Buprenorphin in Österreich als Substitutionsdrogen zugelassen wurden (Springer & Uhl, 2010).

2006 wurde mit der Weiterbildungsverordnung Substitution erstmals geregelt, welche Ausbildungs- und Weiterbildungsvoraussetzungen substituierende Ärzte erfüllen müssen. Mit der Suchtgiftverordnungsnovelle 2006 wurden die Regeln für den Umgang mit Morphin Retard plötzlich deutlich strenger definiert als für Methadon und Buprenorphin. Diese Veränderung war das Ergebnis eines heftigen Diskurses unter Expert/inn/en über die nicht widmungsgemäße intravenöse Applikation von Morphin Retard und eine daraus erwach-

sende potenzielle Gefahr, Gesundheitsschäden auszulösen. Kurz darauf wurde über den vierten Substitutionserlass (2007) Morphin Retard ausdrücklich zur Methode zweiter Wahl herabgestuft. Der Stellenwert von Morphin Retard bei Neueinstellungen sank in der Folge von 31 Prozent (2007) auf 25 Prozent (2008) zwar etwas, überschritt aber bereits im nächsten Jahr (2009) mit 33 Prozent wieder geringfügig das Ausgangsniveau (Weigl et al., 2011). Der Anteil aller mit Morphin Retard substituierten Patient/inn/en lag zwischen 2011 und 2019 konstant bei 55 Prozent oder 56 Prozent (Anzenberger et al., 2020). In den folgenden Jahren wurde die Sonderregelung für Morphin Retard, die ja keine relevante Wirkung gezeigt hatte, sukzessive reduziert und mit der Suchtgiftverordnung 2017 völlig aufgehoben. Der Anteil von Morphin-Retard-Verordnungen schwankt aktuell stark von Bundesland zu Bundesland zwischen 18 Prozent und 63 Prozent aller Substituierten. Methadon wird überwiegend für Unter-20-Jährige verordnet, Morphin Retard überwiegend für Ab-30-Jährige (ebd.).

Im Zuge der Suchtgiftverordnung 2020 wurde schließlich auch die Bestimmung, dass Substitutionsdrogen ausschließlich oral appliziert werden dürfen, aufgehoben – nicht zuletzt, um die Anwendung eines subkutan zu verabreichenden Depotpräparats mit Buprenorphin zu legitimieren. Grundsätzlich ermöglicht letztere Gesetzesänderung aber auch die Einführung einer Erhaltungstherapie mit intravenös zu applizierenden Substitutionsdrogen.

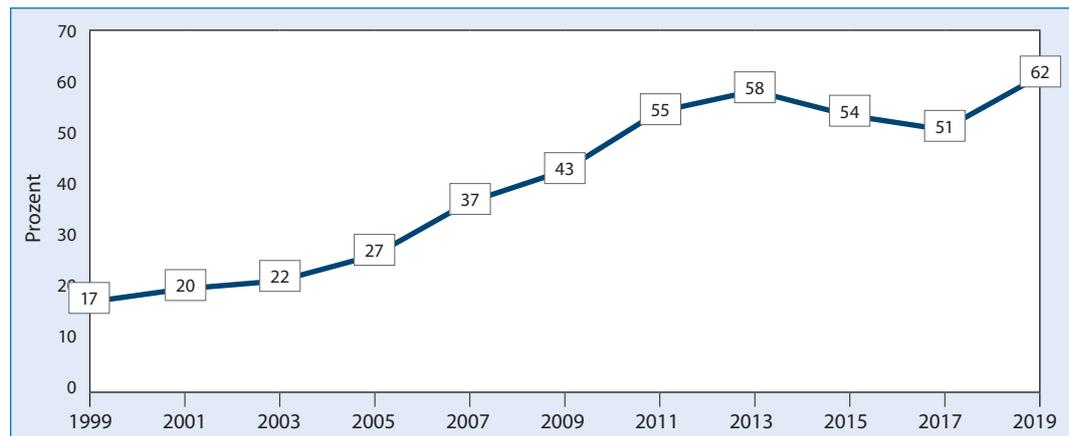
Wie eine Substitutionsbehandlung im Detail stattzufinden hat und welche Voraussetzungen substituierende Ärztinnen und Ärzte erfüllen müssen, ist in Österreich inzwischen detailreich geregelt. Voraussetzung für jede Substitutionsbehandlung ist zunächst die Indikationsstellung, bei der überprüft wird, ob Personen, die eine Substitutionsbehandlung anstreben, tatsächlich opioidabhängig sind. Bevor mit einer Behandlung begonnen werden kann, ist ferner ein Behandlungsvertrag abzuschließen, in dem konkrete Behandlungsziele und Rahmenbedingungen zwischen Behandlern und Substituierten festgeschrieben werden. Bei der Wahl des Substitutionsmittels ist darauf zu achten, welches Mittel für die einzelne opioidabhängige Person in der aktuellen Situation am besten geeignet erscheint. Die Einstellung auf das Substitutionsmittel kann dann sowohl ambulant als auch stationär erfolgen, wobei grundsätzlich eine optimale Dosierung erzielt werden soll, d. h., die Substituierten sollen durch die Medikation weder zu stark beeinträchtigt noch unterdosiert sein, was zu Entzugssymptomen führen würde. Die vor allem anfänglich unter

