

Masterarbeit / Master's Thesis

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Erwünschte und unerwünschte Konsequenzen der Drogenpolitiken Portugals und Englands mit Wales im Vergleich

Eine kritische Policy-Analyse

verfasst von / submitted by

Maximilian Graf von Schweinitz, BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A066 824

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Politikwissenschaft

Betreut von / supervisor:

Dr. Meropi Tzanetakis

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe.

Wien, Oktober 2019

Maximilian Graf von Schweinitz

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	1
II. Literaturanalyse	5
III. Kontexte des Untersuchungsgegenstandes	10
Zwischen Entkriminalisierung, Schadensminderung und Nulltoleranz – Ansätze der Drogenpolitik ..	10
Legislative Grundlagen der nationalen Drogenpolitiken und das Gesundheitswesen	18
Portugal	18
England und Wales	23
IV. Forschungsdesign	28
Methodologie und Forschungsfragen	28
Konzeptualisierungen	31
Erwünschte und unerwünschte Konsequenzen von Drogenkonsum, Drogenmarkt und Drogenpolitik	32
Psychoaktive Substanzen und ihre Schädlichkeit – eine Quantifizierung	37
Problematische DrogenkonsumentInnen und Heranwachsende – vulnerable Gesellschaftsgruppen im Fokus	42
V. Vergleichende Policy-Analyse	47
Gesundheit	50
Konsumraten illegaler Substanzen im Allgemeinen	50
Problematischer Substanzkonsum	65
Strafjustiz und Kriminalität	79
Polizeilich erfasste, drogenbezogene Festnahmen	80
Drogenbezogene Inhaftierungen	84
„Drogentourismus“	87
Wirtschaftliche drogenbezogene Kosten	90
VI. Conclusio	96
Anhang	100
Literaturverzeichnis	100
Tabellen- und Diagrammverzeichnis	115
Abstract	117

I. Einleitung

Tom Brake MP: Does the Prime Minister believe that once a healthier relationship is established between politicians and the media, it will be easier for Governments to adopt evidence-based policy in relation to, for instance, tackling drugs?

David Cameron: That is a lovely idea.¹

Es fällt leicht zu verdrängen, weshalb Drogenpolitiken gesellschaftspolitisch überhaupt relevant und wichtig sind. Ob in westlichen Industriestaaten, dem Nahen Osten oder Südamerika, fernab des öffentlichen Interesses werden Menschen mit problematischem Drogenkonsum diskriminiert, strafrechtlich verfolgt und auch hingerichtet, nur selten werden sie als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft angesehen. Nach wie vor haftet Menschen mit substanzbezogenen Problemen der Ruf der Willensschwäche und Sittenlosigkeit an, Schuld an ihrer Situation haben diese entsprechend selbst.² Und wer die Konsequenzen einer Drogenpolitik nicht sehen oder gar tragen muss, hat begreiflicherweise kein großes Verlangen nach einer Veränderung derselbigen. Die Realität ist jedoch, dass nationale Drogenpolitiken unmittelbare Auswirkungen auf Leben und Tod von hunderttausenden Menschen jährlich haben,^{3 4} von zahlreichen weiteren gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen ganz abgesehen. Alleine in der Europäischen Union starben im Jahr 2017 über 9.100 Menschen an substanzinduzierten Überdosen, mehrere Hundert kommen durch indirekt drogenbedingte Tode hinzu.⁵ Bedenkt man, welche weitreichenden legislativen und gesellschaftlichen Veränderungen zur Terrorismusbekämpfung vorgenommen wurden – bei 68 Todesfällen durch Terrorismus im Jahr 2017⁶ – wird die Unverhältnismäßigkeit der politischen Priorisierung deutlich. Eine weltweit kontinuierlich steigende Anzahl an drogenbedingten Todesfällen sowie eine anhaltend geringe Anzahl problematischer KonsumentInnen in Behandlung verdeutlicht die Brisanz der Thematik.⁷ Die Drogenpolitik ist ein emotionales Feld, welches Gesellschaften auf viele verschiedene

¹ House of Commons. (2011). Phone Hacking Scandal. Oral Answers to Questions. 531.

² McGinnty, E. et al. (2015). Criminal Activity or Treatable Health Condition? News Media Framing of Opioid Analgesic Abuse in the United States, 1998–2012. *Psychiatric Services*. 67 (4), S.405-406.

³ Cornish, R. et al. (2010). Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *British Medical Journal*. 341. S.1

⁴ UNODC. (2018). World Drug Report 2018. UNODC Research. S.1.

⁵ d'Arrigo, L. et al. (2018). European Drug Report 2018. EMCDDA. S.74.

⁶ EUROPOL. (2018). EU Terrorism Situation and Trend Report 2018. TE-SAT. S.9.

⁷ UNODC. (2018). World Drug Report 2018. UNODC Research. S.1.

Weisen berührt, im Positiven wie im Negativen. Allzu oft wurden Debatten ideologisch-dogmatisch geführt, für politstrategische Zwecke missbraucht und auch religiöse Überzeugungen spielen weiterhin eine signifikante Rolle.^{8 9} Dieser Mangel an Objektivität ging auf Kosten evidenz-basierter, empirischer Forschung, welche nun aber zunehmend wieder Gehör findet in Politik und Gesellschaft.^{10 11}

Portugal, welches ab den späten 1980er Jahren von einer weitverbreiteten Heroin- und HIV-Welle betroffen war,¹² hat seit 2001 eine Vorreiterrolle in Hinsicht auf experimentell-progressive Drogenpolitiken eingenommen, als es sich dazu entschied, alle psychoaktiven Substanzen landesweit zu entkriminalisieren.¹³ Seither sind 18 Jahre vergangen und das Land bietet eine Fülle an Daten,¹⁴ um eine Bestandsaufnahme der Entwicklungen relevanter Gesichtspunkte in Hinsicht auf diese Entkriminalisierung vorzunehmen. Im Kontrast dazu werden zur vergleichenden Policy-Analyse (siehe Kapitel IV. für das Forschungsdesign) mit England und Wales gezielt Länder ausgewählt und untersucht, welche in ihrer Drogenpolitik einen deutlichen Gegensatz zu Portugal bilden. Wohingegen Portugal sich entschlossen hat, psychoaktive Substanzen und deren Eigengebrauch bzw. Missbrauch als eine medizinische Angelegenheit zu betrachten, die mit medizinisch-therapeutischen Methoden behandelt werden sollte,¹⁵ verbleibt die Drogenpolitik in England und Wales nach wie vor fest im Bereich der Strafverfolgung, inklusive drakonischen Strafandrohungen und einer rigoros agierenden Staatsgewalt (siehe ab S.18 für die legislativen Grundlagen und Strafraumen).¹⁶ England und Wales werden hierbei gemeinsam untersucht, da sie derselben Jurisdiktion unterliegen und sich der Großteil der relevanten Statistiken auf beide Länder bezieht.¹⁷

⁸ Bewley-Taylor, D (2002). United States and International Drug Control, 1909-1997. London: Pinter. S.6.

⁹ Ibid. S.31.

¹⁰ Cockayne, J. et al. (2018). What Comes After the War on Drugs – Flexibility, Fragmentation or Principled Pluralism? United Nations University. S.2-3.

¹¹ Strang, J. et al. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. The Lancet. 379 (1), S.71.

¹² Santana, P. et al. (2004). AIDS/HIV mortality in Portugal in the 1990s. University of Coimbra. S.57.

¹³ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.1.

¹⁴ SICAD. (2018). Publicacoes/Documentos. Verfügbar:

<http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>. Zuletzt besucht am 12.12.2018.

¹⁵ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.1.

¹⁶ Parliament of the United Kingdom. (1971). Misuse of Drugs Act 1971. The Advisory Council on the Misuse of Drugs. S.54.

¹⁷ Raab, S. (2018). Legal systems in UK (England and Wales): overview. Verfügbar unter: <https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/5-636->

Zwar sind die zwei weiteren autonomen Jurisdiktionen, Schottland und Nordirland, Teil des Vereinigten Königreichs mit Westminster als primärem Gesetzgeber, doch unterscheiden sich Teile der Rechtsprechung deutlich von der Rechtsprechung Englands und Wales.¹⁸ Hinzu kommen unterschiedliche Strategien der Drogenpolitik, weshalb eine Bündelung der Länder für die Analyse nicht sinnvoll wäre.

Beide drogenpolitischen Ansätze verfolgen offiziell ähnliche Ziele, etwa bei der KonsumentInnen- bzw. Konsumrate, der öffentlichen Gesundheit und der Kriminalitätsbekämpfung.^{19 20} Ziel dieser vergleichenden Policy-Analyse ist es daher, die Auswirkungen der unterschiedlichen drogenpolitischen Ansätze auf relevante Aspekte der Bereiche Gesundheit, Strafjustiz und Kriminalität sowie wirtschaftliche Kosten zu untersuchen und – soweit möglich – Schlüsse bezüglich der Wirksamkeit und Effizienz der Ansätze zu ziehen. Um die ‚Wirksamkeit‘ eines Ansatzes zu definieren, werden zuerst erwünschte und unerwünschte Konsequenzen von Drogenkonsum, Drogenmarkt und Drogenpolitik festgelegt (siehe ab S.32). **Die unabhängige Variable** der Untersuchung bildet die Drogenpolitik mit einem entkriminalisierten, gesundheitsbezogenen Ansatz Portugals einerseits, und einem pönalisierten, prohibitionistischen Ansatz Englands und Wales andererseits. **Die abhängigen Variablen** unterteilen sich grundlegend in die Bereiche Gesundheit, Strafjustiz und Kriminalität sowie wirtschaftliche Kosten, und umschließen Faktoren wie z.B. die jährliche Rate der Drogentoten, drogenbezogene Inhaftierungen und drogenbezogene justizielle Kosten. Tatsächlich wurden ebensolche Entwicklungen seit der Entkriminalisierung 2001 in Portugal bereits untersucht, zum Großteil liegen die empirisch-wissenschaftlichen Untersuchungen aber mehr als zehn Jahre zurück (siehe Kapitel II. für eine Literaturanalyse). Das bedeutet zum einen, dass die Untersuchungen teils nur wenige Jahre nach Verabschiedung des Gesetzes vorgenommen wurden und die längerfristigen Auswirkungen unter Umständen noch nicht ersichtlich waren. Zum anderen liegt mittlerweile eine große Menge neuen Materials und Daten vor, welche eine umfassendere und aussagekräftigere Analyse erlauben.²¹ Die Arbeit wird wie folgt aufgebaut sein:

2498?transitionType=Default&contextData=(sc.Default)&firstPage=true&comp=pluk&bhcp=1. Zuletzt besucht am 18.12.2018.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Home Office. (2014). Drugs: International Comparators. Policy Paper Archive. S.4.

²⁰ Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute. S.6-7.

²¹ SICAD. (2018). Publicacoes/Documentos. Verfügbar unter: <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>. Zuletzt besucht am 12.12.2018.

(II) Zuerst wird diese Arbeit in einer Literaturanalyse in die vorhandene Forschung eingeordnet und zugleich von dieser abgegrenzt. Darauf folgend wird auf die Diskrepanz zwischen der Legislative auf dem Papier, also der ‚policy as stated‘, und der tatsächlichen Implementation, der ‚policy as is‘, eingegangen. Auch wird die generelle Problematik der Forschung zu illegalen psychoaktiven Substanzen angesprochen.

(III) Anschließend werden im Rahmen der Kontextualisierung des Untersuchungsgegenstandes und zur besseren Einordnung der analysierten nationalen Drogenpolitiken die zwei derzeit international dominanten drogenpolitischen Herangehensweisen beleuchtet und das Konzept der ‚Rehabilitation‘ kritisch diskutiert. Zudem werden die jeweiligen nationalen legislativen Grundlagen der Drogenpolitik ausgeführt und es wird diskutiert, was diese Gesetze konkret in der Praxis bedeuten. Schließlich werden Therapiemöglichkeiten für problematische KonsumentInnen dargelegt.

(IV) In Kapitel 4 wird das Forschungsdesign mitsamt Forschungsfragen vorgestellt; zu diesem Zweck werden zunächst einige Konzeptualisierungen vorgenommen, wie die zuvor erwähnten ‚erwünschten und unerwünschten Konsequenzen‘ von Drogenkonsum und Drogenpolitik nach der von David Nutt et al. (2018) weiterentwickelten ‚multi-criterion decision analysis‘. Mithilfe dieser ‚decision analysis‘ wird auch eine Klassifizierung der Schädlichkeit bestimmter psychoaktiver Substanzen vorgenommen, welche für die Interpretation der Konsumraten spezifischer Substanzen unumgänglich ist. Die Unterteilung der Bevölkerung in verschiedene Analysegruppen, insbesondere Heranwachsende und problematische KonsumentInnen, wird ebenfalls thematisiert. Das Forschungsdesign selbst besteht aus den bereits angesprochenen abhängigen und unabhängigen Variablen, zudem werden Annahmen vorangestellt, welche die Grundlage der Forschungsfragen selbst bilden.

(V) Der Hauptteil umfasst die Untersuchung der im Forschungsdesign vorgestellten Aspekte und wird dabei nicht nach den Ländern, also Portugal und England mit Wales aufgegliedert, sondern nach den einzelnen Aspekten der drei Cluster Gesundheit, Strafjustiz und Kriminalität sowie wirtschaftliche Kosten.

(VI) In einer Conclusio werden die Resultate der Policy-Analyse gebündelt und hinsichtlich der Forschungsfragen kritisch interpretiert.

Das folgende Kapitel beleuchtet in einer Literaturanalyse den aktuellen Stand wissenschaftlicher Drogenforschung in Bezug auf Portugal und Großbritannien und zeigt deren Erkenntnisse, aber auch Mängel auf. Dazu wird diskutiert, inwiefern die Drogenforschung und vergleichende Policy-Analysen methodologisch eingeschränkt sind.

II. Literaturanalyse

Auffällig in der umfangreichen Drogenforschung zu Großbritannien ist eine oftmals kritische Sicht der britischen Drogenpolitik, insbesondere der wissenschaftlichen Basis der Drogengesetze. Besonders häufig wird bemängelt, dass eine nur geringe oder gar keine Korrelation zwischen der Schädlichkeit bzw. dem Schädlichkeitspotential einer psychoaktiven Substanz und der Klassifizierung im britischen Drogengesetz, dem ‚UK Misuse of Drugs Act‘ (UKMDA, für eine detaillierte Ausführung des Gesetzes siehe ab S.23) besteht. David Nutt et al. (2010) beispielsweise, deren ‚multi-criterion decision analysis‘ für diese Arbeit gebraucht wird, quantifizierten und verglichen die Schädlichkeit verschiedener Drogen mit ihrer Klassifizierung im UKMDA und fanden eine Korrelation von lediglich 0,04 (1,00 entspricht einer absoluten Korrelation), was faktisch einer nicht vorhandenen Korrelation entspricht.²² Virginia Berridges (2015) sozialwissenschaftlich-historische Betrachtung britischer Drogenpolitik vertritt in dieser Hinsicht, dass nicht die intrinsische Gefahr einer Droge ihren rechtlichen Status oder ihre Reputation bestimmt, sondern „a mix of national and international politics, vested economic interests, reform movements, professional agendas and ‘cultural legitimacy’“. ²³

Ebenfalls kritisiert wird in der Forschungsliteratur das unveränderte Festhalten an der gegenwärtigen Drogenpolitik trotz stetig steigender drogenbezogener Todesfälle sowie Maßnahmen der Regierung, die entgegen den Empfehlungen des dem Innenministerium unterstehenden ‚Advisory Council on the Misuse of Drugs‘ laufen. Blaine Stothard (2017) argumentiert, dass in der Regierung kaum Handlungswille besteht: “Delays in revising a national strategy appear to have no clear explanation [and] responses to drugs issues, including drug-related deaths, appear to lack urgency or concern at a policy making level.”²⁴ Stothard verortet auch eine zweckdienliche Verschiebung der Zielsetzung durch die britische Regierung; seien drogenbezogene Todesfälle viele Jahre das Hauptkriterium des (Miss)erfolges der Drogenpolitik gewesen, sind sie nun kein wichtiges Anliegen mehr – wohl, weil ebenjene Todesfälle konstant ansteigen.²⁵ Generell kommt in der Literatur vermehrt der Vorwurf auf, die britische Drogenpolitik befände sich im Stillstand und

²² Nutt, D. et al. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 376. S.1562.

²³ Berridge, V. (2015). Demons: Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, and Drugs. *Social History of Medicine*. 28 (1), S.221-222.

²⁴ Stothard, B. (2017). A turning point for UK drug policy: opportunity or stasis. *Drugs and Alcohol Today*. 17. S.135-140.

²⁵ Ibid.

reagiere nicht bzw. ohne umfassende Strategie auf sich verschlechternde Zustände, während neue Erkenntnisse in der Drogenforschung geﬂissentlich ignoriert werden.^{26 27 28}

Die Anzahl vergleichender drogenbezogener Policy-Analysen, welche das Vereinigte Königreich oder dessen einzelne Länder umfassen, ist verhältnismäßig gering. Eine Policy-Analyse von Coulson und Caulkins (2011) vergleicht die Klassifizierungsregimes für neue psychoaktive Substanzen in den USA, Australien, Kanada und dem Vereinigten Königreich und bescheidet, dass die „Prozesse [zur Prohibition der Drogen] nach Standards internationaler Drogenabkommen relativ gut funktionieren.“²⁹ Eine weitere Analyse von Humphreys und McLellan (2011) vergleicht drogentherapeutische Dienstleistungen in den USA und dem Vereinigten Königreich und leitet Strategien zur Verbesserung der Behandlungen ab.³⁰ Schließlich vergleichen Weisberg et al. (2014) die Verschreibungsraten von opioden Medikamenten in den USA und dem Vereinigten Königreich und suchen Erklärungen für die Disparität der Raten.³¹ Eine vergleichende Policy-Analyse der britischen Drogenpolitik mit der eines anderen Landes, wie sie diese Arbeit darstellt, gibt es bisher nicht.