vielen Ärzt/inn/en verbreitete Grundhaltung, Substitutionsdrogen möglichst niedrig zu dosieren, wird als sehr problematisch beurteilt, da Unterdosierung Entzugssymptome begünstigt, unerwünschten Beikonsum fördert und so die Tendenz verstärkt, unangenehme somatische und psychische Beschwerden durch auf dem illegalen Markt erworbene Opiode zu verringern. Nach der Einstellung fertigen die Ärztinnen bzw. Ärzte einen Substitutionsnachweis aus, der die Art des Substitutionsmittels und die Tagesdosis ausweist. Substitutionsverschreibungen müssen in Form einer Dauerverschreibung erfolgen und werden erst nach amtsärztlicher Vidierung gültig. Die Weiterbehandlung erfolgt dann häufig durch andere Ärztinnen bzw. Ärzte, die die Dosis und den Mitgabemodus zwar der Situation entsprechend anpassen dürfen, sich dabei aber an den Rahmen halten müssen, den die/der indikationsstellende und einstellende Ärztin/Arzt vorgegeben hat. In der Regel nehmen Patient/inn/en die Substitutionsdrogen täglich oral unter Sichtkontrolle in Drogeneinrichtungen oder Apotheken ein, wobei für das Wochenende die Mitgabe für den Konsum zu Hause möglich ist. Bei stabileren Patient/inn/en und insbesondere, wenn es aus beruflichen oder anderen Gründen gerechtfertigt erscheint, sind auch großzügigere Mitnahmeregelungen möglich. Bezüglich der Mitgabemöglichkeit sind allerdings gesetzliche Grenzen vorgegeben. Die eigentliche Substitutionsbehandlung ergänzend sind auch die Behandlung von Begleiterkrankungen, eine psychosoziale Betreuung bzw. Psychotherapie sowie Maßnahmen zur Reintegration vorgesehen. Eine ausführliche Beschreibung der Rahmenbedingungen und Vorgangsweisen findet man bei Busch und Weigl (2013) sowie in einer Leitlinie, die von vier medizinischen Gesellschaften verfasst wurde (ÖGABS et al., 2017).

Substitution ist inzwischen von den meisten Expert/inn/en als Behandlungsmethode bei Opioidabhängigkeit anerkannt. 73 Prozent der substituierenden Mediziner/innen sind aktuell Allgemeinmediziner/innen und 27 Prozent Fachärzte/-ärztinnen (Anzenberger et al., 2020). Grundsätzlich wird bei Substitutionsbehandlung zwar der Verzicht auf Beikonsum gefordert. Sofern sich aus dem Beikonsum aber keine gravierenden Probleme ergeben, wird ein gewisses Ausmaß an Beikonsum zwar besprochen, aber toleriert. Die Option, die auf Substitutionsdrogen eingestellten Patient/inn/en – außer wenn das absolut unvermeidbar erscheint – auf den Schwarzmarkt zurückzuwerfen, wird nicht als sinnvoll gesehen. Das ausdrückliche Ziel der Suchtpräventionsstrategie

Abbildung 3

Anteil der Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung.
Quelle:
Anzenberger et al. (2020)



der österreichischen Bundesregierung ist es, möglichst viele Opioidabhängige unter kontrollierten und standardisierten Bedingungen in substitions-gestützte Behandlung zu bringen.

Diese Strategie ist über die letzten Jahre immer besser geglückt. Während im Jahr 1999 nur 17 Prozent der opioidabhängigen Personen in Substitutionsbehandlung waren, ist dieser Anteil bis 2019 auf 62 Prozent gestiegen.

Auch das Ziel, die Klientel durch Substitutionsbehandlung zu stabilisieren, scheint sehr gut erreicht zu werden. Während in den ersten drei Jahren in einer Substitutionsbehandlung noch fast die Hälfte (47%) wegen Suchtmittelvergehen angezeigt werden, nimmt die Anzahl der SMG-Anzeigen mit den Jahren in Substitutionsbehandlung kontinuierlich ab und sinkt nach drei Jahrzehnten Behandlungsdauer auf zehn Prozent (vgl. Abbildung 4).

Die optimale Durchführung der Substitutionsbehandlung setzt voraus, dass die regionale Versorgung der opioidabhängigen Klientel mit substituierenden Ärzt/inn/en möglichst flächendeckend gewährleistet ist. Ein zunehmendes Problem ergibt sich in Österreich in letzter Zeit dadurch, dass immer mehr substituierende Ärztinnen und Ärzte in Pension gehen und viele junge Kolleg/inn/en nicht motiviert sind,

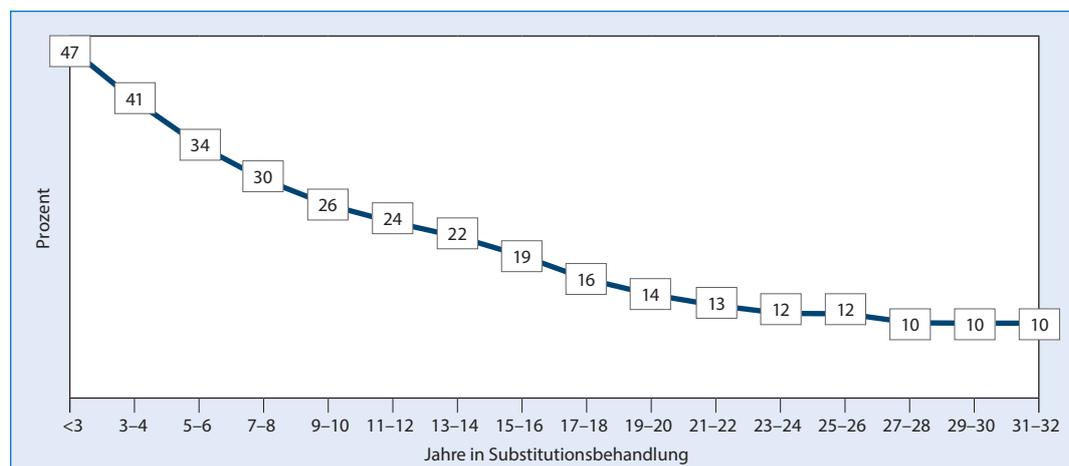
die notwendige Ausbildung zum Substitutionsarzt/zur Substitutionsärztin zu absolvieren. Vor allem in ländlichen Regionen ist die Substitutionsbehandlung daher gefährdet, wenn Klient/inn/en unzumutbar lange Anfahrtswege zu substituierenden Ärzt/inn/en auf sich nehmen müssen.

5 Die Suchtgift-Grenzmengenformel und andere Skurrilitäten

In Abschnitt 2 wurde bereits berichtet, dass der ersten Formulierung des Suchtgiftgesetzes die Idee zugrunde lag, dass ab einer gewissen Menge Suchtgift – ähnlich wie bei Sprengstoff – eine abstrakte Gemeingefährdung vorläge, woraus „in größerer Ausdehnung eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Menschen“ entstehe, wodurch ein „Verbrechen wider die Volksgesundheit“ konstruiert war. Wie man diese Konstruktion operationalisieren kann, d. h. wie viele Menschen durch das zur Last gelegte Suchtgift gefährdet sind, um welche Art der Gefährdung es konkret geht und mit welchen Mengen Suchtgift eine solche Gefährdung gegeben ist, wurde vom Gesetzgeber nicht präzisiert, sondern der Rechtsprechung überlassen.

Abbildung 4

Relative Häufigkeit von Suchtmittel-Strafanzeigen nach Substitutionsbehandlungsdauer.
Quelle:
Anzenberger et al. (2020)



Als in einem Gerichtsverfahren im Jahr 1950 ein Sachverständiger die Meinung äußerte, dass man mit der in einem Verfahren zur Last gelegten Menge von 250 g Kokain 30–50 Personen der Rauschsucht zuführen könne, entschied das Gericht, dass damit der Tatbestand einer „Gefährdung der Volksgesundheit“ erfüllt sei. Diese Behauptung des Gerichtsgutachters schließt zwar grundsätzlich nicht aus, dass eine relevante Gemeingefährdung bereits durch eine geringere Suchtgiftmenge bzw. bei einer kleineren Anzahl gefährdeter Personen gegeben sein könnte, die Anzahl von 30–50 Personen wurde dann aber zum Rechtssatz gemacht. So wurde etwas, das sich in einem konkreten Prozess zufällig ergeben hatte, zu einem quantitativen Abgrenzungskriterium mit hoher Verbindlichkeit: *„Das Merkmal der ‚größeren Ausdehnung‘ ist gegeben, wenn durch die betreffende Menge 30 bis 50 Personen der Rauschsucht zugeführt werden könnten“* (OGH 09.03.1950, 3Os21/50). Interessanterweise wurde der zweite wichtige Aspekt dieser Behauptung, die Menge von 250 g Kokain, die laut Gutachter diese Gefährdung erzeugte, ganz konsequent ignoriert.

Auf Basis einer weiteren Sachverständigenäußerung, nämlich von Maurer (1972), wurde die Grenzmenge für Kokain dann auf 10 g festgelegt. Diese Grenzmenge blieb bis 1997 aufrecht, wurde nach 1997 auf 15 g angehoben und ist bis heute gültig. 10 g bzw. 15 g Kokain stehen offensichtlich in eklatantem Widerspruch zur Grenzmenge von 250 g, die jener Gutachter im Jahr 1950 angegeben hatte, auf den der oben erwähnte Rechtssatz zurückgeht.