Auch die Entkriminalisierung psychoaktiver Substanzen in Portugal ist in der akademischen Gemeinschaft keineswegs unbemerkt geblieben; bereits 2004 veröffentlichte die NGO ‚Beckley Foundation‘ den ersten Bericht zur Gesetzesänderung, wobei die Auswirkungen der Entkriminalisierung damals noch nicht abzusehen waren. So schloss der Artikel:

*„The effects of the new regime remain unclear. Key indicators – such as the level of drug use in Portugal since the new system was introduced, the number of drug users still being imprisoned, and the extent to which the commissions have been successful with regard to rehabilitating drug users – cannot be accurately assessed at present due to a paucity of adequate research.“*³²

²⁶ Monaghan, M. (2011). Evidence Versus Politics: Exploiting Research in UK Drug Policy Making? Bristol: Bristol: Policy Press.

²⁷ Bennett, T. and Holloway, K. (2010). Is UK drug policy evidence based? International Journal of Drug Policy. 21 (5).

²⁸ McKegany, N. (2010). The challenge to UK drug policy. Drugs: Education, Prevention and Policy. 14 (6).

²⁹ Coulson, C. and Caulkins, J. (2012). Scheduling of newly emerging drugs: a critical review of decisions over 40 years. Addiction. 107 (4).

³⁰ Humphreys, K. and McLellan, A. (2011). A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. Addiction. 106.

³¹ Weisberg, D. et al. (2014). Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: cautionary lessons. International Journal of Drug Policy. 25 (6).

³² Allen, L. et al. (2004). Decriminalisation of drugs in Portugal: a current overview. The Beckley Foundation Drug Policy Programme. 6 (1), S.3.

Sechs Jahre später, 2010, waren nur drei weitere Studien bezüglich der Auswirkungen der neuen Drogenpolitik hinzugekommen. Zum einen der ebenfalls durch die Beckley Foundation veröffentlichte Bericht der Autoren Hughes und Stevens aus dem Jahr 2007, welcher schlussfolgerte, dass die vorhandenen Daten auf einen Anstieg des Konsums von Cannabis, eine Reduktion des Konsums von Heroin, eine steigende Anzahl an Menschen in Behandlungen und eine Reduktion in drogenbezogenen Todesfällen hindeuten.³³ Aufgrund einer damals noch schwankenden öffentlichen Unterstützung der Entkriminalisierung wurde auch eine Rekriminalisierung nicht ausgeschlossen.³⁴

Zum anderen ein durch den Journalisten und Anwalt Glenn Greenwald veröffentlichter Artikel von 2009, der vor allem die juristische Seite der Gesetzesänderung untersuchte und mediale Beachtung fand.³⁵ Er resümierte, dass die Gesetzesänderung erfolgreich war, da Portugal seine BürgerInnen von der Angst der Strafverfolgung und Inhaftierung für Drogenkonsum befreit habe, was zu einem Anstieg der Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten geführt habe.³⁶ Da das portugiesische Volk die Vorteile der Entkriminalisierung verstanden hätte, gäbe es keinen politischen Druck, zum alten Modell zurückzukehren. Zudem empfahl er, dass das „portugiesische Modell“ von politischen EntscheidungsträgerInnen weltweit sorgfältig erwägt werden sollte.³⁷

2010 erschien der erste Artikel mit ‚peer-review‘ von Hughes und Stevens, welcher gesellschaftliche und gesundheitliche Entwicklungen Portugals in Bezug auf die Entkriminalisierung mit denen Italiens und Spaniens verglich.³⁸ Der Artikel stellte einige Entwicklungen seit der Entkriminalisierung fest, wollte diese aber nicht in einen Konnex mit der Gesetzesänderung stellen.³⁹ So gäbe es eine geringfügige Steigerung des Substanzkonsums erwachsener Menschen, eine Steigerung der Menschen in Drogentherapien sowie die Sicherstellung steigender Quantitäten an Drogen durch die Polizei, die von Teilen der organisierten Kriminalität eingeschifft wurden.⁴⁰ Aufgrund ähnlicher Tendenzen in Italien und Spanien vermieden die Autoren es, endgültige Aussagen bezüglich der Auswirkungen der Entkriminalisierung zu treffen. Zudem schloss der Artikel,

³³ Hughes, C. und Stevens, A. (2007). The Effects of Decriminalization of Drug Use. The Beckley Foundation Drug Policy Programme.

³⁴ Ibid. S.9.

³⁵ Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute.

³⁶ Ibid. S.28.

³⁷ Ibid.

³⁸ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6).

³⁹ Ibid. S.1018.

⁴⁰ Ibid.

dass die Reform über längere Zeit hinweg untersucht werden müsse, um bedeutsame Aussagen treffen zu können.⁴¹

Zwischen 2010 und 2018 kam eine erstaunlich geringe Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten, geschweige denn in Fachzeitschriften mit peer-review veröffentlichte Artikel hinzu. So gibt es eine Nachprüfung („re-examination“) der Autoren Hughes und Stevens aus dem Jahr 2012, die sich auf ihre ursprüngliche Interpretation der Daten zur Entkriminalisierung aus dem Jahr 2010 bezieht.⁴² Die Autorin Hanna Laqueur fokussierte sich in einem Fachmagazin für Jura veröffentlichten Artikel von 2015 vor allem auf die Auswirkungen der Entkriminalisierung auf die Verhaftungs- und Verurteilungsraten.⁴³ Der Artikel argumentiert, dass die Auswirkungen der Entkriminalisierung aufgrund von einer Diskrepanz zwischen dem de jure Gesetzestext und der de facto Anwendung des Gesetzes nicht eindeutig evaluiert werden kann (zu dieser Problematik siehe weiter unten).

Ferner veröffentlichten mehrere NGOs kurze Berichte, welche im Wesentlichen bereits vorhandene Studien rekapitulierten.⁴⁴ Diese Überschaubarkeit an Untersuchungen ist besonders bemerkenswert, wenn man die Einzigartigkeit der Gesetzeslage und eine über die Jahre durchaus vorhandene Medienaufmerksamkeit bedenkt. Die Forschungslage zur Thematik unterstreicht die Relevanz dieser Arbeit, welche somit die zweite komparative Policy-Analyse bezüglich Portugals Entkriminalisierung überhaupt darstellt. Das Datenmaterial der ersten vergleichenden Untersuchung von Hughes und Stevens aus dem Jahr 2010 reichte bis 2007 und war somit analytisch verhältnismäßig eingeschränkt.⁴⁵ Wie bereits erwähnt ist mittlerweile Datenmaterial bis zum Jahr 2016 vorhanden, womit eine umfassendere und aussagekräftigere Analyse der Entwicklungen möglich ist.

Wie viele andere Forschungen im Bereich der vergleichenden Policy-Analyse hat auch diese Arbeit ihre Einschränkungen. Eine Problematik ist dabei die Diskrepanz zwischen der legislativen Festschreibung der Policy auf dem Papier bzw. der politischen Rhetorik („policy as stated“/de jure), und der Implementation der Policy in der Praxis („policy as is“/de facto). Der schwedische Politologe Bo Rothstein ließ sich sogar dazu hinreißen, die gesamte

⁴¹ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6). S.1018.

⁴² Hughes, C. and Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. Drug and Alcohol Review. 31.

⁴³ Laqueur, H. (2015). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. Law and Social Inquiry. 40 (3).

⁴⁴ Murkin, G. (2014). Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight. Transform.

⁴⁵ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology

politische Implementationsforschung aufgrund dieses ‚Implementationsdefizits‘ als „Elendsforschung, eine Pathologie der Sozialforschung“⁴⁶ zu bezeichnen. Konkret ist es beispielsweise möglich, dass die britische Gesetzgebung zwar einen bestimmten Strafraum vorgibt, dieser aber in der Praxis möglicherweise nicht so streng, oder gar strenger angewendet wird als vorgesehen. Oder der Zugang für problematische SubstanzkonsumentInnen zu Therapiemöglichkeiten in Portugal ist weniger offen und verbreitet als das Gesetz und die politische Rhetorik es vorgibt. Aufgrund der Absenz von Daten bezüglich dieser Dunkelfelder, kann dem nur durch die rigorose Prüfung vorhandener Literatur und mittels Bezugnahme auf seriöse Darstellungen der tatsächlichen Praxen entgegengewirkt werden. Wo möglich, werden mehrere Quellen verwendet, um die Beschreibungen abzugleichen und deren Validität zu gewährleisten.

Eine weitere Einschränkung ist die generelle Problematik der Forschung zu *illegalen* psychoaktiven Substanzen. Aufgrund der Rechtslage und Stigmatisierung illegaler Drogen sind vor allem Konsumraten, Veränderungen des Drogenmarktes und drogenbezogene Straftaten „notorisch schwer zu messen, egal auf welche [analytische] Weise.“⁴⁷ Es ist nicht ausgeschlossen, dass trotz anonymisierter Umfrageverfahren falsche Angaben gemacht werden, beispielsweise bezüglich der konsumierten Substanzen oder dem Zeitpunkt des Konsums. Die Thematik ist nach wie vor für viele Menschen unangenehm und beschämend, was die Umfrageergebnisse möglicherweise verfälschen könnte.

Zu guter Letzt handelt es sich bei Drogenkonsum und -politik immer auch um eine Querschnittsthematik, welche mit vielen anderen sozio-politischen Faktoren zusammenhängt; i.e. die untersuchten Variablen der Bereiche Gesundheit, Strafjustiz und wirtschaftliche Kosten werden nicht nur durch eine etwaige Drogenpolitik beeinflusst, sondern auch durch andere Faktoren wie beispielsweise die nationale Konjunktur, die Finanzierung von Infrastrukturen und den Zustand des öffentlichen Gesundheitssystems. Das bedeutet als Konsequenz, dass die Entwicklungen der untersuchten abhängigen Variablen nicht zwingend auf die Drogenpolitik zurückgeführt werden können. Auch deshalb wird im Forschungsdesign (siehe ab S.28) darauf verzichtet nach Kausalitäten zu fragen, sondern vielmehr, ob nach der Entkriminalisierung eine von Verfechtern der Prohibitions politik prognostizierte Verschlechterung der Zustände eingetreten ist oder

⁴⁶ Rothstein, B. (1998). Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press. S.62-63.

⁴⁷ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6), S.1005.

nicht. Solche Einsichten sind nichtsdestoweniger von analytischem Interesse, wie im Kapitel zum Forschungsdesign näher ausgeführt wird.

Das nächste Kapitel beleuchtet zur Kontextualisierung der Arbeit einerseits die derzeit international dominanten drogenpolitischen Konzepte, und andererseits die legislativen Grundlagen der Drogenpolitiken Portugals und Englands mit Wales.

III. Kontexte des Untersuchungsgegenstandes

Zwischen Entkriminalisierung, Schadensminderung und Nulltoleranz – Ansätze der Drogenpolitik

Nationale Drogenpolitiken, welche international stark variieren, müssen als Resultat spezifischer historischer Begebenheiten, ideologischer, religiöser und soziokultureller Weltanschauungen sowie opportunistischer Politstrategien gesehen werden. Weitaus seltener stützen sie sich auf evidenz-basierte Forschung;^{48 49} bisweilen ist sogar das Gegenteil der Fall und Forschungen, deren Ergebnisse nicht mit der ideologischen Linie einer Regierung übereinstimmen, werden zensiert oder unterdrückt. So ließ Theresa May 2014, damals noch als britische Innenministerin, mehrere von der Regierung in Auftrag gegebene Gutachten bezüglich dem Konnex einer strengen Strafverfolgung und der Rate an SubstanzkonsumentInnen zensieren.^{50 51} Die Gutachten widersprachen der britischen ‚Tough on Drugs‘-Linie und es wurde von Seiten des Kabinetts befürchtet, dass dies die Regierung in Erklärungsnot bringen könnte. Dieser ‚Tough on Drugs‘-Ansatz bildet das eine Ende einer drogenpolitischen Skala und wird auch als ‚Nulltoleranz- bzw. Strafverfolgungsstrategie‘ bezeichnet. Das andere Ende der Skala nimmt der ‚Entkriminalisierungsansatz‘ – üblicherweise in Verbindung mit der ‚Schadensminderungsstrategie‘ – ein, und in vielerlei Hinsicht stehen sich diese Ansätze diametral gegenüber. Grundsätzlich sind auch Länder, welche sich einem der beiden Ansätze offiziell fest verschrieben haben, irgendwo zwischen den Polen dieser

⁴⁸ Strang, J. et al. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. The Lancet. 379. S.71.

⁴⁹ Nutt, D. (2010). Trashing evidence-based drugs policy. The Guardian.

⁵⁰ Asthana, A. (2016). Nick Clegg accuses Theresa May of tampering with drug report. The Guardian.

⁵¹ Baker, N. (2014). Drugs: International Comparators. Home Office.

idealtypischen Skala zu verorten. Zum Beispiel gibt es in vielen Bundesstaaten der USA, dem Paradebeispiel der Nulltoleranzstrategie, Methadonprogramme, welche eine feste Konstante des Schadensminderungsansatzes darstellen.⁵² Nichtsdestotrotz lassen sich überwiegend deutliche Tendenzen der nationalen Drogenpolitiken in Richtung einer der beiden Pole des Spektrums feststellen. Zur besseren analytischen Einordnung der in dieser Arbeit untersuchten Drogenpolitiken sowie zum besseren Verständnis des Standes von Drogenpolitiken im Allgemeinen, werden daher nachfolgend die gegenwärtig wichtigsten Ansätze idealtypisch dargelegt. Des Weiteren wird das problematische Konzept der Rehabilitation (im Englischen ‚recovery‘), also einer kompletten Substanzabstinenz ehemals problematischer KonsumentInnen, diskutiert.

Die **Nulltoleranz- bzw. Strafverfolgungsstrategie** ist ein Ansatz, dessen Fokus auf einer Reduktion oder Eliminierung des Konsums psychoaktiver, kontrollierter Substanzen liegt (‚use reduction‘) und dies mittels harter strafrechtlicher Verfolgung von KonsumentInnen, HändlerInnen und ProduzentInnen durchzusetzen versucht.⁵³ Im Gegensatz zum später erläuterten Ansatz der Schadensminderung (siehe ab S.16) betrachten VerfechterInnen der Nulltoleranzstrategie den Konsum verbotener Substanzen primär als strafrechtliche und moralische Angelegenheit, und erst sekundär – wenn überhaupt – als Angelegenheit öffentlicher Gesundheit.⁵⁴ Die harten Bestrafungen sollen demnach der Abschreckung dienen und somit sowohl die Nachfrage (‚demand reduction‘) als auch das Angebot (‚supply reduction‘) senken bzw. im Idealfall gänzlich eliminieren.⁵⁵ Der Ansatz ist inhärent idealistisch, insofern er eine Welt völlig frei von allen illegalen Substanzen anstrebt, die es historisch betrachtet noch nicht gegeben hat.⁵⁶ Unabhängig von verschiedenen Ausprägungen des Ansatzes eint sie die dichotomische Vorstellung, dass jeglicher nicht-medizinischer Konsum von *gesetzlich verbotenen* Substanzen unerwünscht und gesellschaftlich schädlich ist.⁵⁷ Dies bedeutet nicht notwendigerweise eine Ablehnung psychoaktiver Substanzen per se, wie die in Ländern dieses Ansatzes gesellschaftlich und legislativ akzeptierten Substanzen Alkohol, Tabak und Kaffee belegen. Als schadensmindernd bezeichnete Strategien wie Drogenkonsumräume, Spritzenaustausch-

⁵² Hettema, J. und Sorensen, J. (2009). Access to Care for Methadone Maintenance Patients in the United States. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 7 (3), S.469-470.

⁵³ Lenke, L. und Olsson, B. (2002). Swedish Drug Policy in the Twenty-First Century: A Policy Model Going Astray. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 582. S.70-71.

⁵⁴ Ibid. S.72.