Die Grenzmengen für Kokain und zahlreiche andere Suchtgifte wurden von Maurer pseudowissenschaftlich begründet. Es gibt weder eine empirische Begründung für jene Größen, die Maurer als Grundlage annahm, noch ist die Struktur der Formel, mit der Maurer aus seinen Grundgrößen Grenzmengen errechnete, sachlich auch nur ansatzweise gerechtfertigt. Nachdem Maurer wegen seiner Suchtgift-Grenzmengenformel von Uhl (1981, 1984) massiv kritisiert wurde, verteidigte er sich damit, dass es sich bei den von ihm vorgeschlagenen Werten nicht um empirisch gewonnene Zahlen, sondern um Annahmen handle, die er bloß zur Diskussion gestellt habe (Maurer, 1981). Auf eine Rechtfertigung der seiner Suchtgift-Grenzmengenformel zugrundeliegenden wahrscheinlichkeitstheoretischen Überlegungen ließ sich Maurer in dieser Entgegnung

kaum ein. Um die Struktur – oder besser gesagt Haltlosigkeit – dieser Formel zu illustrieren, führen wir die Berechnungen für Amphetamin exemplarisch durch:

Maurer nahm an, dass die durchschnittliche Amphetamin-Dosis eines Anfängers 0.005 g beträgt (Erstlingsdosis Amphetamin = 0.005 g) und dass ein durchschnittlich suchtanfälliger Konsument, der Amphetamin zu sich nimmt, um einen Rausch zu erleben, nach 20 Einnahmen süchtig wird (Tripzahl = 20). Demnach benötigt man $0.005 \text{ g} \times 20 = 0.1 \text{ g}$ Amphetamin, um eine entsprechende Person süchtig zu machen. Maurer nahm ferner an, dass 50 Prozent der Personen Amphetamin aus medizinisch gerechtfertigten Gründen nehmen, beispielsweise um abzunehmen oder Müdigkeit zu bekämpfen (Selektionskoeffizient = 50%), und dass diese Personen nicht süchtig werden können. Er nahm ferner an, dass 20 Prozent jener Personen, die Amphetamin nicht als Medikament konsumieren, sondern um einen Rausch zu erleben, suchtaffin sind, also süchtig werden können (Anfälligkeitskoeffizient = 20%). Konsequenterweise bedeutet das, dass von 10 Personen, die je 0.1 g Amphetamin über 20 Einzeldosen zu sich nehmen, 50 Prozent (also 5 Personen) nicht süchtig werden, weil sie Amphetamin ja aus medizinischen Gründen nehmen, und dass von den verbleibenden 5 Personen nur 20 Prozent süchtig werden, weil ja 80 Prozent nicht suchtaffin sind.

Der Maurer'schen Logik entsprechend folgt daraus, dass von zehn Personen, die je 0.1 g Amphetamin konsumieren, nur einer süchtig wird – oder anders formuliert, dass man mit der zehnfachen Menge von 1 g Amphetamin eine Person süchtig machen kann. Eine süchtige Person ist den Maurer'schen Überlegungen entsprechend aber ohnehin noch kein Problem, weil Maurer davon überzeugt war, dass erst ab vier Süchtigen (konstante Zahl = 4) die Gefahr eines explosionsartigen Ansteigens der Süchtigenanzahl im jeweiligen Kollektiv beginne. Die Amphetaminmenge, um vier Personen süchtig zu machen, beträgt dieser Überzeugung entsprechend 4 g Amphetamin. Um zu runden Zahlen zu gelangen, setzte Maurer die Grenzmenge dann mit 5 g Amphetamin fest.

Das Ganze in eine Formel gegossen präsentiert sich in Formel 1.

Maurer begründete die konstante Zahl 4 wörtlich so, dass

$$\text{Grenzmenge} = \frac{\text{Erstlingsdosis} \times \text{Tripzahl} \times 4}{\text{Selektionskoeffizient} \times \text{Anfälligkeitskoeffizient}} = \frac{0.005 \times 20 \times 4}{0.5 \times 0.2} = 4 \text{ (aufgerundet = 5 g)}$$

Formel 1

„sich unter mehr als 3 Süchtigen mindestens einer findet, der mehr als 3 andere suchtanfällige Personen bis zum Eintritt einer Sucht zum Suchtgiftkonsum verleiten vermag“. Er schrieb „Vielleicht ähnelt ein [...] Kollektiv [mit] Süchtigen in mehr als einer Hinsicht einer Atombombe, sicher aber in einem Punkt, nämlich in jenem der kritischen Masse. Eine unterkritische Zahl von Uran-235-Atomen explodiert nicht, durch bloßes Vergrößern der Zahl der Uran-Atome tritt aber die Kettenreaktion ein, sodaß die Explosion erfolgt. [...] bei einer überkritischen Zahl von Süchtigen aber besteht die Gefahr – und das Gesetz verlangt ja nichts anderes als die abstrakte Gefahr („Gefährdungsdelikt“) – einer lawinenhaften Ausbreitung, einer Explosion der Sucht in die Reihen von noch gesunden, aber suchtanfälligen Personen hinein.“

Kurios sind in diesem Zusammenhang auch die Überlegungen von Maurer, wie jene Kollektive aussehen, in denen es zu einer explosionsartigen Zunahme der Sucht kommen kann, zumindest sofern vier Personen dieser Kollektive süchtig geworden sind (Maurer, 1972):