⁵⁵ Nadelmann, E. (2009). Think Again: Drugs. Verfügbar: <https://foreignpolicy.com/2009/10/12/think-again-drugs/>. Zuletzt besucht am 26.11.2018.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Klein, A. et al (2004). *Caribbean drugs: from criminalization to harm reduction*. London: Zed Books. S.174.

und Substitutionsprogramme werden überwiegend kritisch betrachtet, insbesondere, wenn sie langfristig angelegt sind. Der Vorwurf lautet, dass sie unter den KonsumentInnen den Anreiz reduzieren, ihr Verhalten ‚zeitgerecht‘ zu ändern, bzw. dass sie einen fortgesetzten Konsum sogar ermöglichen oder begünstigen. So erklärte beispielsweise die britische ‚Conservative Party‘ vor den Parlamentswahlen 2010, dass eine sechswöchige Methadontherapie für HeroinkonsumentInnen völlig ausreichend sei, um dauerhaft abstinent zu bleiben.⁵⁸ Ferner wird von VertreterInnen der Nulltoleranzpolitik häufig moniert, dass schadensmindernde Strategien das Erreichen eines absoluten Tiefpunktes hinauszögern, was als notwendiger Auslöser für einen lebensverändernden Sinneswandel der KonsumentInnen gesehen wird (im Englischen ‚rock-bottom-approach‘).⁵⁹ Auf einer fundamentalen Ebene werden schadensmindernde Strategien auch abgelehnt, da die Erkenntnis eines realiter stattfindenden Konsums illegaler Substanzen eigentlich bereits eine Akzeptanz, und somit eine ‚Kapitulation‘ vor den Drogen in sich selbst sei.⁶⁰ Vorreiter und Musterbeispiel einer nationalen Nulltoleranzstrategie sind wie zuvor angesprochen die USA. Die Einführung und Anwendung äußerst strikter und pönalisierender Strafraumen auch für einfache KonsumentInnen hat dazu geführt, dass mehr als 46% aller Häftlinge aufgrund von drogenbezogenen Straftaten Haftstrafen absitzen.⁶¹ Zwischen 1998 und 2012 ist die amerikanische Gefängnisbevölkerung um 84% gestiegen, rund 63% davon aufgrund von drogenbezogenen Delikten.⁶² Obwohl es Substitutionsprogramme in einigen Bundesstaaten gibt, sind solche Schadensminderungsansätze grundsätzlich die Ausnahme. Hauptsächlich private Betreiber kommerzieller Kliniken bieten schadensmindernde Therapieansätze an, während von national- und bundesstaatlicher Seite der Nulltoleranzansatz überwiegt.⁶³

Generell ist die schnellstmögliche vollständige **Rehabilitation**, also komplette Substanzabstinenz von problematischen KonsumentInnen prioritäres Ziel der Nulltoleranzstrategie, worauf viele Drogenprogramme konsequenterweise ausgerichtet

⁵⁸ Nutt, D. (2012). *Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Cambridge. S.167.

⁵⁹ Jaffe, A. (2016). The "Rock Bottom" Myth and the Shame It Brings On. *Psychology Today*.

⁶⁰ Lenke, L. und Olsson, B. (2002). Swedish Drug Policy in the Twenty-First Century: A Policy Model Going Astray. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 582. S.73.

⁶¹ Federal Bureau of Prisons. (2018). Inmate Statistics: Offenses. Verfügbar: https://www.bop.gov/about/statistics/statistics_inmate_offenses.jsp. Zuletzt besucht am 30.01.2019.

⁶² Taxy, S. et al. (2015). Drug Offenders in Federal Prison: Estimates of Characteristics Based on Linked Data. U.S. Department of Justice. S.2.

⁶³ Des Jarlais, D. (2017). Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal*. 14 (51), S.1-2.

sind.⁶⁴ VerfechterInnen des Schadensminderungsansatzes streben häufig ebenfalls eine Rehabilitation an, im Gegensatz zur Nulltoleranzstrategie wird diese aber nicht als alleiniger Maßstab einer erfolgreichen Therapie angesehen und die Langwierigkeit bzw. Lebenslänglichkeit eines Rehabilitationsprozesses wird betont.⁶⁵ Auch in der breiten Bevölkerung wird Rehabilitation qua vermeintlichem Commonsense als oberste Maxime einer erfolgreichen Drogenpolitik erachtet und erfreut sich deshalb signifikanter politischer Popularität.⁶⁶ In Großbritannien wurde im Vorfeld der Parlamentswahlen 2010 unter dem Vorsitz von Innenministerin Theresa May eine neue Strategie der nationalen Drogenpolitik mit dem Titel ‚Drug Strategy 2010: Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug-free life‘ angekündigt, welche ebendiese Zielsetzung vollständiger Abstinenz deutlich betonte.⁶⁷ Auch die erneuerte Drogenstrategie von 2017 führt diese Zielsetzung quasi unverändert fort.⁶⁸ In Schottland wurde eine ähnliche Strategie veröffentlicht, welche problematische SubstanzkonsumentInnen zu „aktiven und ihren Beitrag leistenden Mitgliedern der Gesellschaft“⁶⁹ machen wollte, und verortete die Problematik in erster Linie in mangelndem „Bestreben, [...] drogenfrei zu werden“.⁷⁰ Ferner sollte der neue Ansatz zu dem „übergeordneten Zweck eines nachhaltigen Wirtschaftswachstums“⁷¹ führen, da durch „eine Reduktion des problematischen Konsums mehr Leute wieder zurück zur Arbeit“ und somit „signifikante öffentliche Investitionen umgewidmet“⁷² werden könnten. Von Seiten rechter parlamentarischer Gruppen kam ohnehin seit längerem der Vorwurf, dass zu viele OpiatkonsumentInnen auf Methadon „abgestellt“ werden würden und das die zuständigen Therapiefachleute schlichtweg nicht ambitioniert genug seien.⁷³ Daher wurde eine Verlagerung der Ressourcen von Substitutionstherapien zu abstinenzorientierten Ansätzen gefordert.

Wenn man aber den Erfolg von Behandlungen alleine auf eine vollständige Abstinenz

⁶⁴ HM Government. (2010). Drug Strategy 2010: Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug-free life. Home Office. S.2.

⁶⁵ Hunt, N., et al. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Harm Reduction International. S.16.

⁶⁶ Mann, J. (2014). British drugs survey 2014: drug use is rising in the UK – but we're not addicted. The Guardian.

⁶⁷ HM Government. (2010). Drug Strategy 2010: Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug-free life. Home Office. S.2.

⁶⁸ Rudd, A. (2017). 2017 Drug Strategy. HM Government. S.1.

⁶⁹ The Scottish Government. (2008). The Road to Recovery - A New Approach to Tackling Scotland's Drug Problem. Community Safety. S.28-29.

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Ibid. S.4

⁷² Ibid.

⁷³ Stevens, A. (2016). The absorption of recovery in English drug policy. National Drug and Alcohol Research Centre.

reduziert, sind keine der derzeitigen Behandlungen besonders erfolgreich. Selbst die beste verfügbare akutstationäre Behandlung von Opiatabhängigen – mehrere Monate in einer privaten Entzugsklinik mit Zugang zu psychologischer Betreuung und medizinischer und pharmakologischer Unterstützung – resultiert in einer Rückfallquote von 60%.⁷⁴ Bei nicht-stationären PatientInnen mit alkoholbezogenen Problemen liegt die Rückfallquote sogar bei 75%.⁷⁵ Zudem ist eine Messung des Erfolges einer Behandlung nach drei oder 12 Monaten nicht ausreichend; Abhängigkeit ist kein singuläres, transientes Ereignis, wie beispielsweise ein Knochenbruch, welches ‚geheilt‘ werden kann.⁷⁶ Abhängigkeit muss vielmehr wie eine chronische, wiederkehrende Erkrankung betrachtet werden, und ähnelt mit ihrer Rückfallquote von 40-60% den Rückfallquoten anderer Krankheiten wie Typ-1-Diabetes (30-50%) und Asthma (50-70%).⁷⁷

Wissenschaftlich belegt ist zudem, dass die Todeswahrscheinlichkeit für OpiatkonsumentInnen wesentlich höher ist, wenn sie sich nicht in einer Substitutionstherapie befinden.⁷⁸ Eine Untersuchung britischer OpiatkonsumentInnen, von denen eine Gruppe ihre Substitutionstherapie beendet hatte (während die andere Gruppe ihre Therapie fortsetzte), ergab eine 2,3-mal höhere Mortalitätsrate für die KonsumentInnen außerhalb der Therapie.⁷⁹ Mit anderen Worten: mehr als doppelt so viele Menschen starben außerhalb einer Substitutionstherapie als innerhalb einer solchen. Neben einer Reduktion der Gesamtmortalitätsrate gibt es zudem Belege für eine Verbesserung der physischen und mentalen Gesundheit, sowie eine Verringerung des Konsums illegaler (i.e. oftmals schädlicherer) Substanzen und der Wahrscheinlichkeit für eine HIV-Infektion.⁸⁰ Wenn also von einer Fokussierung der Ressourcen auf abstinenz-basierte Rehabilitation die Rede ist, dann bedeutet dies statistisch gesehen vor allem eine erhöhte Mortalitätsrate und beeinträchtigte Lebensbedingungen für problematische SubstanzkonsumentInnen.

Nicht zuletzt wird die Mortalitätsrate und der Gesundheitszustand problematischer KonsumentInnen auch durch soziale Faktoren wie die gesellschaftliche Stellung, Bildung

⁷⁴ Nutt, D. (2012). *Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Cambridge. S.168.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ Ibid. S.169.

⁷⁸ Cornish, R. et al. (2010). Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *British Medical Journal*. 341. S.1.

⁷⁹ Ibid. S.3.

⁸⁰ Ibid. S.1.

und Sozialbeziehungen – welche wiederum den Zugang zu spezifischen Drogenbehandlungen erschweren oder erleichtern – stark beeinflusst:

“Social determinants can establish the living conditions and resources that indirectly exacerbate the consequences of drug use. For example, inadequate housing increases the likelihood of infectious disease transmission, [whereas] social relationships offer protective financial and emotional resources, and more cohesive neighborhoods have a greater likelihood of providing appropriate care.”⁸¹

Durch eine zunehmende Konzentration der öffentlichen Mittel auf abstinenzbasierte Behandlungen hängt in England und Wales der Zugang zu nicht-abstinenzbasierten Drogenbehandlungen immer mehr davon ab, ob man sich eine private, oftmals kostspielige Behandlung leisten kann. Menschen niedrigerer sozioökonomischer Positionen wird somit der Zugang zu solchen Behandlungsformen erschwert bis unmöglich gemacht.⁸²

Der ‚**Entkriminalisierungsansatz**‘, welcher hier aufgrund der anschließenden, detaillierten Darlegung der portugiesischen Entkriminalisierungspolitik (siehe ab S.18) nur knapp angeschnitten wird, bezeichnet eine Drogenpolitik, bei der vorhandene, meist repressive Drogengesetze entschärft werden.⁸³ Portugal ist bisher das einzige Land weltweit, welches diesen Ansatz de jure eingeführt hat. Im Gegensatz zur vollständigen Legalisierung von Drogen bleibt der Konsum und Besitz von psychoaktiven Substanzen bei einer Entkriminalisierung verboten, jedoch werden die Strafen reduziert bzw. der Tatbestand wird vom Strafrecht in das Verwaltungsrecht verlagert.⁸⁴ Somit ziehen drogenbezogene Strafen unter einer Entkriminalisierung generell keine Haftstrafen oder Einträge ins Strafregister nach sich, sondern lediglich Geldstrafen oder Sozialstunden.⁸⁵ Begründet wird dieser Ansatz unter anderem damit, dass es kontraproduktiv sei, ‚einfache‘ SubstanzkonsumentInnen in das Strafjustizsystem überzuführen, wo Menschen erst recht ‚auf die schiefe Bahn‘ geraten würden.⁸⁶ Zudem seien mehr polizeiliche und justizielle Ressourcen verfügbar, um schwere drogenbezogene Kriminalität zu bekämpfen, da sich die Polizei und Justiz nicht mehr mit

⁸¹ Galea, S. and Vlahov, D. (2002). Social Determinants and the Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness, and Incarceration. Public Health Reports. 117. S.136.

⁸² Release. (2016). Drug Policy in the UK and its Intersection with International Human Rights. Release - Drugs, The Law and Human Rights. S.2-3.

⁸³ Drug Policy Alliance. (2015). Drug Decriminalization. Verfügbar: <http://www.drugpolicy.org/issues/drug-decriminalization>. Zuletzt besucht am 30.01.2019.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Ibid.

⁸⁶ Smith, R. (1995). The war on drugs: Prohibition isn't working-some legalisation will help. British Medical Journal. 311. S.1656.

der Verfolgung von KleinverbraucherInnen aufhalten muss. Zuletzt wird häufig das menschliche Recht auf Selbstbestimmung und Selbstschädigung angeführt, wonach es jedem Menschen freistehen sollte, auch schädigende Substanzen zu konsumieren, ohne dass eine Strafe befürchtet werden muss.⁸⁷ Wie zuvor erwähnt, geht die Entkriminalisierung von Substanzen häufig einher mit dem ‚Schadensminderungsansatz‘.

‚**Schadensminderung**‘ (im Englischen das geläufigere ‚harm reduction‘) ist ein Ausdruck, der zum einen eine Reihe von Leitvorstellungen beinhaltet, mit denen eine Gesellschaft Substanzproblemen begegnet, und der zum anderen bestimmte medizinische Interventionen, wie zum Beispiel Nadelaustausch- und Substitutionsprogramme, beschreibt.⁸⁸

Grundlegendes Ziel des Ansatzes ist eine Reduktion negativer gesundheitlicher, sozialer und ökonomischer Konsequenzen, die im Zuge des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen durch Menschen entstehen, welche nicht abstinieren können oder wollen.⁸⁹ Bestimmendes Merkmal ist der Fokus auf eine Minimierung des Schadens durch Substanzen, anstatt (notwendigerweise) der Prävention eines Substanzgebrauchs selbst.⁹⁰ Nichtsdestotrotz schließt der Ansatz der Schadensminderung weitere Methoden zur Reduktion der Gesamtrate an KonsumentInnen oder deren Konsumlevel (‚use reduction‘) keineswegs aus. Tatsächlich gehen in der Praxis Ansätze zur Schadensminderung oft Hand in Hand mit Methoden, um die Rate der KonsumentInnen selbst zu verringern.⁹¹ Dies wird im Gegensatz zur Nulltoleranzstrategie jedoch nicht durch repressive Strafverfolgungen angestrebt, sondern durch präventive Drogenaufklärung, medizinisch-therapeutische Behandlungen und eine fortgesetzte, nicht stigmatisierende Inklusion der Betroffenen in die Gesellschaft.⁹² Vor diesem Hintergrund postuliert der Ansatz, dass viele drogenbezogene Probleme nicht durch den Konsum selbst, sondern erst durch die Strafverfolgung und den Mangel an medizinischen Hilfeleistungen entstehen.⁹³ Obwohl es keine allgemeingültige Definition des Ansatzes der Schadensminderung gibt, basieren die meisten Programme auf einer Reihe anerkannter Prinzipien.⁹⁴ Zum einen wurzelt der Ansatz im Pragmatismus; er erkennt an, dass der Gebrauch psychoaktiver Substanzen ein universal verbreitetes Merkmal

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Hunt, N. et al. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Harm Reduction International. S.2-4.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid. S.2.

⁹² Ibid. S.13.

⁹³ Ibid.

⁹⁴ Hunt, N. et al. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. Harm Reduction International. S.2-3.

menschlicher Erfahrung ist⁹⁵ und dass viele Menschen auch unter den strengsten gesetzlichen und politischen Bedingungen nicht aufhören können oder wollen, psychoaktive Substanzen zu konsumieren.⁹⁶ Zu einem realistischen Verständnis von Drogenkonsum und den zugrunde liegenden Motiven gehört demnach auch das Bewusstsein, dass Substanzen neben Risiken auch Vorteile (z.B. als Bewältigungsstrategien, zur Förderung sozialer Bindungen oder zur Unterstützung entheogener, spiritueller-religiöser Erfahrungen) bieten können.⁹⁷ Ferner bekennt sich die Schadensminderung zu einem egalitären Humanismus im Sinne einer Gleichwertigkeit von KonsumentInnen und NichtkonsumentInnen, sowie zu einer Vermeidung moralisierender Urteile. Lenton und Single (1998) beschreiben das Prinzip folgendermaßen:

“The true champion of harm reduction is not necessarily anti-drugs; nor necessarily pro-drugs. He or she expresses support, opposition or indifference to a proposed public or personal health approach or a proposed legal or social response solely on the basis of the extent to which it decreases or increases harm consequent upon the drug in question. A pre-determined position on drug use as intrinsically “good” or “bad” has no meaning in this context, where the response is determined solely by the extent of observed or anticipated harm which results from the drug use.”⁹⁸

Zuletzt werden unmittelbare Ziele gegenüber idealistischen Wunschvorstellungen priorisiert. Das Erreichen der direktesten und realistischsten Ziele zur Verringerung des Schadens für KonsumentInnen und deren Umgebung wird als erster Schritt in Richtung eines risikofreien Konsums bzw. einer Abstinenz gesehen.⁹⁹

Australien zum Beispiel verfolgte seit der Mitte der 1980er Jahre eine schadensmindernde Drogenpolitik, um der rapide steigenden Anzahl an HIV-Infektionen unter injizierenden SubstanzkonsumentInnen entgegenzuwirken. 1985 wurden landesweit Nadelaustauschprogramme eingeführt, später folgten auch opioide Substitutionsprogramme.¹⁰⁰ Das Resultat war eine HIV-Rate von 5% unter DrogenkonsumentInnen, verglichen mit 14% in den USA, wo es keine

⁹⁵ Crocq, M. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. Dialogues in Clinical Neuroscience. 9 (4), S.355.356.

⁹⁶ Crocq, M. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. Dialogues in Clinical Neuroscience. 9 (4), S.355.356.

⁹⁷ Nutt, D. (2012). Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs. Cambridge: UIT Cambridge. S.133.

⁹⁸ Lenton, S. and Single, E. (1998). The definition of harm reduction. Drug and Alcohol Review. 17 (2), S.219.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Inciardi, J (1999). Harm Reduction: National and International Perspectives. Thousand Oaks: Sage Pub. S.9.

Nadelaustauschprogramme gab.¹⁰¹ Auch heute basiert die australische Drogenpolitik offiziell auf den Prinzipien der Schadensminderung: So wird Drogenkonsum als „unvermeidlicher Teil der Gesellschaft“ gesehen, wobei aus einem Drogenkonsum resultierende Schäden für NutzerInnen und andere zu reduzieren sind, auch wenn der Konsum selbst nicht zu verhindern ist.¹⁰² Im Zuge der ‚new recovery‘ hat aber auch in Australien vermehrt das Konzept der abstinenzbasierten Rehabilitation Einzug gehalten, insbesondere seit der Howard Regierung, welche bis 2007 im Amt war. Seither wurden und werden etablierte Schadensminderungsstrategien in Frage gestellt, die zuvor ein fester Bestandteil der australischen Drogenpolitik waren.¹⁰³

Im nachfolgenden Teil werden zum einen die legislativen Grundlagen der jeweiligen nationalen Drogenpolitiken dargelegt, und zum anderen wird erläutert, wie sich diese Gesetze in der Praxis niederschlagen. Außerdem werden Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten für problematische SubstanzkonsumentInnen beleuchtet.

Legislative Grundlagen der nationalen Drogenpolitiken und das Gesundheitswesen

Portugal

Um die portugiesische Entkriminalisierung psychoaktiver Substanzen zu verorten, benötigt es eine historische Perspektive des Landes, welches heute etwas mehr als 10 Millionen Einwohner zählt.¹⁰⁴ 40 Jahre lang wurde das Land unter der autoritären Diktatur António Salazars mit harter Hand und in überwiegender Isolation geführt.¹⁰⁵ Bildung wurde unter Salazar unterdrückt und das Schulabgangsalter wurde reduziert, um die Bevölkerung möglichst fügsam und ungebildet zu halten, bis 1974 ein Militärputsch das Regime abrupt beendete.¹⁰⁶ Plötzlich wurden die Märkte des zuvor weitgehend abgeschotteten Landes geöffnet, durch welche neue kulturelle Einflüsse und Produkte, aber auch neuartige Drogen

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² Australian Government Department of Health. (2004). Harm Minimisation. Verfügbar: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/drugtreat-pubs-front9-wk-toc~drugtreat-pubs-front9-wk-secb~drugtreat-pubs-front9-wk-secb-2~drugtreat-pubs-front9-wk-secb-2-1>. Zuletzt besucht am 30.01.2019.

¹⁰³ Bessant, J. (2008). From ‘harm minimization’ to ‘zero tolerance’ drugs policy in Australia: how the Howard government changed its mind. Policy Studies. 29. S.204-205.

¹⁰⁴ Instituto Nacional de Estatística. (2019). População residente 2018. Verfügbar: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE. Zuletzt besucht am 02.09.2019.

¹⁰⁵ Encyclopaedia Britannica. (Nicht verfügbar). António de Oliveira Salazar. Verfügbar: <https://www.britannica.com/biography/Antonio-de-Oliveira-Salazar#ref280168>. Zuletzt besucht am 13.12.2018.

¹⁰⁶ Ibid.

hereinströmten.¹⁰⁷ Bis Ende der 1980er-Jahre führte die Mischung aus nicht vorhandener Drogenaufklärung und teils geringer Bildung zu der höchsten HIV-Rate der Europäischen Union, zudem kämpfte ungefähr eine von 100 PortugiesInnen mit einer Heroinabhängigkeit.¹⁰⁸ Lange verfolgte die Regierung als drogenpolitischen Ansatz eine christlich geprägte Dämonisierung von SubstanzkonsumentInnen, welche Nancy Reagans ‚Just Say No‘ Anti-Drogenkampagne in ihrer Radikalität deutlich übertraf.¹⁰⁹ Unter dem damaligen Drogenkontrollgesetz 15/93 stand auf den Besitz und Konsum einer Eigengebrauchsmenge (eine Quantität, die einer üblichen Person bis zu drei Tage ausreicht) bis zu drei Jahre Freiheitsentzug, bei Konsum in der Öffentlichkeit eine durch den zuständigen Richter zu definierende Erhöhung der Strafe.¹¹⁰ Nachdem dieser Ansatz aber über Jahre hinweg keinerlei Erfolge erzielte, während eine hohe HIV-Rate und weitverbreiteter Heroinkonsum weiterhin gravierende gesellschaftliche Auswirkungen hatte, folgte die Regierung im Jahre 1999 der Empfehlung eines Expertenkomitees, welche die vollständige Entkriminalisierung aller psychoaktiven Substanzen vorschlug.¹¹¹ Das Experiment wurde somit aus einer Perspektivlosigkeit vorangegangener gescheiterter Ansätze geboren. Dem Gesetzesvorhaben wurde im Ministerrat noch im Jahr 2000 zugestimmt, womit das Gesetz 2001 in Kraft trat.¹¹² Nachfolgend wird der bis heute unveränderte Gesetzestext dargelegt, im Anschluss daran werden Therapiemöglichkeiten für problematische SubstanzkonsumentInnen beleuchtet.

Mit Inkrafttreten des landesweiten Gesetzes 30/2000 am 1. Juli 2001 ist der Konsum, Besitz und Kauf aller psychoaktiven Substanzen für den Eigengebrauch in Portugal entkriminalisiert worden. Dies beinhaltet mit Verweis auf das vorhergehende Drogenkontrollgesetz 15/93 auch landläufig als ‚harte Drogen‘ bezeichnete Substanzen wie Heroin, Kokain und Methamphetamin.¹¹³ Artikel 2 des Gesetzes definiert Eigengebrauch als eine Quantität, welche dem durchschnittlichen Individuum für einen zehntägigen Konsum

¹⁰⁷ Ferreira, S. (2017). Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it? Verfügbar: <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>. Zuletzt besucht am 13.12.2018.

¹⁰⁸ Ferreira, S. (2017). Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it? Verfügbar: <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>. Zuletzt besucht am 13.12.2018.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ The Assembly of the Republic of Portugal. (1993). Decree-Law Nº 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation. S.21.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Ibid.

¹¹³ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.1.

ausreicht, konkretisiert die substanzspezifischen Mengen aber auch in einem Appendix.¹¹⁴ Unter diesem Rechtsrahmen bleibt der Konsum, Besitz und Kauf von Drogen verboten (i.e. illegal) und wird gegebenenfalls durch polizeiliche Maßnahmen unterbunden und bearbeitet. Jedoch bedeutet die ‚Entkriminalisierung‘, dass es sich dabei um kein strafrechtliches Vergehen mehr handelt, sondern lediglich um ein administratives; entsprechend haben derartige Verstöße keine strafrechtlichen Konsequenzen mehr zur Folge und werden in administrativen Verfahren prozessiert.¹¹⁵ Festnahmen durch die Polizei sind bei Eigenbedarfsmengen grundsätzlich ebenfalls nicht mehr vorgesehen. Diese *de jure* Entkriminalisierung (im Englischen ‚decriminalisation‘) sollte nicht mit einer *de facto* Entkriminalisierung (im Englischen ‚depenalisation‘) verwechselt werden; die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) definiert die ‚Depenalisation‘ als einen Zustand, bei dem Vergehen, welche weiterhin strafrechtlich verboten sind, in der Praxis kaum oder nur sehr geringe Strafen nach sich ziehen.¹¹⁶ Beispielhaft wäre die in vielen Orten Italiens mittlerweile gängige Praxis, den Konsum von Cannabis polizeilich nicht mehr zu verfolgen.¹¹⁷ Während eine *de facto* Entkriminalisierung insbesondere bei Cannabis international vermehrt Einzug findet, ist die portugiesische *de jure* Entkriminalisierung aller psychoaktiven Substanzen einzigartig. Konkret bedeutet diese Entkriminalisierung in Portugal also, dass nur nichtstrafrechtliche Sanktionen wie Geldstrafen oder medizinische bzw. therapeutische Behandlungsempfehlungen verhängt werden können. Damit grenzt sich die Entkriminalisierung auch von der Legalisierung ab, unter welcher ein etwaiger Drogengebrauch oder -besitz keinerlei Sanktionen nach sich ziehen würde, von Einschränkungen wie z.B. Konsum am Steuer abgesehen. Das Gesetz 30/2000 unterscheidet nicht zwischen Kategorien der potentiellen Schädlichkeit (z.B. ‚harte‘ und ‚weiche‘ Drogen), sie werden alle als „Narkotika und psychotrope Substanzen ohne medizinisches Rezept“ betitelt.¹¹⁸ Zudem ist auch der Ort des Konsums, Besitzes oder Kaufs gesetzlich unerheblich. Die zuvor genannte Eigenbedarfsmenge nach Artikel 2 (2) hingegen ist in jedem Fall relevant, denn der Besitz einer Quantität von mehr

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.1.

¹¹⁶ EMCDDA. (2018). How is international cannabis policy developing? Cannabis policy: status and recent developments.

¹¹⁷ Rolles, S. and Eastwood, N. (2013). Drug Decriminalisation Policies in Practice: A Global Summary. Harm Reduction International. S.161.

¹¹⁸ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.1.

als zehn Tagen wird als Drogenhandel definiert und ist weiterhin strafrechtlich verboten.¹¹⁹ Doch selbst wenn die Menge die festgelegte Eigenbedarfsgrenze überschreitet, kann das zuständige Strafgericht den oder die Beschuldigte als ‚Konsum-HändlerIn‘ (‚traficante-consumidore‘) beurteilen, wenn von tatsächlichen Handelsabsichten nicht auszugehen ist. Dies zieht deutlich geringere Strafen oder nur eine Verwarnung nach sich. Zur Bearbeitung der substanzbezogenen administrativen Vergehen wurden nach Artikel 5 (1) in jedem regionalen Bezirk ‚Kommissionen zur Prävention von Drogenabhängigkeit‘ geschaffen.¹²⁰ Diese Kommissionen bestehen aus einer JuristIn, welche durch die JustizministerIn ernannt wird, sowie zwei weiteren Mitgliedern aus dem medizinischen, psychologischen, oder sozialdienstlichen Bereich, welche gemeinsam durch JustizministerIn und Bundesdrogenbeauftragte ernannt werden.¹²¹ Diese Gremien sind alleinig für das Prozessieren der Verfahren und gegebenenfalls das Verhängen von Sanktionen zuständig. Bei der Entscheidung möglicher Sanktionen wird zunächst festgestellt, ob die vorstellig werdende Person drogenabhängig ist oder nicht. Nach Artikel 15 (1,2) können Nicht-Abhängige mit einer Geldstrafe zwischen 25 Euro und dem monatlichen Mindestlohn (580 Euro, Stand 2019), oder mit einer nicht-finanziellen Strafe belegt werden.¹²² Anstatt einer Strafe kann die Kommission aber auch lediglich eine Warnung aussprechen. Tatsächlich sind (Geld)strafen als letzte Maßnahme zu ergreifen; sollte es keine Beweise für ein wiederholtes Vergehen geben, ist die Strafe nach Artikel 11 vorübergehend und ohne Sanktionen auszusetzen.¹²³

Drogenabhängige Personen sind gegebenenfalls mit nicht-finanziellen Sanktionen zu belegen, welche aber unverzüglich auszusetzen sind, sofern sich die Person in eine medizinische oder therapeutische Behandlung begibt.¹²⁴ Die medizinische bzw. therapeutische Behandlung kann durch das Gremium nicht erzwungen werden, das Aussetzen der Sanktionen kann aber durch die Zustimmung zu einer Behandlung bedingt werden. Sanktionen können die Suspendierung der Lizenz zur Ausübung eines Berufes (z.B. ÄrztInnen, TaxifahrerInnen), Verbote des Besuches bestimmter ‚Hochrisikobereiche‘ (z.B. Bars, Nachtclubs) und das Verkehren mit bestimmten Personen beinhalten.¹²⁵ Auch können

¹¹⁹ Ibid.

¹²⁰ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.2-3.

¹²¹ Ibid. S.4.

¹²² Ibid. S.8.

¹²³ Ibid. S.6.

¹²⁴ Ibid. S.8.

¹²⁵ Ibid. S.9.

reguläre Besuche im örtlichen Krankenhaus oder dem Polizeirevier verlangt werden. Bei all diesen möglichen Sanktionen sind nach Artikel 15 (4[g]) verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, wie die Art der Substanz, die Umstände des Konsums sowie die finanzielle und familiäre Situation des Betroffenen.¹²⁶ Ferner unterscheidet sich auch der Ablauf des administrativen Verfahrens selbst von repressiveren Rechtsstellungen. So soll das Stigma eines Strafprozesses vermieden und jegliche Auffassung von ‚Schuld‘ bezüglich des Drogenkonsums eliminiert werden. Deshalb tragen Kommissionsmitglieder zumeist informelle Kleidung und die Verfahren sind absichtlich so gestaltet, dass sie keinem Gericht im herkömmlichen Sinne ähneln,¹²⁷ während die gesundheitlichen Aspekte und mögliche Behandlungsformen vorrangig betont werden.¹²⁸

Zu diesem Zweck wird eine möglichst enge Verzahnung der administrativen Kommissionen mit dem Gesundheitssystem angestrebt. Zentral für den Umgang mit problematischen KonsumentInnen ist unter dem Gesetz 30/2000 das Prinzip, dass es an jeder behördlichen ‚Kreuzung‘ eine Abzweigung für eine medizinische oder therapeutische Behandlung gibt, in die sich der oder die KonsumentIn begeben kann. Landesweite Nadelaustausch- und Substitutionsprogramme bilden die Basis der Schadensminderungsstrategie in Portugal und werden überwiegend durch die staatlichen ‚Centros de Atendimento a Toxicodependentes‘ (CAT),¹²⁹ und in geringerem Ausmaß auch durch verschiedene NGOs und Streetwork-Programme umgesetzt.¹³⁰ Anonym und kostenfrei werden vom Gesundheitsministerium bereitgestellte ‚Drogenkits‘ mit sterilen Nadeln, Alkoholpads und vorgeschnittenen Alufolien ausgegeben, aber auch Proviant, Kaffee, saubere Kleidung und Toilettenartikel.¹³¹ Diese werden mit Lieferwägen zu bekannten Aufenthaltsorten problematischer KonsumentInnen gefahren und nach Bedarf verteilt. Parallel fungieren die Mitarbeiter dieser mobilen Ausgabestellen als Ansprechpartner und Schnittstelle für mögliche Therapien und Behandlungsformen der KonsumentInnen.¹³² Für solche Behandlungen sind ebenfalls die CATs zuständig, welche in angeschlossenen Kliniken 365 Tage im Jahr

¹²⁶ The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law Nº 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.9.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute. S.6.

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Ferreira, S. (2017). Portugal’s radical drugs policy is working. Why hasn’t the world copied it? Verfügbar: <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>. Zuletzt besucht am 13.12.2018.

¹³¹ Ibid.

¹³² Ibid.

aufgesucht werden können. Grundlegend unterteilen sich die PatientInnen in stationär und ambulant behandelte Personen und unterliegen unterschiedlichen Erwartungen und Anforderungen.¹³³ Explizit soll in diesen CATs ein für die Therapie förderliches Gemeinschaftsgefühl erzeugt werden, was für viele PatientInnen, die sich von ihren FreundInnen und Familien entfremdet haben, eine Art Familienersatz darstellt.¹³⁴

Nachfolgend wird die legislative Grundlage der Drogenpolitik in England und Wales genauer betrachtet und stellenweise in Vergleich gesetzt.

England und Wales

Mit rund 59 Millionen Einwohnern haben England und Wales eine knapp 10-mal so große Bevölkerung wie Portugal.¹³⁵ Der ‚Misuse of Drugs Act 1971‘ ist dabei das legislative Herzstück der britischen Drogenpolitik und wurde mit dem Ziel verabschiedet, „Vorkehrungen zu treffen in Bezug auf gefährliche oder anderweitig schädliche Drogen und damit verbundene Angelegenheiten [...]“.¹³⁶ Im Wesentlichen führt das Gesetz verbotene Substanzen (‚controlled drugs‘) auf und beschreibt anwendbare Strafen bei Besitz, Kauf, Produktion und Handel mit ebenjenen Substanzen. Diese sind in die Klassen A, B und C unterteilt, welche vermeintlich die Schädlichkeit der Drogen für KonsumentInnen und die Gesellschaft widerspiegeln sollen. A stellt die schädlichste und am striktesten regulierte Klasse dar, C die am wenigsten schädliche und regulierte.¹³⁷ Entsprechend sind die potentiellen Strafen an die jeweilige Klasse angepasst und rangieren zwischen einer Geldstrafe und lebenslanger Haft. Demnach kann der Besitz einer Klasse C Substanz, z.B. Khat, eine maximal zweijährige Haftstrafe, eine unbegrenzte Geldstrafe, oder beides nach sich ziehen. Der Handel oder die Produktion einer Substanz der Klasse C wird mit bis zu 14 Jahren Freiheitsstrafe, einer unbegrenzten Geldstrafe, oder beidem belegt.¹³⁸ Der Besitz einer Klasse B Substanz, z.B. Cannabis oder Amphetamin, wird mit bis zu fünf Jahren Gefängnis, einer unbegrenzten Geldstrafe, oder beidem geahndet. Der Handel oder die Produktion einer

¹³³ Ibid.

¹³⁴ Ferreira, S. (2017). Portugal’s radical drugs policy is working. Why hasn’t the world copied it? Verfügbar: <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>. Zuletzt besucht am 13.12.2018

¹³⁵ Park, N. (2019). England and Wales population mid-year estimate. Population estimates time series dataset.

¹³⁶ Parliament of the United Kingdom. (1971). Misuse of Drugs Act 1971. The Advisory Council on the Misuse of Drugs. S.1.