„Dieser Teil rekrutiert sich fast ausschließlich aus bestimmten Gruppen und Kollektiven von Personen, die eine spezielle geistige Verwandtschaft verbindet und nun eben wegen der Eigenart dieser Geistesverwandtschaft die Aufmerksamkeit der Rauschgiftanbieter (Rauschgift Händler und weiterleitungsfreudige Süchtige) auf sich ziehen. Hippies, Kommunen, Protestierer, Gelangweilte, Schwärmer, Weltverbesserer, Pseudo-Einsamkeitssuchende, überforderte Managertypen, aber auch bloß aus einer unbestimmten seelischen Haltung heraus sich bildende völlig lose Kollektive unter – z. B. Studenten, Künstlern, Playboys und -girls etc. etc. [Diese] finden sich keineswegs von vornherein zum Zweck des Suchtgiftkonsums zusammen, bergen aber in eben jener Geisteshaltung, die sie zu einem Kollektiv vereinigt, einen der notwendigen Keime zur Sucht.“

Die von Maurer (1972) zunächst in den „Beiträgen zur gerichtlichen Medizin“ publizierten Überlegungen und konkreten Grenzmengen wurden später von Machata und Maurer (1973) in etwas veränderter Form in der *Richterzeitung* wiederholt und so zum Standard für die Rechtsprechung. Die so offensichtlichen Schwächen dieser Formel fielen wichtigen Entscheidungsträgern scheinbar nicht auf, obwohl die logischen Probleme von Uhl zwei Mal (1981 und 1984) in der *Richterzeitung* grundlegend kritisiert wurden und obwohl Maurer (1981), auf die erste Kritik reagierend, explizit zugab, dass die

von ihm verwendeten Zahlen willkürliche Annahmen ohne empirische Grundlage seien.

Erst mit der Neufassung des SGG als SMG wurde die Maurer'sche Suchtgift-Grenzmengen-Formel ad acta gelegt und die Grenzmengen in der Suchtgift-Grenzmengenverordnung 1997 wurden angehoben. Die von Maurer vorgeschlagenen Grenzmengen wurden z. B. für Heroin von 0.5 Gramm auf 5 g, für Kokain von 10 g auf 15 g, für Amphetamin von 5 g auf 10 g und für THC von 2 g auf 20 g angehoben.

Die Art und Weise, wie mit dem oben genannten Gutachten von 1950 umgegangen wurde, von dem ein Aspekt „30–50 Personen müssen gefährdet sein“ zum Rechtssatz wurde und ein zweiter Aspekt „die Gefahr entsteht mit 250 g Kokain“ völlig ignoriert wurden, sowie die skurrile Maurer'sche Suchtgift-Grenzmengen-Formel sind aber nicht die einzigen Absurditäten in diesem Zusammenhang.

Ein weiteres Beispiel: Als einem Richter der Widerspruch auffiel, dass man mit einem Suchtgift, das ausschließlich an Süchtige weitergegeben wird, niemanden mehr süchtig machen kann, wurde dieses Dilemma pragmatisch so gelöst, dass man der Formulierung „30 bis 50 Personen werden der Sucht zugeführt“ die Worte anfügte „oder darin bestärkt“ (OGH 31.01.1979, 10 Os 11/79). Die Frage, wie viel Suchtgift notwendig ist, um 30–50 Süchtige in ihrer Sucht zu bestärken, hat vermutlich nie jemand ernsthaft zu beantworten versucht.

6 Zusammenfassung

Die österreichische Suchtgiftgesetzgebung baute anfänglich primär auf der Idee auf, dass ab einer gewissen Menge Suchtgift davon eine grundsätzliche Gefährdung für das Leben oder die Gesundheit von Menschen ausgeht. Ein abstraktes Gefährdungsdelikt wurde konstruiert und als „Verbrechen wider die Volksgesundheit“ bezeichnet. Jeglicher vorschriftswidrige Umgang mit Suchtgiften wurde gesetzlich verboten und ist das bis heute, auch wenn ein Großteil der Anzeigen inzwischen diversionell behandelt wird. Wegen einseitiger Fokussierung auf die Suchtgiftmenge waren ursprünglich die Intention der angezeigten Person sowie wichtige Rahmenbedingungen nur von untergeordneter Bedeutung. Wichtig war primär, ob eine kritische Menge – die Grenzmenge – erreicht oder überschritten worden war. Die Festlegung der Grenzmengen über die Gerichtspraxis führte ganz besonders bei Heroin viele Jahre lang zu sachlich unsinnig niedrigen Mengen und auch noch heute ist die Grenzmenge für Heroin sehr niedrig. Anfänglich konnte

schon mit der Tagesdosis einer schwer heroïnabhängigen Person die Grenzmenge doppelt überschritten werden. Heute ist die Grenzmenge sechsmal so hoch, womit gerade drei Tagesdosen einer schwer heroïnabhängigen Person erreicht werden.