¹³⁷ Ibid. S.29-32.

¹³⁸ Ibid. S.25.

solchen Substanz wird mit bis zu 14 Jahren Freiheitsstrafe, einer unbegrenzten Geldstrafe, oder beidem belegt.¹³⁹ Der Besitz einer Klasse A Substanz, z.B. Kokain oder MDMA, wird mit bis zu sieben Jahren Gefängnis, einer unbegrenzten Geldstrafe, oder beidem geahndet. Beim Handel oder der Produktion einer Klasse A Droge kann der oder die Beschuldigte zu einer lebenslangen Freiheitsstrafe, einer unbegrenzten Geldstrafe, oder beidem verurteilt werden.¹⁴⁰

Dabei hatte eine durch das Innenministerium in Auftrag gegebene Auswertung der nationalen Drogenpolitik im Jahr 2017 befunden, dass die Strafverfolgung „eine geringe Auswirkung auf die Verfügbarkeit [von Drogen]“ hat und dass die pönalisierenden Methoden die Probleme, welche sie zu lösen versuchen, tatsächlich verschärfen, indem sie „potentiell unbeabsichtigte Konsequenzen, inklusive Arbeitslosigkeit und Leid für Familien“ nach sich ziehen.¹⁴¹ Die Regierung hat derweil aller Kritik zum Trotz eine Reform der Drogenpolitik und -gesetze ausgeschlossen; die ehemalige Premierministerin May bekräftigte während den ‚Prime Minister’s Questions‘ Ende 2017, dass es „richtig [sei], dass wir den Krieg gegen die Drogen weiterkämpfen“, um „den unglaublichen Schaden, den [Drogen] Familien und betroffenen Individuen“ zufügen können, zu verringern.¹⁴²

Tatsächlich sind beinahe ein Fünftel (18%) aller Häftlinge in England und Wales aufgrund von drogenbezogenen Delikten inhaftiert,¹⁴³ bei einer Gefängnisauslastung von 109,4%.¹⁴⁴ Drogenbezogene Haftstrafen sind daher nach der Strafkategorie „Gewalt gegen eine Person“ der zweithäufigste Grund für Inhaftierungen und verschärfen das Problem chronisch überfüllter Gefängnisse in England und Wales.¹⁴⁵

In der Praxis bedeutet die harsche Drogenpolitik vor allem eine unverhältnismäßige Belastung für schwarze und asiatische BürgerInnen, im Zuge welcher schwarze Menschen 8-mal häufiger und asiatische Menschen 2,5-Mal häufiger angehalten und durchsucht werden (im Englischen als ‚Stop and Search‘ bezeichnet) als weiße Menschen.¹⁴⁶ Im Jahr 2011 wurden schwarze BürgerInnen noch 6-Mal so häufig durchsucht wie weiße BürgerInnen. Dabei werden bei schwarzen BürgerInnen mit 26% Prävalenz seltener illegale

¹³⁹ Ibid. S. 26

¹⁴⁰ Parliament of the United Kingdom. (1971). Misuse of Drugs Act 1971. The Advisory Council on the Misuse of Drugs. S.26.

¹⁴¹ HM Government. (2017). An evaluation of the Government’s Drug Strategy 2010. Drug Misuse and Dependency. S.10.

¹⁴² UK Parliament. (2017). 22 November 2017 - Volume 631. Prime Minister’s Questions. 631

¹⁴³ Sturge, G. (2018). UK Prison Population Statistics. House of Commons Library. S. 8.

¹⁴⁴ World Prison Brief. (2018). United Kingdom: England & Wales. World Prison Brief data.

¹⁴⁵ Sturge, G. (2018). UK Prison Population Statistics. House of Commons Library. S. 8.

¹⁴⁶ UK Home Office. Stop and search. Policing Statistics. 2017.

Substanzen gefunden als bei weißen BürgerInnen, welche in 33% aller Fällen Substanzen bei sich führten.¹⁴⁷ Auch erhalten schwarze Menschen häufiger schärfere Urteile; 2010 wurden 78% aller schwarzen Menschen, welche wegen Kokainbesitzes festgenommen wurden, angeklagt, während 22% eine Verwarnung erhielten.¹⁴⁸ Für das selbe Vergehen erhielten 44% aller weißen Menschen eine Anklage, während 56% eine Verwarnung bekamen.¹⁴⁹ Bereits im Jahr 1999 beschied die ‚Stephen Lawrence Inquiry‘, welche einen rassistisch motivierten Mord und Korruption unter den ermittelnden PolizistInnen untersuchte, dass Polizei und Behörden von einem „institutionellen Rassismus“ durchzogen sind.¹⁵⁰ 20 Jahre später zeichnet das 2018 von der Regierung veröffentlichte ‚Race Disparity Audit‘ zur Untersuchung von Unterschieden in gesellschaftlicher und ökonomischer Entwicklung verschiedener Ethnizitäten ein ähnlich ernüchterndes Bild und kritisiert “persistent racial inequalities in stop and search, traffic stops, use of force and deaths during and after police contact.”¹⁵¹ Nach der Londoner ‚Black Police Association‘ geht die größere Gefahr dabei nicht von einzelnen rassistischen Individuen aus, sondern von implizit-unwissentlichen rassistischen Polizeipraxen und -prozeduren, welche ethnische Minderheiten disproportional betreffen und benachteiligen.¹⁵² Auch die Stephen Lawrence Inquiry warnte 1999 vor solch systemischen Problemen:

*“We have been concerned [that] institutional racism [...] can influence police service delivery not solely through the deliberate actions of a small number of bigoted individuals, but through a more systematic tendency that could unconsciously influence police performance generally.”*¹⁵³

Lediglich im Bereich von Cannabis bewegt sich die Strafverfolgung langsam in Richtung einer de facto Entkriminalisierung. Dies geht maßgeblich und eigenmächtig von der Polizei aus, welche immer seltener Vergehen mit Cannabis strafrechtlich verfolgt oder Verwarnungen ausspricht. Nach einer parlamentarischen Anfrage eines Abgeordneten der Partei der ‚Liberal Democrats‘ wurden seit 2015 19% weniger Menschen wegen Cannabis

¹⁴⁷ Her Majesty's Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services. (2013). Stop and Search Powers: Are the police using them effectively and fairly? S. 21.

¹⁴⁸ Eastwood, N. et al. (2013). The numbers in black and white: ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales. LSE Consulting. S.21.

¹⁴⁹ Ibid.

¹⁵⁰ McPherson, W. et al. (1999). The Stephen Lawrence Inquiry. Tribunal of Inquiry. S.41.

¹⁵¹ Equality and Human Rights Commission. (2018). Written submission from the Equality and Human Rights Commission. Evidence of ongoing racial inequality in policing.

¹⁵² McPherson, W. et al. (1999). The Stephen Lawrence Inquiry. Tribunal of Inquiry. S.41.

¹⁵³ McPherson, W. et al. (1999). The Stephen Lawrence Inquiry. Tribunal of Inquiry. S.41.

strafrechtlich verfolgt und 34% weniger Menschen erhielten eine formelle Verwarnung.¹⁵⁴ Einige regionale Polizeibehörden haben ihre Beamten offiziell angewiesen, Cannabis-bezogene Vergehen nicht mehr zu verfolgen, da sie einerseits angesichts der nationalen Sparmaßnahmen „immer weniger Mittel zur Verfügung haben und diese auf Gangs und organisiertes Verbrechen“ konzentrieren wollen, und andererseits um „einfache KonsumentInnen aus dem Strafjustizsystem herauszuhalten“.¹⁵⁵

Im Gegensatz zu Portugal sind die Ressorts der Strafjustiz und des Gesundheitswesens in Bezug auf Drogenproblematiken weniger eng verzahnt und Gefängnisaufenthalte werden weiterhin als probate Strafe für problematische DrogenkonsumentInnen gesehen, trotz eines erhöhten Todesrisikos in Haft, der Gefahr die von einer plötzliche Unterbrechung von Substitutionstherapien ausgeht sowie der Allgegenwärtigkeit von Substanzen in britischen Haftanstalten.¹⁵⁶ 2003 wurde dagegen von der Labour-Regierung unter Premier Tony Blair das ‚Drug Interventions Programme‘ (DIP) eingeführt, welches zum Ziel hat, problematische DrogennutzerInnen zu erkennen und aus dem Strafjustizsystem in eine medizinische Behandlung zu führen.¹⁵⁷ Hierbei werden festgenommenen Individuen auf dem Polizeirevier Speichelproben entnommen und diese auf Substanzen getestet. Bei einem positiven Befund können Betroffene in eine Therapie eingewiesen werden.¹⁵⁸ Aber seitdem die Verantwortlichkeit für drogen- und alkoholbezogene Angelegenheiten 2013 vom staatlichen Gesundheitssystem ‚National Health Service‘ (NHS) zu den Kommunalbehörden verschoben wurde, ist das DIP optional und aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten vieler Kommunen inzwischen selten geworden.¹⁵⁹ Probleme gibt es auch bezüglich mangelnder Systematik, da die Proben nach Gutdünken der verarbeitenden PolizeibeamtInnen angeordnet werden, womit ein ‚durch die Maschen fallen‘ deutlich wahrscheinlicher wird.¹⁶⁰

In Bezug auf Therapieformen sind in England Substitutionstherapien die verbreitetste staatliche Maßnahme, wobei aufgrund der Mehrzahl an Heroinabhängigen opioide Substitutionstherapien mittels Methadon oder Buprenorphin überwiegen.¹⁶¹ Da die meisten

¹⁵⁴ Frazer, L. (2018). Number of people cautioned for cannabis possession by Police Force Area. Parliamentary Answers. S.1.

¹⁵⁵ Dodd, V. (2018). Durham police chief calls for legalisation of cannabis in UK. The Guardian.

¹⁵⁶ Runciman, R. et al. (2012). A fresh approach to drugs - The final report of the UK Drug Policy Commission. . UK Drug Policy Commission. S.9.

¹⁵⁷ Best, D. et al. (2008). Treatment retention in the Drug Intervention Programme: Do primary drug users fare better than primary offenders? Drugs: Education, Prevention, and Policy. 15 (2), S.201-203.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Collins, B. et al. (2017). Assessing the effectiveness and cost-effectiveness of drug intervention programmes: UK case study. Journal of Addictive Diseases. 36 (1), S.3-5.

¹⁶⁰ Ibid. S.11.

¹⁶¹ Goulão, J. (2011). The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2011. EMCDDA. S.76.

Substitutionseinrichtungen seit 2013 ebenfalls nicht mehr zentral durch den NHS finanziert werden, sondern durch die Gemeinden selbst, variiert die Verfügbarkeit und Qualität der Einrichtungen landesweit enorm und hängt von den lokalen finanziellen Mitteln ab.¹⁶² Selbst in der Herangehensweise unterscheiden sich die Therapiezentren so stark, dass von einer „Postleitzahl-Lotterie“ die Rede ist, bei der sich immer mehr Zentren von einer „teilnahmsvollen, unterstützenden Behandlungsumgebung zu einer zunehmend bestrafenden“ umwandeln.¹⁶³ Bestrafende Maßnahmen der Abhängigen beinhalten die „therapeutische Entlassung“, also die Aussetzung der Behandlung wegen „Verhaltensproblemen“, oftmals aufgrund von einfachen Auseinandersetzungen mit dem Personal.¹⁶⁴ Häufig bedeutet dies auch die sofortige Einstellung der Herausgabe von Substitutionsmitteln, entgegen den Empfehlungen der ‚UK Guidelines on Clinical Management in Drug Misuse and Dependence‘ des britischen Gesundheitsministeriums,¹⁶⁵ sowie des halbstaatlichen National Institute for Health and Care Excellence (NICE).¹⁶⁶ Weitere Strafmaßnahmen sind eine erzwungene Reduktion der Substitutionsdosis und eine Umstellung von einer wöchentlichen auf eine tägliche Herausgabedosis, wovon das NICE ebenfalls warnt.¹⁶⁷ Aufgrund des Vorhandenseins von Schadensminderungsstrategien bei einem gleichzeitigen strafrechtlich orientierten Nulltoleranzansatz, wird die britische Drogenpolitik als ‚medizinisch-pönalisierend‘ (‚medico-penal‘) bezeichnet. Da diese medizinisch-pönalisierende Konstellation über Jahrzehnte zu einem Markenzeichen britischer Drogenpolitik geworden ist, wird sie in der Drogenforschung und darüber hinaus auch als ‚britisches System‘ bezeichnet.¹⁶⁸

Das folgende Kapitel behandelt das Forschungsdesign mitsamt Forschungsfragen und eine Reihe relevanter Konzeptualisierungen.

¹⁶² Collins, B. et al. (2017). Assessing the effectiveness and cost-effectiveness of drug intervention programmes: UK case study. *Journal of Addictive Diseases*. 36 (1), S.3-5.

¹⁶³ Release. (2016). *Drug Policy in the UK and its Intersection with International Human Rights*. Release - Drugs, The Law and Human Rights. S.2-3.

¹⁶⁴ Ibid.

¹⁶⁵ Strang, J. (2017). *Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management*. S.26.

¹⁶⁶ National Institute for Health and Care Excellence. (2007). *Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. Technology Appraisal Guidance*. S.13.

¹⁶⁷ Release. (2016). *Drug Policy in the UK and its Intersection with International Human Rights*. Release - Drugs, The Law and Human Rights. S.2-3.

¹⁶⁸ Mansfield, A. et al. (2013). Chapter 5 - Drug policy in the UK: from the 19th century to the present day. In: Howes, P. *Drugs of Dependence - The Role of Medical Professionals*. London: British Medical Association. S.89.

IV. Forschungsdesign

Grundlegend hat die vergleichende Policy-Analyse (CPA, aus dem Englischen ‚comparative policy analysis‘) die Aufklärung der Effekte einer Politik oder Legislative (nachfolgend als ‚Policy‘ bezeichnet) zum Ziel.¹⁶⁹ Eine CPA ist die systematische Untersuchung und der Vergleich von Policies in verschiedenen Jurisdiktionen, und inkludiert somit notwendigerweise zwei oder mehr ‚Staaten‘ (ob National- oder Bundesstaaten, Provinzen, oder sonstige legislativ eigenständige geographische Einheiten), welche in Bezug auf die zu untersuchende Policy verglichen werden.¹⁷⁰ CPAs sind aus verschiedenen Gründen analytisch lohnenswert: einerseits um etwas ‚über‘ die Policies der verschiedenen Staaten zu lernen, mit einem Fokus auf deskriptive Wissensanhäufung; andererseits um zu verstehen, ‚warum‘ die Policies ihre jeweilige Form annehmen, also das Erklären der (politischen) Entwicklungen hin zu den bestehenden Policies, bzw. deren Fortdauern.¹⁷¹ Als Beispiel wäre hier ein Artikel von Stevens und Zampini (2018) zu nennen, der das Fortbestehen des Strafverfolgungsansatzes in der britischen Drogenpolitik aus einer Habermasschen Perspektive zu erklären versucht.¹⁷² Zuletzt werden CPAs gebraucht, um die Auswirkungen und Effektivität der Policies zu untersuchen.¹⁷³ Diese Arbeit wird sich dem zuletzt genannten Aspekt widmen und die Auswirkungen und Effektivität der nationalen Drogenpolitik Portugals einerseits, und Englands und Wales andererseits untersuchen.

Methodologie und Forschungsfragen

Insbesondere bei vergleichenden Fallstudien (im Englischen ‚comparative case studies‘), wie sie diese Arbeit darstellt, werden öfter sogenannte ‚Policy-Extremfälle‘ ausgewählt:

„Die Untersuchung eines Extremfalls dient hauptsächlich explorativen Zwecken, indem die Ursachen von Y oder die Effekte von X ergebnisoffen am Beispiel eines Landes mit extremer Merkmalsausprägung der interessierenden Variable sondiert werden.“¹⁷⁴

¹⁶⁹ Ritter, A. et al. (2016). Comparative policy analysis for alcohol and drugs: Current state of the field. International Journal of Drug Policy. 31. S.39.

¹⁷⁰ Ritter, A. et al. (2016). Comparative policy analysis for alcohol and drugs: Current state of the field. International Journal of Drug Policy. 31. S.39.

¹⁷¹ Ibid.

¹⁷² Stevens, A. and Zampini, G. (2018). Drug policy constellations: A Habermasian approach for understanding English drug policy. International Journal of Drug Policy. 57.

¹⁷³ Ibid.

¹⁷⁴ Klaus, C. und Bandelow N. (2014). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. Oldenbourg: De Gruyter Oldenbourg. S.231-258.

Auch in dieser Arbeit wurden die Länder insofern gezielt ausgewählt, als sie in ihren drogenpolitischen Ansätzen sehr gegensätzlich sind und – besonders im Falle Portugals mit seiner weltweit einzigartigen de jure Entkriminalisierung aller Drogen – Policy-Extremfälle darstellen und somit den jeweiligen Typ der Drogenpolitik „vertreten“ bzw. repräsentieren.¹⁷⁵ Grundlegend steht im Zentrum der Methodologie die Analyse des Einflusses einer oder mehrerer unabhängiger (= erklärender) Variablen X auf abhängige Variablen Y, wobei die unabhängige Variable eine bestimmte Policy abbildet.¹⁷⁶ Bezogen auf diese Arbeit soll also durch eine Analyse der Entwicklungen der Variablen Y der thematischen Bereiche der öffentlichen Gesundheit, Strafjustiz und wirtschaftlichen Kosten (über den Zeitraum von 1999 bzw. 2000 bis 2016 bzw. 2018), welche durch die unabhängige Variable X der kriminalisierten bzw. entkriminalisierten Drogenpolitik beeinflusst werden, untersucht werden, welche Drogenpolitik welche Auswirkungen auf die Variablen Y hat. Die Auswertung der Variablen Y kann dabei qualitativ, quantitativ oder mit einem Methodenmix erfolgen, wobei für diese Arbeit letzteres verwendet wird.¹⁷⁷ Das bedeutet, dass die empirischen Daten der Variablen Y zuerst quantitativ ausgewertet und anschließend qualitativ-komparativ aufgearbeitet werden (siehe S.36-37, welche konkreten Variablen untersucht werden).

Zum besseren Verständnis der Entstehung der Forschungsfragen werden zuerst einige belegte Annahmen vorangestellt:

1. VerfechterInnen der Nulltoleranzpolitik behaupten gemeinhin, die Entkriminalisierung von psychoaktiven Substanzen führe zu einer erhöhten Substanzkonsumrate im Allgemeinen, mehr problematischen SubstanzkonsumentInnen, und einer erhöhten Rate damit einhergehender gesundheitlicher und gesellschaftlicher Schäden (welche in den Tabellen 1 und 2 [S.33-37] definiert sind; z.B. HIV-Rate unter problematischen KonsumentInnen).¹⁷⁸

179 180 181

¹⁷⁵ Reiter, R. et al (2014). Politikfeldanalyse im Studium: Fragestellungen, Theorien, Methoden. Baden-Baden: Nomos. S.118-124.

¹⁷⁶ Klaus, C. und Bandelow N. (2014). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. Oldenbourg: De Gruyter Oldenbourg. S.231-258.

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ United Nations. (2018). Global Call to Action on World Drug Problem. United Nations General Assembly. S.1.

¹⁷⁹ London, R. (2005). Is the war on drugs succeeding? Harvard Law Today.

¹⁸⁰ Rosenstein, R. (2018). Fight Drug Abuse, Don't Subsidize It. Verfügbar: <https://www.nytimes.com/2018/08/27/opinion/opioids-heroin-injection-sites.html?action=click&module=Opinion&pgtype=Homepage>. Zuletzt besucht am 28.11.2018.

¹⁸¹ Costa, A. (2010). Legalise drugs and a worldwide epidemic of addiction will follow. The Guardian.

2. Durch unterschiedliche Drogenpolitiken kommt eine unterschiedliche Anzahl an Menschen in Kontakt mit dem Strafjustizsystem, ob aufgrund von temporären Verhaftungen, Gerichtsverhandlungen oder mittel- bis langfristigen Inhaftierungen.¹⁸²
3. Häufig wird behauptet, dass die Entkriminalisierung von psychoaktiven Substanzen zu einem Anstieg eines sogenannten ‚Drogentourismus‘ führt.¹⁸³
4. Unterschiedliche Drogenpolitiken verursachen unterschiedlich hohe volkswirtschaftliche Kosten, bedingt unter anderem durch die variierende Vollstreckung durch die Polizei und Justizkosten der Gerichte bzw. Kommissionen, die sich (nicht) mit substanzbezogenen Delikten beschäftigen müssen. Auch Kosten der öffentlichen Gesundheit sind zu berücksichtigen.^{184 185}

Hieraus resultieren für die Arbeit folgende **Forschungsfragen**:

Frage 1: Führt eine Entkriminalisierung von psychoaktiven Substanzen zu einer Erhöhung von Substanzkonsumraten, und/oder zu mehr problematischen SubstanzkonsumentInnen, und/oder zu mehr aus einem (problematischen) Substanzkonsum resultierenden gesundheitlichen und gesellschaftlichen Schäden?

Anmerkung: Eine geringere Substanzkonsumrate, eine geringere Rate problematischer KonsumentInnen, und eine geringere Rate mit (problematischem) Substanzkonsum einhergehender gesundheitlicher und gesellschaftlicher Schäden sind erwünscht.

Frage 2: Welche Drogenpolitik führt zu welcher Anzahl an Menschen, die in Berührung mit dem Strafjustizsystem kommen?

Anmerkung: Eine geringere Anzahl an Menschen in Berührung mit dem Strafjustizsystem ist erwünscht.

Frage 3: Hat die Entkriminalisierung psychoaktiver Substanzen in Portugal zu einem Anstieg eines sogenannten ‚Drogentourismus‘ geführt?

Anmerkung: Ein Anstieg eines solchen Tourismus ist nicht erwünscht.

¹⁸² Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6), S.1010.

¹⁸³ Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute. S.1.

¹⁸⁴ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6), S.1017.

¹⁸⁵ Rolles, S. and Eastwood, N. (2009). A Comparison of the Cost-effectiveness of Prohibition and Regulation of Drugs. Transform. 1 (1), S.23.

Frage 4: Welche Drogenpolitik verursacht welche volkswirtschaftlichen Kosten?

Anmerkung: Geringere volkswirtschaftliche Kosten sind erwünscht.

Nach der quantitativen Auswertung der Faktoren des generellen Substanzkonsums, der Rate problematischer KonsumentInnen und den damit einhergehenden Gesundheits- und Gesellschaftsschäden, sowie der Anzahl an Menschen, welche mit dem Strafjustizsystem in Berührung kommen, wird dies in Relation zu den wirtschaftlichen Kosten gestellt und qualitativ interpretiert. Sollten sich beispielsweise die Faktoren des Substanzkonsums, der Rate problematischer KonsumentInnen etc. signifikant verschlechtert haben, würde dies selbst bei geringeren Kosten gegen eine Entkriminalisierung sprechen. Sollten sich aber beispielsweise die Faktoren des generellen Substanzkonsums, der Rate problematischer KonsumentInnen etc. nicht verschlechtert bzw. verbessert haben, bei einer geringeren Anzahl an Menschen die mit dem Strafjustizsystem in Berührung kommen und/oder geringeren Kosten, würde dies für eine Entkriminalisierung sprechen.

Der nachfolgende Abschnitt diskutiert für die Arbeit wichtige Konzeptualisierungen und Begrifflichkeiten.

Konzeptualisierungen

Zuerst ist es nötig, grundlegende Begrifflichkeiten abzuklären, da im weiteren Verlauf folgende Ausdrücke austauschbar verwendet werden: ‚Droge‘, ‚psychoaktive/psychotrope Substanz‘ und ‚Psychotropikum‘ haben im Rahmen dieser Arbeit dieselbe Bedeutung. Gemeint sind:

„alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen.“¹⁸⁶

Der rechtliche Status ist dabei explizit *nicht* ausschlaggebend für die Bezeichnung, sprich Alkohol oder Tabak beispielsweise werden in dieser Arbeit auch als psychoaktive Substanzen oder Drogen bezeichnet. Die gewählten Ausdrücke spiegeln keinerlei Wertung wider. Auf die Begrifflichkeit ‚problematische SubstanzkonsumentInnen‘ bzw.

¹⁸⁶ Scheerer, S. und Vogt, I. (1989). Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch. Frankfurt am Main: Campus Verlag. S.5.

„Substanzabhängige“ wird im einem Unterkapitel ab S.43 näher eingegangen. Auch hier gilt, dass die unterschiedlichen Bezeichnungen keinerlei Wertung darstellen und ebenso wertfrei gelesen werden sollten.

Erwünschte und unerwünschte Konsequenzen von Drogenkonsum, Drogenmarkt und Drogenpolitik

Was eine „erfolgreiche“ oder „effektive“ Drogenpolitik ausmacht ist subjektiv, daher ist eine pauschale Beurteilung der Wirksamkeit schwierig und immer abhängig vom Kontext. Um den Erfolg einer etwaigen Drogenpolitik verstärkt objektiv erfassen zu können, wurde im Rahmen einer akademischen Konferenz ein analytisches Framework, die „multi-criterion decision analysis“ (MCDA) umgemodelt – welche ihren Ursprung in Analysen der Nuklearabfallbeseitigung hat – mittels welchem die optimale (i.e. erfolgreiche/effektive) Drogenpolitik für jeweilige Substanzen erörtert werden soll (zudem wird sie zur Einordnung der Schädlichkeit verschiedener psychoaktiver Substanzen verwendet, siehe S.37).¹⁸⁷ Der MCDA zufolge involviert die Identifizierung der optimalen Drogenpolitik für eine Substanz drei konzeptuell eigenständige Schritte: 1) die Definition möglicher Politikoptionen, 2) die Definition wichtiger resultierender Konsequenzen bzw. Kriterien gegen welche die möglichen Politikoptionen evaluiert werden sollten, und 3) die Auswertung der Politikoptionen gegenüber den zuvor definierten Kriterien.¹⁸⁸ Als mögliche Politikoptionen wurden vier generische Regulierungsregimes identifiziert, namentlich die absolute Prohibition, die Entkriminalisierung, die staatliche Kontrolle des Handels und eine Regulierung unter dem freien Markt.¹⁸⁹ Wichtiger für diese Arbeit sind aber die im Rahmen der Konferenz entwickelten Kriterien, welche demnach eine erfolgreiche Drogenpolitik charakterisieren; sprich, welche Drogenpolitik zu der größten Anzahl an erwünschten und der geringsten Anzahl an unerwünschten Konsequenzen führt. Im Zuge von Diskussionen unter den einschlägig sachkundigen TeilnehmerInnen, welche variierende drogenpolitische Standpunkte vertreten,¹⁹⁰ wurden ebensolche Kriterien (siehe Tabelle 1 ab der nachfolgenden Seite) unter insgesamt sieben thematischen Clustern erarbeitet: Gesundheit, Gesellschaft, Strafjustiz und Kriminalität, Kosten, Wirtschaft, Politik, und Öffentlichkeit.¹⁹¹

¹⁸⁷ Nutt, D. et al. (2018). A new approach to formulating and appraising drug policy: A multi-criterion decision analysis applied to alcohol and cannabis regulation. *International Journal of Drug Policy*. 56. S.144.

¹⁸⁸ *Ibid.* S.145.

¹⁸⁹ *Ibid.* S.147.

¹⁹⁰ *Ibid.* S.144.

¹⁹¹ *Ibid.* S.146.

Beispielsweise wurden unter dem Cluster ‚Gesundheit‘ als erwünschte Kriterien eine Verringerung des Schadens für KonsumentInnen und andere, ein Wechsel zu weniger schädlichen Substanzen, eine Förderung der Behandlung(saufnahme) und eine Verbesserung der Produktqualität geführt.¹⁹² Unter dem Cluster ‚Kosten‘ wurden geringe Einführungs- sowie Erhaltungskosten geführt. Unter dem Cluster ‚Strafjustiz und Kriminalität‘ wurden als Kriterien eine Reduktion der Kriminalisierung von KonsumentInnen, eine Reduktion der Beschaffungskriminalität sowie gewalttätiger Kriminalität festgehalten.¹⁹³ Unter dem Cluster ‚Gesellschaft‘ wird die Förderung von Drogenaufklärung, die Ermöglichung medizinischer Anwendung von Substanzen, die Förderung substanzbezogener Forschung, die Wahrung von Menschenrechten und persönlichen Freiheiten, sowie die Verbesserung des gesellschaftlichen und familiären Zusammenhaltes genannt.¹⁹⁴ Die nachfolgende Tabelle führt also die thematischen Cluster und die einzelnen Kriterien erwünschter Konsequenzen einer Drogenpolitik auf:

Cluster	Kriterium	Ausführung des Kriteriums
Gesundheit	• Verringerung des Schadens für KonsumentInnen	→ Beugt Gesundheitsschäden der KonsumentInnen, welche aus dem Substanzkonsum resultieren, vor; dies inkludiert durch Blut übertragene Krankheiten (BBVs)
	• Verringerung des Schadens für andere	→ Verhindert Gesundheitsschäden (inkl. BBVs) für Drittpersonen, ausgelöst durch indirekte Exposition (z.B. Passivrauchen) oder durch Konsum ausgelöste Verhaltensänderungen (z.B. alkoholinduzierte Gewalt)
	• Fördert den Wechsel zu weniger schädlichen Substanzen	→ Reduziert den Konsum schädlicherer Substanzen oder fördert den Konsum weniger schädlicher Substanzen (z.B. Cannabisprohibition als Auslöser für den Konsum des gesundheitsschädlicheren synthetischen Cannabis ‚Spice‘)

¹⁹² Ibid.

¹⁹³ Nutt, D. et al. (2018). A new approach to formulating and appraising drug policy: A multi-criterion decision analysis applied to alcohol and cannabis regulation. *International Journal of Drug Policy*. 56. S.146.

¹⁹⁴ Ibid.

	• Förderung der Behandlung(saufnahme) • Verbesserung der Produktqualität	→ Fördert die Behandlung substanzbezogener Probleme → Stellt die Qualität der Substanzen sicher und beugt unbekannter Dosierung/Reinheit vor
Gesellschaft	• Förderung der Drogenaufklärung • Ermöglichung medizinischer Anwendung von Substanzen • Förderung substanzbezogener Forschung • Wahrung von Menschenrechten und persönlichen Freiheiten • Verbesserung des gesellschaftlichen und familiären Zusammenhaltes	→ Verbessert drogenbezogene, neutrale Bildung → Politik behindert medizinische Nutzung nicht → Politik behindert substanzbezogene Forschung nicht → Politik beeinträchtigt die persönliche Freiheit des Individuums nicht (beinhaltet Freiheit zu Konsumieren und zur Selbstschädigung)
Strafjustiz/ Kriminalität	• Reduktion der Kriminalisierung von KonsumentInnen • Reduktion der Beschaffungskriminalität • Reduktion gewalttätiger Kriminalität	→ Kriminalisiert NutzerInnen nicht → Reduziert Beschaffungskriminalität in Zusammenhang mit Substanzkonsum → Reduziert gewalttätige Kriminalität eines illegalen Substanzmarktes (z.B. Kampf zwischen Drogenkartellen)
Kosten	• Geringe Einführungskosten • Geringe Erhaltungskosten	→ Finanzielle Kosten der Einführung der Politik → Finanzielle Kosten der fortführenden Umsetzung und Vollstreckung der Politik

Wirtschaft	• Generiert Staatseinnahmen • Reduziert volkswirtschaftliche Kosten	→ Reduziert Kosten, welche nicht direkt mit der Umsetzung zusammen hängen (z.B. Kosten für das Gesundheitssystem)
Politik	• Unterstützt internationale Entwicklung/Sicherheit • Reduziert Einfluss der Industrie	→ Erschwert den Einfluss der Pharmaindustrie
Öffentlichkeit	• Fördert Wohlergehen • Schützt Junge Menschen • Schützt Gefährdete und Wehrlose • Respektiert kulturelle und religiöse Werte	→ Fördert soziales und persönliches Wohlergehen

Tabelle 1. Kriterien einer erfolgreichen Drogenpolitik.¹⁹⁵

Aus diesen Kriterien wurden vom Autor für die Arbeit spezifische Analysecluster und -kriterien – und somit die abhängigen Variablen – ausgearbeitet (siehe nachfolgende Seite). Grundlage der Auswahl sind zum einen die Relevanz und zum anderen die Messbarkeit und Datenlage der Kriterien. Manche der Kriterien, z.B. eine etwaige Unterstützung internationaler Entwicklung oder die Verbesserung des gesellschaftlichen Zusammenhaltes, sind – zumindest im Rahmen dieser Arbeit – nicht oder nur sehr schwer zu evaluieren und werden daher nicht miteinbezogen. Die in der Tabelle nachfolgenden selektierten Faktoren erlauben dennoch eine umfassende Policy-Analyse der wichtigsten Kernbereiche der Gesundheit, Strafjustiz und Kriminalität sowie der volkswirtschaftlichen Kosten:

¹⁹⁵ Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Nutt, D. et al. (2018). A new approach to formulating and appraising drug policy: A multi-criterion decision analysis applied to alcohol and cannabis regulation. International Journal of Drug Policy. 56. S.146.

Analysecluster	Zu untersuchende Faktoren/abhängige Variablen	Ausführung des Faktors
Gesundheit	• Konsumrate illegaler Substanzen generell/spezifische Substanzen (ganze Lebenszeit/in den letzten 12 Monaten): ▪ Erwachsene ▪ Heranwachsende ▪ Problematische DrogenkonsumentInnen • Drogenbezogene Gesundheitsschäden ▪ Drogenbezogene Tode ▪ HIV/AIDS Rate von PDUs ▪ Hepatitis-Rate von PDUs	→ Höhe der Konsumrate spezifischer Substanzen ist relevanter/weniger relevant (z.B. Cannabis versus Heroin), abhängig von dem jeweiligen Schädlichkeitspotential → Geringere Rate heranwachsender KonsumentInnen ist erwünscht (auch hier ist die Relevanz der Konsumrate abhängig von der Substanz) → Geringere Rate problematischer KonsumentInnen ist erwünscht → Geringerer Anteil problematischer DrogenkonsumentInnen mit solchen Gesundheitsschäden ist erwünscht
Strafjustiz und Kriminalität	• Anzahl wegen Substanzdelikten festgenommener Menschen • Anzahl wegen Substanzdelikten inhaftierter Menschen • ‚Drogentourismus‘: Anzahl wegen Substanzdelikten festgenommener oder inhaftierter AusländerInnen (Fokus Portugal)	→ Geringere Anzahl ist erwünscht → Geringere Anzahl ist erwünscht → Geringere Prävalenz ist erwünscht

Wirtschaftliche Kosten	• Öffentliche drogenbezogene Ausgaben ▪ Kosten der Polizeiarbeit bezüglich Substanzdelikten ▪ Justizielle Kosten drogenbezogener Delikte ▪ Drogenbezogene Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems	→ Ausgaben werden mit der Bilanz der vorhergehenden Cluster in Relation gesetzt; i.e. inwieweit haben die Ausgaben zu den erwünschten Resultaten geführt? → Geringere Kosten sind erwünscht → Geringere Kosten sind erwünscht → Geringere Kosten sind erwünscht
---------------------------	---	--

Tabelle 2. Abhängige Variablen nach thematischen Clustern.¹⁹⁶

Nachdem die abhängigen Variablen konkretisiert wurden, behandelt der folgende Abschnitt den Versuch, die Schädlichkeit psychoaktiver Substanzen zu quantifizieren.