Im Laufe der Zeit änderte sich die Grundhaltung von Suchtexpert/inn/en zur Drogenpolitik und zusehends verändert sich auch die Einstellung der Gesellschaft generell. Aktuell kommt es bei der Beurteilung von Suchtgiftdelikten weit weniger auf die Suchtgiftmenge als auf Intentionen und Rahmenbedingungen an. Es wuchs die Überzeugung, dass für unproblematisch konsumierende Personen Straffreiheit im Sinne einer Entkriminalisierung bestehen sollte, dass für Personen, die von Suchtgiften abhängig sind und im Rahmen der Beschaffung straffällig werden, „Therapie statt Strafe“ angemessen ist und dass die volle Härte des Gesetzes für großangelegten gewerbsmäßigen Suchtgifthandel adäquat ist, wie das die österreichische Suchtpräventionsstrategie festlegt. Die Möglichkeiten zur Diversion, sowohl im Sinne der Vermeidung von Gerichtsverhandlungen als auch nach erfolgten Verurteilungen, wurden im Zuge dieser Entwicklung sukzessive ausgebaut. Viele Maßnahmen zur Diversion sind heute von Behörden, Staatsanwaltschaften und Gerichten obligatorisch anzuwenden. In manchen Fällen handelt es sich aber bloß um Kann-Bestimmungen, bei denen Entscheidungsträger/innen subjektiv beurteilen müssen, ob die Schuld der Angeklagten groß ist bzw. ob Diversion sich auf die Angezeigten prognostisch besser auswirkt als eine Verurteilung.

Sofern die Möglichkeiten der Suchtgiftgesetzgebung zur Diversion ausgeschöpft werden und sich Behörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte an modernen suchtpolitischen Zielvorstellungen orientieren, gibt es im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage kaum Probleme dabei, die seit 2015 gültige Suchtpräventionsstrategie der österreichischen Bundesregierung mit Leben zu füllen. Im Sinne der österreichischen Suchtpräventionsstrategie bedeutet das, dass im Sinne von Schadensbegrenzung auf eine Verringerung der Probleme für alle Beteiligten abgezielt und zur Kenntnis genommen wird, dass es sich bei Sucht meist um eine chronisch rezidivierende Erkrankung handelt, die man nicht einfach wegwünschen oder wegstrafen kann. Natürlich sollte man nicht ausschließen, dass nach wie vor manche Entscheidungsträger/innen sich in Suchtgiftfragen kompromisslos dem Prinzip der totalen Abstinenz verpflichtet fühlen und dort, wo die Gesetzeslage es erlaubt, besonders streng agieren, wodurch die Zielset-

zungen der Suchtpräventionsstrategie punktuell konterkariert werden. Wünschenswert wäre daher eine noch deutlichere Abkehr von der Fokussierung auf Suchtgiftmengen und mehr ausdrückliche Orientierung an den Intentionen der Angezeigten und an wichtigen Rahmenbedingungen. Hilfreich wäre zweifellos auch eine erhebliche Reduzierung der gesetzlichen Bestimmungen, da die vollständige Kenntnis der Gesetzeslage auch für ausgewiesene Expert/inn/en eine enorme Herausforderung darstellt.

Danksagung

Herzlichen Dank an Elisabeth Breyer für das Lektorat.

Literatur

- Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Klein, Ch., Schmutterer, I. et al. (2020). *Epidemiologiebericht Sucht 2020 – Illegale Drogen, Alkohol und Tabak*. Wien: Gesundheit Österreich. (Wird Anfang 2021 veröffentlicht). <https://jasmin.goeg.at/cgi/search/advanced>
- Birklbauer, A., Hauer, A. & Keplinger, R. (Hrsg.). (2011). *Praxiskommentar Suchtmittelgesetz* (3. Aufl.). Linz: proLIBRIS.
- BMG (2015). *Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Prävention-und-Therapie/Österreichische-Suchtpräventionsstrategie.html>
- Burian, W. & Eisenbach-Stangl, I. (1980). Therapie der Opiatabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 3 (3), 5–26. <http://sfu-oc.sfu.ac.at/index.php/s/WC5FBhnAJcthLWT>
- Erben, E., Kodek, G. & Pipal, J. (1980). *Kommentar zur Suchtgiftgesetzgebung*. Wien: Juridica.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Schmutterer, I. & Schwarz, T. (2020). *Bericht zur Drogensituation 2020*. Wien: Gesundheit Österreich. (Wird Anfang 2021 veröffentlicht). <https://jasmin.goeg.at/cgi/search/advanced>
- Matzka, M., Zeder, F. & Rüdissler, G. (2017). *Suchtmittelgesetz – Kurzkomentar mit Kommentierung des NPSG* (3. Aufl.). Wien: Manz'sche Verlagsbuchhandlung.
- Maurer, H. (1972). Grundlagen einer Diskussion über Suchtgiftmengen. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin*, 29, 128–137.
- Maurer, H. (1981). Eine kritische Bewertung der Suchtgift-Grenzwert-Formel von Maurer –