Psychoaktive Substanzen und ihre Schädlichkeit – eine Quantifizierung

Jede psychoaktive Substanz birgt ihre eigenen Risiken und potentiellen Schäden, weshalb es analytisch nicht ausreicht, lediglich die allgemeine Konsumrate sämtlicher psychoaktiver Substanzen zu betrachten. Wenn beispielsweise zwar die allgemeine Substanzkonsumrate einer Bevölkerung zurückgeht, da deutlich weniger Cannabis konsumiert wird, gleichzeitig aber mehr Menschen Heroin konsumieren, wäre dies vertretbarerweise keine erwünschte Entwicklung. Für eine möglichst unvoreingenommene Interpretation der Konsumraten spezifischer Substanzen im Analyseteil (siehe ab S.50) benötigt es daher eine möglichst sachliche Skalierung der Schädlichkeit. Eine Quantifizierung der Schädlichkeit einer Substanz ist aufgrund der vielen verschiedenen zu berücksichtigenden Arten möglicher Schäden kompliziert. Jährliche Todesfälle, chronische Krankheiten, psychische Probleme und soziale Probleme wie Kriminalität und Gewalt sind nur die offensichtlichsten Schäden psychoaktiver Substanzen. Hinzu kommt, dass manche Substanzen besonders schädlich in einem Bereich sind und weniger schädlich in anderen. Mittels der MCDA wurde unter

¹⁹⁶ Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Nutt, D. et al. (2018), S.146.

David Nutt et al. (2018) (neben erwünschten und unerwünschten Konsequenzen einer Drogenpolitik, siehe ab S.32) auch die Schädlichkeit 20 verschiedener psychoaktiver Substanzen in einer „rationalen Skala“ quantifiziert.¹⁹⁷ Zu diesem Zweck wurden 16 verschiedene Arten von Schäden bestimmt, unterteilt in Schäden für KonsumentInnen selbst und Schäden für andere.¹⁹⁸

Folgende 20 psychoaktive Substanzen wurden klassifiziert (wobei ausschließlich die Substanzen in Fettschrift in der Policy-Analyse untersucht werden, da nur für diese Substanzen Daten vorliegen):

Stimulanzien/‘Upper‘	- Amphetamin - Methamphetamin - Anabole Steroide - Khat - Mephedron - Kokain - Crack Kokain - Butane - Tabak
Beruhigungsmittel/‘Downer‘	- Alkohol - Benzodiazepine - Ketamin - Cannabis - GHB
Opioide	- Heroin - Methadon - Buprenorphin
Empathogene und Psychedelika	- MDMA/Ecstasy - LSD - Psilocybinhaltige Pilze

Tabelle 3. Klassifizierung psychoaktiver Substanzen.¹⁹⁹

¹⁹⁷ Nutt, D. (2012). Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs. Cambridge: UIT Cambridge. S.31-46.

¹⁹⁸ Nutt, D. (2012). Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs. Cambridge: UIT Cambridge. S.31-46.

¹⁹⁹ Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Nutt, D. et al. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet. 376. S.1558-1565.

Folgende 16 Arten von Schäden für KonsumentInnen und andere wurden festgehalten:

Schäden für den KonsumentInnen	
Drogenspezifische Mortalität	Hierbei wird gemessen, wie toxisch eine Substanz ist, indem die für einen psychoaktiven Effekt nötige Menge mit der letalen Menge verglichen wird. Dies wird als ‚Sicherheitsverhältnis‘ (‚safety ratio‘) bezeichnet. Das Sicherheitsverhältnis (SV) von Alkohol beispielsweise ist 10. Wenn ein halber Liter Bier (ca. 25 Gramm reiner Alkohol) bei einer kleineren Person ausreicht, um psychoaktive Effekte auslösen, könnten 10 halbe Liter Bier (250 Gramm reiner Alkohol) sie in ein letales Koma versetzen. Bei intravenös konsumiertem Heroin liegt die effektive Dosis bei 20mg, die letale Dosis bei 300mg. Das SV ist daher 6. ²⁰⁰ Manche Substanzen führen selten, wenn überhaupt, zu Überdosen – Cannabis (SV >1000) und LSD (SV 1000) beispielsweise. ²⁰¹
Drogenbezogene Mortalität	Inkludiert Tode, welche aus durch Substanzkonsum verursachten chronischen Krankheiten resultieren. Injizierender Substanzkonsum beispielsweise setzt KonsumentInnen der Gefahr einer HIV-Erkrankung aus, und das Fahren unter Substanzeinfluss kann zu einem letalen Unfall führen.
Drogenspezifische Schäden	Jegliche physischen Schäden, welche spezifisch durch einen Substanzkonsum ausgelöst wurden – z.B. eine alkoholbedingte Zirrhose, eine ‚Ketaminblase‘ oder tabakbedingte Emphyseme.
Drogenbezogene Schäden	Aus substanzbedingten Aktivitäten und Verhalten resultierende Schäden: Viren und Infekte, Unfälle, nicht-letale Straßenverkehrsunfälle.
Abhängigkeit	Der wiederholte, abhängigkeitsbedingte Konsum schädigender Substanzen (zur Entstehung von Abhängigkeit siehe ab S.43), kann zu physischen Problemen wie Organschäden und mentalen Problemen wie Psychosen führen. Je länger eine Abhängigkeit andauert, desto schwieriger und unwahrscheinlicher wird eine

²⁰⁰ Fish, J. (2005). Drugs and Society: U.S. Public Policy. Lanham: Rowman & Littlefield. S.149-155.

²⁰¹ Ibid.

	Rehabilitation mit permanenter Abstinenz (für eine kritische Diskussion der abstinenten Rehabilitation siehe ab S.12). Wohingegen Abhängigkeit medizinisch verhältnismäßig klar definiert ist, ist Abhängigkeit als sozialwissenschaftliches Konzept weniger eindeutig. So ist eine Definition von Abhängigkeit beispielsweise immer auch kultur- und kontextbezogen, weshalb unterschiedliche Rahmenbedingungen unterschiedliche Definitionen ergeben würden.²⁰²
Drogenspezifische Beeinträchtigung der psychischen Funktionstüchtigkeit	Die akute Beeinträchtigung des Urteilsvermögens, welche zu riskantem Verhalten wie ungeschütztem Sex und dem Fahren unter Substanzeinfluss führen kann.
Drogenbezogene Beeinträchtigung der psychischen Funktionstüchtigkeit	Meint jegliche psychologischen Auswirkungen, nachdem die Substanz den Körper verlassen bereits hat. Die intensive Nutzung mancher Substanzen ist teilweise verbunden mit psychotischen Symptomen, Depression, Gedächtnisverlust, Aggression und Anhedonie.
Verlust von Sachwerten	Beispielsweise der Verlust des Arbeitsplatzes, des Einkommens, der Besitztümer, oder des Zuhauses aufgrund eines Substanzkonsums.
Verlust von Beziehungen	Möglicher Verlust von FreundInnen und Familie aufgrund eines Substanzkonsums, beispielsweise wegen aggressivem oder zurückgezogenem Verhalten, oder Verhaltensmustern wie Beschaffungskriminalität.
Schäden für andere	
Verletzungen	Substanzkonsum beeinträchtigt häufig die motorische Steuerung und das Urteilsvermögen, was zu einem erhöhten Risiko von Unfällen führt, bei dem auch andere zu Schaden kommen. Das kann unabsichtlich sein, wie z.B. ein Verkehrsunfall, oder absichtlich, wie z.B. häusliche Gewalt.
Kriminalität	Drogenbezogene Kriminalität unterteilt sich grundlegend in zwei Kategorien: a) Beschaffungskriminalität um den Substanzkonsum

²⁰² Sussman, A. et al. (2011). Considering the Definition of Addiction. International Journal of Environmental Research and Public Health. 8. S.4034-4035.

	zu finanzieren und b) Kriminalität, welche durch ein beeinträchtigtes Urteilsvermögen ausgelöst wird, wie z.B. Vandalismus oder Einbrüche.
Volkswirtschaftliche Kosten	Beinhaltet verlorene Arbeitstage von Menschen, welche sich von einem Substanzkonsum erholen, Kosten für das Gesundheitssystem und drogenbezogene Polizeikosten.
Auswirkungen auf das Familienleben	Substanzen können negative Auswirkungen auf das Familienleben haben, z.B. wegen Aggressionen oder kompulsivem Verhalten von Substanzabhängigen.
Internationale Schäden	Die Kollateralschäden des ‚War on Drugs‘, die Brutalität der Drogenkartelle, welche Milliardenumsätze generieren und gleichzeitig für den Tod von hunderttausenden Menschen verantwortlich sind, sowie Kohlenstoffemissionen und andere Auswirkungen auf die Umwelt.
Umweltschäden	Die Herstellung von Substanzen kann ganze Landstriche mit toxischen und entzündlichen Chemikalien verschmutzen. Benutzte Nadeln und zerbrochene Flaschen können Parks zu ‚No-Go-Areas‘ machen.
Ansehensverlust von Gemeinden	Intensiver Substanzkonsum kann die Stigmatisierung bestimmter sozialer Gruppen verschärfen und Stadtviertel zu ‚No-Go-Areas‘ machen.

Tabelle 4. Drogenbezogene Schäden für KonsumentInnen und andere.²⁰³

Anschließend wurden die 20 psychoaktiven Substanzen je nach Kriterium auf einer Skala von 0 (kein Schaden) bis 100 (größtmöglicher Schaden) bewertet. Beispielsweise wurde bei drogenbezogener Mortalität Heroin mit einer Punktzahl von 100 bewertet, vor allem wegen durch Blut übertragenen Infektionen und mit Abhängigkeit und Deprivation zusammenhängenden Gesundheitsproblemen. LSD wurde unter demselben Kriterium mit einer 0 bewertet, wohingegen Tabak als Verursacher vieler tödlicher Krankheiten wie Krebs und Herzinfarkt 90 Punkte erhielt. Um die subjektiven Einschätzungen empirisch zu untermauern, wurden die Ergebnisse mit offiziellen Statistiken bezüglich z.B. drogenbezogenen Todesfällen verglichen. Die Resultate zeigten starke statistische

²⁰³ Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Nutt, D. et al. (2018), S.31-46.

Zusammenhänge: bei der drogenspezifischen Mortalität beispielsweise ist die Korrelation 0,98, bei dem Kriterium Abhängigkeit 0,95 (wobei 1 eine perfekte Korrelation darstellt). Nach der Skalierung aller 16 Kriterien wurden die Kriterien gegeneinander abgewogen und so die Gewichtung derselbigen ausgearbeitet. Jede psychoaktive Substanz erhielt eine finale Punktzahl zwischen 0 und 100 (siehe Diagramm 1).

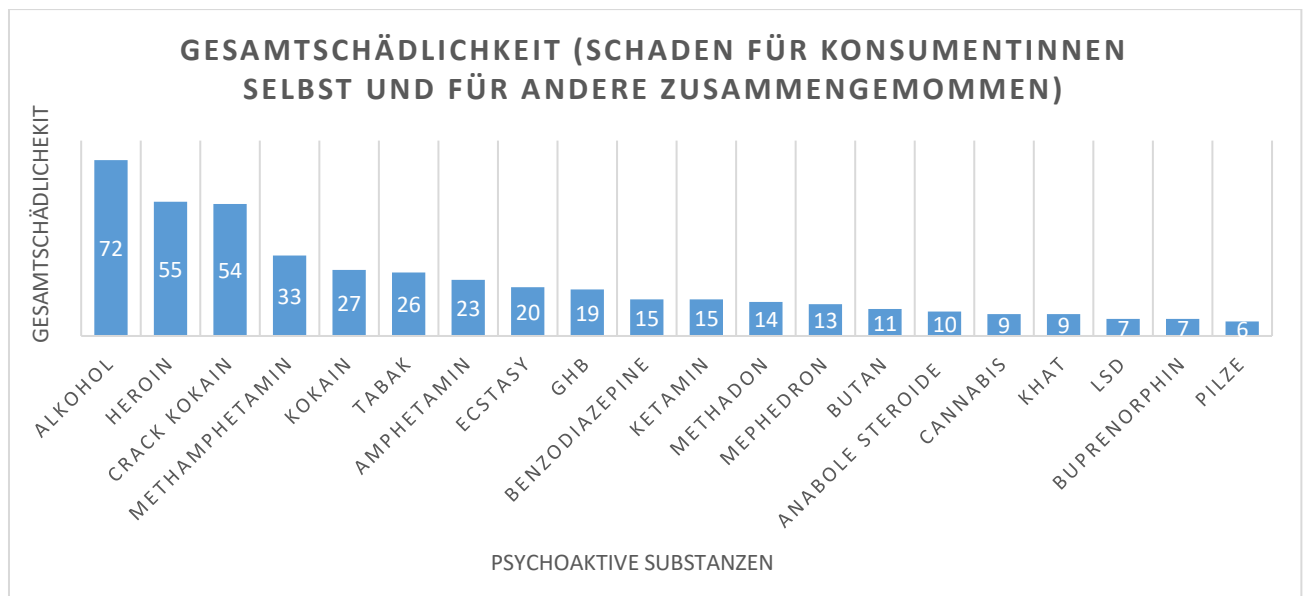


Diagramm 1. Gesamtschädlichkeit der klassifizierten psychoaktiven Substanzen.²⁰⁴

Auf ebendiese Schädlichkeitsklassifizierung wird bei der Policy-Analyse im Hauptteil zurückgegriffen, um aussagekräftige Schlüsse bezüglich der Substanzkonsumraten der Länder ziehen zu können.

Hiernach wird ein kurzer Blick auf analytisch belangvolle substanzkonsumierende Gesellschaftsgruppen gerichtet und die Hintergründe dazu werden erklärt.

Problematische DrogenkonsumentInnen und Heranwachsende – vulnerable Gesellschaftsgruppen im Fokus

In dieser Arbeit wird auf bestimmte KonsumentInnengruppen ein besonderes analytisches Augenmerk gelegt; die nachfolgend vorgenommene Kategorisierung von KonsumentInnen in verschiedene Gesellschaftsgruppen ist dabei begründet in der Tatsache, dass unterschiedliche Gesellschaftsgruppen verschieden starken Risiken ernsthafter Schäden (ob

²⁰⁴ Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Nutt, D. et al. (2018), S.31-46.

gesundheitlicher, gesellschaftlicher, oder anderweitiger Natur) ausgesetzt sind. Zwei besonders vulnerable Gruppen sind zum einen Kinder und Heranwachsende, und zum anderen problematische DrogenkonsumentInnen. Nachfolgend wird knapp erläutert, inwiefern diese Gruppen stärker gefährdet sind als andere und weshalb diese Vulnerabilität für die Arbeit relevant ist. Zudem wird die Entstehung eines problematischen Konsums beleuchtet.

„Problem drug users“

Für eine sinnvolle Auffassung problematischen Substanzkonsums ist ein Verständnis der Entstehung desselbigen essentiell. Entgegen der nach wie vor populären Annahme einer Substanzabhängigkeit als Charakter- oder Willensschwäche,²⁰⁵ welche mit genügend innerer Motivation besiegt werden kann und soll, involvieren Entwicklungswege hin zu einer Abhängigkeit verschiedene Faktoren und Prozesse, inklusive der Neurobiologie der Abhängigkeit, Umweltfaktoren, den Genen und etwaigen Komorbiditäten (wie z.B. Verhaltensstörungen oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen).²⁰⁶ In den letzten zwanzig Jahren wurden insbesondere durch „Neuroimaging-Techniken“ beispiellose Fortschritte in der Hirnforschung gemacht, die „ein Fenster zu Hirnaktivitäten“ erlauben, welche „komplexen menschlichen Verhalten zugrunde liegen.“^{207 208} Dies gilt auch für die Substanzabhängigkeit, bei der Defizite von Gehirnschaltkreisen verbunden mit Belohnung und Impulsivität festgestellt wurden.²⁰⁹ Auch wurde entdeckt, dass ein wiederholter Substanzkonsum das Gehirn physisch verändern und in einer Art ‚Hirnerkrankung‘ resultieren kann, so wie beispielsweise auch die exzessive Belastung des Herzens zu einer Herzerkrankung führen kann.²¹⁰ Und wie bei jeder anderen Erkrankung variiert das Risiko einer Abhängigkeit für Individuen bedingt durch die Gene, Krankheitsgeschichte und Umwelt.²¹¹ Der kolloquial bezeichnete ‚Suchtmensch‘ ist also nicht notwendigerweise willens- oder charakterschwach, sondern jemand, der unter Umständen genetisch besonders

²⁰⁵ McGinnty, E. et al. (2015). Criminal Activity or Treatable Health Condition? News Media Framing of Opioid Analgesic Abuse in the United States, 1998–2012. *Psychiatric Services*. 67 (4), S.405-406.