- Entgegnung. *Österreichische Richterzeitung*, 59 (12), 261–263.
- Maurer, H. & Machata, G. (1981). Mengenstufen von Suchtgift nach der Suchtgiftgesetznovelle 1980. *Österreichische Richterzeitung*, 59 (3), 45–49.
- Medizinische Fakultät der Universität Wien. (1986). Fakultätsgutachten zur Substitutionsbehandlung 1984. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 9 (1/2), 32–37. <http://sfu-oc.sfu.ac.at/index.php/s/WC5FBhAJcthLWT>
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, ÖGPP (Hrsg.). (2017). *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie* (1. Aufl.). Wien: Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. <https://oegabs.at/userfiles/files/publikationen/Leitlinie-Qualitätsstandards-Opioid-Substitutionstherapie.pdf>
- Pernhaupt, G. (2080). Drogenrehabilitation oder Drogensubstitution. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 3 (3), 37–39. <http://sfu-oc.sfu.ac.at/index.php/s/WC5FBhAJcthLWT>
- Springer, A. (1994). Der Stellenwert der Suchtkrankheit in Österreich. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit – Das*

NACHRICHT

Macht mehr Zocken glücklich?

Forscher haben untersucht, ob es Menschen schlechter geht, wenn sie besonders viel Zeit mit Computerspielen verbringen. Eines steht fest: Man darf sich nicht auf die Angaben der Spieler verlassen.

Mehr als 3,7 Milliarden Menschen weltweit zocken, das heißt, sie spielen Videospiele auf dem PC, einer Konsole oder dem Smartphone. Und seit die Menschen wegen der Corona-Pandemie mehr Zeit zu Hause verbringen, ist die Zahl der Zocker, aber auch die Zeit, die sie vor dem Bildschirm verbringen, noch einmal deutlich gestiegen. Aber ist es denn gut für das eigene Wohlbefinden, wenn man in seiner Freizeit viele Stunden in der virtuellen Spielewelt verbringt?

Darüber herrscht in der Wissenschaft seit Jahrzehnten Uneinigkeit. Eine Meta-Studie kam kürzlich zu dem Ergebnis, der Forschungsstand befinde sich irgendwo zwischen „die Mediennutzung hat eine Generation zerstört“ und denjenigen, die solche Aussagen als „Technologie-Panik“ abtun.

Eine Forschergruppe vom Oxford Internet Institute will jetzt mit einer neuen Studie einen Beitrag zur Frage liefern, ob es Menschen schlechter geht, wenn sie viele Stunden pro Tag mit Computerspielen verbringen. Dafür haben drei Wissenschaftler des Instituts, das zur Universität Oxford gehört, das Wohlbefinden von Gamern im Verhältnis zu deren Spielzeit untersucht.

Die Forscher erfragten die Stimmung bei 3 227 Spielern zweier populärer Games, „Plants versus Zombies: Battle for Neighborville“ und „Animal Crossing: New Horizons“, anhand verschiedener positiver und negativer Emotionen. Die Teilnehmer konnten auf einer Skala angeben, wie oft sie diese innerhalb des Studienzeitraums von zwei Wochen empfunden hatten. Anschließend wurden die Antworten mit der Spielzeit im selben Zeitraum abgeglichen.

Das Ergebnis: Spieler, die mehr Zeit in der virtuellen Welt zugebracht hatten, waren laut Selbstbericht im Schnitt zufriedener als Spieler, die seltener online waren.

Um die Daten zu erheben, arbeiteten die Forscher mit den Spieleherstellern Electronic Arts und Nintendo zusammen. „Was die Studie einzigartig macht, ist, dass wir uns nicht darauf verlassen, was die Leute sagen“, erklärt Studienautor Niklas Johannes. Die Firmen konnten die Spieldauer via Telemetrie direkt erfassen. An vielen vergangenen Studien sei dagegen problematisch, dass sie sich ausschließlich auf die Selbsteinschätzung der Studienteilnehmer zur Spielzeit verlassen haben. Diese weicht oft erheblich von den tatsächlichen Zeiten ab. In die-

ser Methodik sehen die Wissenschaftler aus Oxford einen der Gründe, weshalb in nahezu 30 Jahren kaum valide Studien zu Videospiele erschienen seien. Schon allein deswegen sei ihre Arbeit ein Fortschritt, sagt Studienautor Johannes.

Auch in der Untersuchung aus Oxford wurde die subjektive mit der gemessenen Bildschirmzeit verglichen, dabei ergab sich eine durchschnittliche Abweichung von einer halben beziehungsweise anderthalb Stunden für die beiden Spiele, gemessen auf den Gesamtzeitraum von zwei Wochen.

Doch was kann man aus den Ergebnissen tatsächlich ableiten? Die Studie zeigt nur eine Korrelation auf–keinen kausalen Zusammenhang. Ganz banal ausgedrückt: Man kann nicht sagen, ob Spielen die Leute zufriedener macht oder ob zufriedener Leute eher spielen. Dass Videospiele glücklich machen, lässt sich daraus also nicht ableiten. Dafür sind die festgestellten Veränderungen des Befindens auch viel zu klein–tatsächlich sogar weit unter dem, was subjektiv wahrgenommen werden kann.

Basierend auf diesen Daten müsste man täglich zwischen dreieinhalb und sechs Stunden spielen, um eine signifikante Verbesserung festzustellen. Ob man sich da wirklich noch so gut fühlen würde? „Wir haben nur einen linearen Zusammenhang untersucht“, stellt Johannes klar. Ob und wann der Ertrag stagniert, und welche Gründe das hat, gibt die Studie nicht her. 

- Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger – Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* (S. 1–28). Wien: Springer.
- Springer, A. (2080). Editorielle Vorbemerkungen. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 3 (3), 3–4. <http://sfu-oc.sfu.ac.at/index.php/s/WC5FBhnAJcthLWT>
- Springer, A., Uhl, A. (2010). Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen in Österreich. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 12, 1, 7–19
- Substitutionserlass (1987). Erlaß über die orale Substitutionsbehandlung von i. V. Drogenabhängigen gem. § 5 SGG des Bundeskanzleramtes. GZ 61. 551/14-VI/14/87. Wien.
- Substitutionserlass (1991). Zweiter Substitutionserlass des Bundeskanzleramtes vom Jänner 1991, betreffend orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 15 (2), 35–39. <http://sfu-oc.sfu.ac.at/index.php/s/WC5FBhnAJcthLWT>
- Substitutionserlass (1998). Erlass „Orale Substitutionsbehandlung von Suchtkranken“ des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. GZ 21. 551/6-VIII/B/12/98. Wien.
- Substitutionserlass (2007). Einführungserlass zur Neuordnung der Substitutionsbehandlung des Bundesministeriums für Gesundheit, Frauen und Jugend. GZ 21551/0014-III/6/2007. Wien.
- Uhl, A. (1981). Eine kritische Bewertung der Suchtgift-Grenzwert-Formel von Maurer. *Österreichische Richterzeitung*, 59 (7-8), 154–156.
- Uhl, A. (1984). Der Stellenwert der Mengenangaben im § 12 (1) Suchtgiftgesetz. *Österreichische Richterzeitung*, 62 (4), 82–91.
- Uhl, A., Schmutterer, I., Koberna, U. & Strizek, J. (2013). *Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. <https://www.gesundheit.gv.at/linkaufloesung/applikation-flow?leistung=LA-GP-GL-bmg-delphi-studie-sucht&flow=LO&quelle=GHP>
- Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I. et al. (2016). *Bericht zur Drogensituation 2016*. Wien: Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/cgi/search/advanced>
- Weigl, M., Busch, M., Eggerth, A., Horvath, I., Knaller, Ch., Türscherl, E & Wirl, Ch. (2009). *Bericht zur Drogensituation 2009*. Wien: ÖBIG. <https://jasmin.goeg.at/cgi/search/advanced>
- Weigl, M. & Busch, M. (2013). *Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen – Aktuelle Rahmenbedingungen und Studienergebnisse*. Wien: Gesundheit Österreich. <https://jasmin.goeg.at/cgi/search/advanced>
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Türscherl, E. & Wirl, Ch. (2011). *Bericht zur Drogensituation 2011*. Wien: ÖBIG. <https://jasmin.goeg.at/cgi/search/advanced>



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig. Abteilungsleiter-Stellvertreter des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und stellvertretender Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud Privatuniversität in Wien. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie.
alfred.uhl@uhls.at



Dr. Martin Busch

Psychologe, seit 1996 in der Suchtforschung tätig, Abteilungsleiter des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und Leiter des österreichischen REITOX-Focal Points der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Forschungsschwerpunkte: Sucht epidemiologie, Evaluation, Forschungsmethodologie.
martin.busch@goeg.at

Christian Fischer

Trennungsangst bei Kindern und Erwachsenen

Symptomatik, Diagnostik,
Ursachen und Behandlung der
Trennungsangststörung

Kinder, die nicht in die Schule gehen möchten; Erwachsene, die sich intensiv an ihren Partner „klammern“; Eltern, die ihr Kind nicht loslassen können – Trennungsangst wird oft belächelt, stellt aber für die Betroffenen ein großes Problem mit immensem Leidensdruck dar. Die „emotionale Störung mit Trennungsangst“ ist in der psychotherapeutischen Diagnostik zwar schon seit langer Zeit bekannt, wird aber selbst von Fachleuten hinsichtlich der psychosozialen Beeinträchtigung noch oft unterschätzt.

Dieses Buch zeigt, dass die Trennungsangststörung keinesfalls ein seltenes Phänomen ist. Sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen gehört sie zu den häufigsten Angststörungen und begegnet fast allen Behandlern regelmäßig in ihrer Arbeit.



Eine umfassende Darstellung der Symptome und Ursachen sowie zahlreiche Hinweise zu Diagnostik und Intervention sollen Psychotherapeuten, Psychiater und Pädagogen für das Störungsbild sensibilisieren und eine adäquate sowie effektive Behandlung der Betroffenen ermöglichen.

272 Seiten

ISBN 978-3-95853-527-5

25,00 €

eBook

ISBN 978-3-95853-528-2

15,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



Diesen Titel und viele mehr bequem online kaufen:

www.pabst-publishers.com



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich

☎ +49 (0) 5484-308 | 📞 +49 (0) 5484-550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com