²⁰⁶ Winters, K. and Arria, A. (2011). Adolescent Brain Development and Drugs. U.S. Department of Health & Human Services. 18 (2), S.24.

²⁰⁷ Parvaz, M. et al. (2011). Neuroimaging for drug addiction and related behaviors. *Reviews in the Neurosciences*. 22 (6), S.609-610.

²⁰⁸ Übersetzung durch den Verfasser.

²⁰⁹ Parvaz, M. et al. (2011). Neuroimaging for drug addiction and related behaviors. *Reviews in the Neurosciences*. 22 (6), S.609-610.

²¹⁰ Nutt, D. (2012). *Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Cambridge. S.133.

²¹¹ Ibid.

anfällig für eine Substanzabhängigkeit ist.²¹² Für manche Menschen macht somit die Veranlagung des Gehirns eine Abhängigkeit deutlich wahrscheinlicher als für andere Menschen.²¹³ Ebenso wichtig für eine Abhängigkeit wie die genetische Prädisposition sind sozioökonomische Faktoren; Studien haben belegt, dass Menschen niedrigerer sozioökonomischer Positionen zum einen früher mit einem Substanzkonsum beginnen, und zum anderen größere Quantitäten konsumieren.²¹⁴ Verantwortlich gemacht werden dafür unter anderem eine oftmals geringere soziale Integration, eine permissivere Einstellung gegenüber Substanzkonsum, Stress resultierend aus unsicheren und prekären Arbeitsverhältnissen sowie finanziellen Schwierigkeiten.²¹⁵ Solch ein problematischer Substanzkonsum kann wiederum zu einem geringerem Bildungsniveau und schlechterer Berufsintegration führen, womit sich diese Entwicklungen häufig gegenseitig verschärfen.²¹⁶

Der englische Terminus ‚problematic/problem drug user‘ (PDU) ist in den letzten 30 Jahren zu einem festen Bestandteil der Drogenforschung geworden und hat in gewissem Maße den als stigmatisierend eingeschätzten Ausdruck ‚Drogenabhängige(r)‘ verdrängt.²¹⁷

Mittlerweile ist PDU als Ausdruck ‚gemeinsame Forschungsterminologie‘ im angelsächsischen Raum, der Europäischen Union und vermehrt auch Ländern außerhalb Europas.²¹⁸ Die Bedeutung ist dabei jedoch weitaus weniger klar als sie verbreitet ist und nimmt abhängig vom Kontext verschiedene Formen an. Entwickelt wurde der Term 1982 vom britischen Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) und war definiert wie folgt:

“The individuals with whom the treatment/rehabilitation system is concerned may have various problems arising from the misuse of drugs or from drug dependency or both. These are not solely physical or psychological problems, but also social and environmental problems. [...] The response to the needs of the drug misuser therefore requires a fully multi-disciplinary approach. This approach should be problem oriented rather than specifically client or substance labelled. [...] Thus, a problem drug taker would be any person who experiences social, psychological, physical or legal problems related to intoxication and/or

²¹² Ibid. S.134.

²¹³ Ibid.

²¹⁴ Redonnet, B. et al. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*. 121. S.231-239.

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ Ibid.

²¹⁷ Seddon, T. (2011). What is a problem drug user? *Addiction Research & Theory*. 19(4). S.334.

²¹⁸ Ibid.

*regular excessive consumption and/or dependence as a consequence of his own use of drugs or other chemical substances.”*²¹⁹

Die Definition des ACMD war in ihrem Umfang bewusst weit gewählt, um zu betonen, dass nicht nur stereotype HeroinkonsumentInnen Substanzprobleme haben können, sondern beispielsweise auch ‚funktionierende‘ KokainkonsumentInnen der Mittel- und Oberschicht, oder Jugendliche mit Alkoholproblemen. Das ist grundsätzlich sinnvoll, hinsichtlich dieser Arbeit ist zur Analyse von PDUs aber eine Definition nötig, welche die imminenteren – vor allem gesundheitliche – Gefährdung problematischer KonsumentInnen einfängt. Das EMCDDA definiert ‚problem drug use‘ als:

„[...] injecting drug use or long duration / regular use of opioids, cocaine and/or amphetamines’. This definition specifically includes regular or long-term use of prescribed opioids such as methadone but does not include their rare or irregular use nor the use of other drugs, such as ecstasy or cannabis.“^{220 221}

Diese Gesellschaftsgruppe ist von besonderer analytischer Relevanz, da die gesundheitlichen Schäden hier wesentlich gravierender ausfallen als bei anderen Gruppen: die Mortalitätsrate problematischer SubstanzkonsumentInnen in Europa beispielsweise ist zwischen 10 und 20-mal höher als die der generellen Bevölkerung,²²² was verschiedene Gründe hat. Zum einen ist die AIDS-Rate problematischer KonsumentInnen in Europa 26-mal höher als die der generellen Bevölkerung und wird ungleich seltener behandelt.²²³ Zum anderen ist die Wahrscheinlichkeit eines schweren Unfalls für problematische NutzerInnen 7-mal höher als die der generellen Bevölkerung, und auch die Wahrscheinlichkeit einem Mord zum Opfer zu fallen ist für männliche problematische Konsumenten 11-mal höher.²²⁴ Wechselhafte Wohnsituationen bzw. Obdachlosigkeit sowie eine oftmals mangelhafte Ernährung und Gesundheitsversorgung fordern ebenfalls ihren Tribut. Eine Reduktion der Anzahl problematischer KonsumentInnen kann daher deutlich signifikantere Auswirkungen haben als beispielsweise eine Reduktion der Anzahl erwachsener Cannabis- oder Ecstasy-KonsumentInnen.

²¹⁹ Ibid. S.347.

²²⁰ EMCDDA. (2018). Problem drug use. Statistical Bulletin 2018.

²²¹ Übersetzung durch den Verfasser.

²²² EMCDDA. (2011). Mortality related to drug use in Europe. S.10-11.

²²³ Ibid.

²²⁴ Ibid.

Die Kategorisierung von Kindern und Heranwachsenden als eine vulnerable Gesellschaftsgruppe erscheint selbstverständlich, dennoch lohnt sich ein Blick auf die neurologischen Hintergründe dazu. Diese Hintergründe verdeutlichen, warum Substanzkonsum unter Kindern und Heranwachsenden weitreichende und langfristige gesundheitliche und gesellschaftspolitische Folgen haben kann – und weshalb sie für diese Arbeit als eigene Kategorie relevant sind. Die relativ junge Wissenschaft der Neuro-Entwicklung, welche sich vorrangig mit der Entwicklung des Gehirns in jungen Jahren beschäftigt, hat festgestellt, dass das Gehirn auch in der Jugend noch signifikant weiterreift (aber nicht weiterwächst), und somit verhältnismäßig anfälliger für Risikobereitschaft und einem damit verbundenen Substanzkonsum ist.²²⁵ Zurückgeführt wird dies auf die uneinheitliche Reifeentwicklung des Gehirns, bei welcher sich das limbische System (zuständig für Emotionen) schneller entwickelt als die Kortex-Region (zuständig für logische Vernunft und rationales Abwägen). Dies führt zu ebenjener höheren Risikobereitschaft und der Neigung, mit Neuem zu experimentieren, welche bei Jugendlichen ausgeprägter ist als bei Kindern oder Erwachsenen.²²⁶ Die verstärkte Ausrichtung des Gehirns auf emotionale Aktivitäten erhöht auch die Anfälligkeit für den Einfluss Gleichaltriger („peer influence“) sowie für Gruppenzwang („peer pressure“), welche einen maßgeblichen Auslöser für experimentellen Substanzkonsum darstellen.²²⁷ Eben solche Situationen mit starken emotionalen „Triggern“ können dazu führen, dass der noch nicht ausgereifte Kortex vom ausgereifteren limbischen System überwältigt wird und der oder die Jugendliche deshalb deutlich schlechter in der Lage ist, rational durchdachte Entscheidungen zu treffen.²²⁸ Hinzu kommt, dass heranreifende Gehirne besonders anfällig für die akuten Auswirkungen von Substanzen sind. Studien zeigen, dass Jugendliche, welche eine Alkoholabhängigkeitsstörung überwunden haben, verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne alkoholbezogene Krankheitsgeschichte ein wesentlich schlechteres verbales und non-verbales Gedächtnis aufweisen.²²⁹ Ferner erhöht ein Konsum während jugendlichen Jahren das Risiko, dass die Person einen problematischen Substanzkonsum entwickelt,

²²⁵ Winters, K. and Arria, A. (2011). Adolescent Brain Development and Drugs. U.S. Department of Health & Human Services. 18 (2), S.21.

²²⁶ Ibid.

²²⁷ Ibid. S.22.

²²⁸ Ibid.

²²⁹ Squeglia, L. et al. (2009). The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development. Clinical EEG and Neuroscience. 40 (1), S.32-33.

signifikant.²³⁰ So steigt statistisch zum einen die Wahrscheinlichkeit eines Substanzproblems, je früher eine Person mit dem Konsum beginnt, und zum anderen ist auch die Zeitspanne zwischen der ersten Exposition einer Substanz und einer Abhängigkeit kürzer, je früher der Konsum einsetzt.²³¹ Eine Reduktion heranwachsender SubstanzkonsumentInnen verringert somit nicht nur unmittelbare Schäden für Jugendliche, sondern führt auch zu einer geringeren Prävalenz späterer problematischer KonsumentInnen. Ebenso wie bei problematischen KonsumentInnen ist die analytische Kategorisierung von Heranwachsenden also begründet in den – verglichen mit gesunden und ausgewachsenen KonsumentInnen – statistisch schwerwiegenderen Konsequenzen und Folgeschäden.

Nachdem das Feld methodologisch, konzeptuell und thematisch abgesteckt wurde, folgt im nächsten Kapitel die vergleichende Policy-Analyse.

V. Vergleichende Policy-Analyse

Wie im Forschungsdesign angesprochen, ist die vergleichende Policy-Analyse nach den Analyseclustern Gesundheit, Strafjustiz und Kriminalität sowie wirtschaftliche Kosten aufgeteilt, nicht nach den Ländern. Im Falle Portugals beziehen sich die Daten teils auf jedes Jahr von 1999 bis 2016, teils nur auf vier Jahre mit Abständen dazwischen (2001, 2007, 2012, 2016), da von staatlicher Seite die umfassendsten Erhebungen zu substanzbezogenen Daten in diesen Jahren stattfanden. Im Falle Englands und Wales gibt es größtenteils für jedes Jahr Daten von 1999 bis zum Jahr 2016 bzw. 2018. Bei den verwendeten Daten wird jeweils kenntlich gemacht, zu welchen Jahren Daten vorhanden sind. Die Analyse bezieht sich überwiegend auf Material aus nationalen bzw. europäischen Datenbanken und Statistiken verschiedener Ministerien und Behörden. Für die jährlichen Drogenberichte ist in Portugal das General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD. Bis 2012 Instituto da Droga e da Toxicodependencia [IDT]) zuständig. Die Statistiken zu Inhaftierungen werden von dem General-Directorate of Reintegration and Prisons (DGRSP) bereitgestellt.

Für England und Wales stammen die Daten aus Statistiken und Berichten des Office for National Statistics (ONS), den Gesundheitsministerien Public Health England bzw. Wales

²³⁰ Ibid. S.33.

²³¹ Winters, K. and Arria, A. (2011). Adolescent Brain Development and Drugs. U.S. Department of Health & Human Services. 18 (2), S.24.

sowie der House of Commons Library. Zusätzlich wird auf Material des European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) zurückgegriffen. Wo möglich, werden mehrere Quellen verwendet, um die Validität und Beweiskraft der Daten zu gewährleisten.

Anzumerken ist auch eine tendenzielle Gewichtung der Analyse auf dem Gesundheitscluster. Dies ist vor allem begründet in den zuvor ausgeführten (siehe ab S.43) schwerwiegenden Konsequenzen drogenbezogener Gesundheitsschäden, die vielfach in frühzeitigen Todesfällen resultieren. Eine Reduktion solcher drogenbezogenen Gesundheitsschäden und Todesfälle war auch der vorrangige Beweggrund für die Drogenentkriminalisierung in Portugal. Die Gewichtung legitimiert sich also letztlich durch unterschiedlich schwerwiegende Konsequenzen der verschiedenen Teilbereiche Gesundheit, Strafjustiz und wirtschaftliche Kosten.

Nachstehend ist für einen besseren Überblick nochmals die Tabelle mit den zu untersuchenden abhängigen Variablen abgebildet:

Analysecluster	Zu untersuchende Faktoren/abhängige Variablen	Ausführung des Faktors
Gesundheit	• Konsumrate illegaler Substanzen generell/spezifische Substanzen (ganze Lebenszeit/in den letzten 12 Monaten): ▪ Erwachsene ▪ Heranwachsende ▪ Problematische DrogenkonsumentInnen	→ Höhe der Konsumrate spezifischer Substanzen ist relevanter/weniger relevant (z.B. Cannabis versus Heroin), abhängig von der jeweiligen Schädlichkeit → Geringere Rate heranwachsender KonsumentInnen ist erwünscht (auch hier ist die Relevanz der Konsumrate abhängig von der Substanz) → Geringere Rate problematischer KonsumentInnen ist erwünscht

	• Drogenbezogene Gesundheitsschäden ▪ Drogenbezogene Tode ▪ HIV/AIDS Rate von PDUs ▪ Hepatitis-Rate von PDUs	→ Geringerer Anteil problematischer DrogenkonsumentInnen an der Gesamtrate der Erkrankten ist erwünscht
Strafjustiz und Kriminalität	• Anzahl festgenommener Menschen wegen Substanzdelikten • Anzahl inhaftierter Menschen wegen Drogendelikten, • ‚Drogentourismus‘: Anzahl wegen Substanzdelikten festgenommener oder inhaftierter Ausländer (Fokus Portugal)	→ Geringere Anzahl ist erwünscht → Geringere Anzahl ist erwünscht → Geringere Prävalenz ist erwünscht
Wirtschaftliche Kosten	• Öffentliche drogenbezogene Ausgaben ▪ Kosten der Polizeiarbeit bezüglich Substanzdelikten ▪ Justizielle Kosten drogenbezogener Delikte ▪ Kosten des öffentlichen Gesundheitssystems	→ Ausgaben werden mit der Bilanz der vorhergehenden Cluster in Relation gesetzt; i.e. inwieweit haben die Ausgaben zu den erwünschten Resultaten geführt? → Geringere Kosten sind erwünscht → Geringere Kosten sind erwünscht → Geringere Kosten sind erwünscht

Tabelle 5. Abhängige Variablen nach thematischen Clustern.²³²

²³² Eigene Darstellung, in Anlehnung: an Nutt, D. et al. (2018), S.146.

Gesundheit

Unter dem Analysecluster ‚Gesundheit‘ werden verschiedene Faktoren untersucht. Zuerst werden die nationalen Konsumraten verschiedener Bevölkerungsgruppen bezüglich jeglicher Drogen sowie spezifischer Drogen ausgewertet, interpretiert und gegenübergestellt. Daraufgehend wird die Prävalenz problematischer DrogenkonsumentInnen untersucht. Zuletzt werden drogenbezogene Gesundheitsschäden, wie die HIV/AIDS- und Hepatitis C-Rate problematischer DrogenkonsumentInnen beleuchtet. Die nachstehende Auswertung der Konsumraten ist unterteilt in Konsumraten jeglicher illegalen Substanzen sowie Raten spezifischer Substanzen.

Konsumraten illegaler Substanzen im Allgemeinen

Vergleicht man die zuletzt gemessene allgemeine Konsumrate jeglicher illegalen Drogen (nachfolgend auch als ‚Drogen‘ bezeichnet) Englands und Wales mit der Rate Portugals, fallen vor allem die national erheblich unterschiedlichen Werte auf (siehe Diagramm 2). Wohingegen 2016 in England und Wales 34,2% der Gesamtbevölkerung (in den nationalen Statistiken alle Personen zwischen 15 und 64 Jahren) im Leben Drogen konsumiert haben²³³, liegt die Rate in Portugal bei 10,4%;²³⁴ somit haben mehr als 3-mal (3,29) so viele Menschen in England und Wales im Leben Drogen konsumiert wie in Portugal. Betrachtet man die Konsumrate der Gesamtbevölkerung des letzten Jahres, verringert sich der Unterschied, dennoch haben mit 4,8% in Portugal rund 43% weniger Menschen Drogen konsumiert²³⁵ als in England und Wales mit einer Rate von 8,5%.²³⁶ Bei der heranwachsenden Bevölkerung (in den nationalen Statistiken alle Personen zwischen 15 und 24 Jahren) zeichnet sich ein ähnliches Bild ab (siehe Diagramm 3). Mit 35,7% haben in England und Wales mehr als doppelt (2,55) so viele Menschen im Leben Drogen konsumiert,²³⁷ wie in Portugal mit einer Rate von 14%.²³⁸ In der Kategorie der Konsumrate des letzten Jahres haben mit 7,5% in Portugal rund 61% weniger Heranwachsende Drogen konsumiert²³⁹ als in England und

²³³ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²³⁴ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²³⁵ Ibid.

²³⁶ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²³⁷ Ibid.

²³⁸ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²³⁹ Ibid.

Wales mit 19,8%.²⁴⁰ Generell werden in England und Wales daher altersunabhängig deutlich mehr illegale Drogen konsumiert als in Portugal.

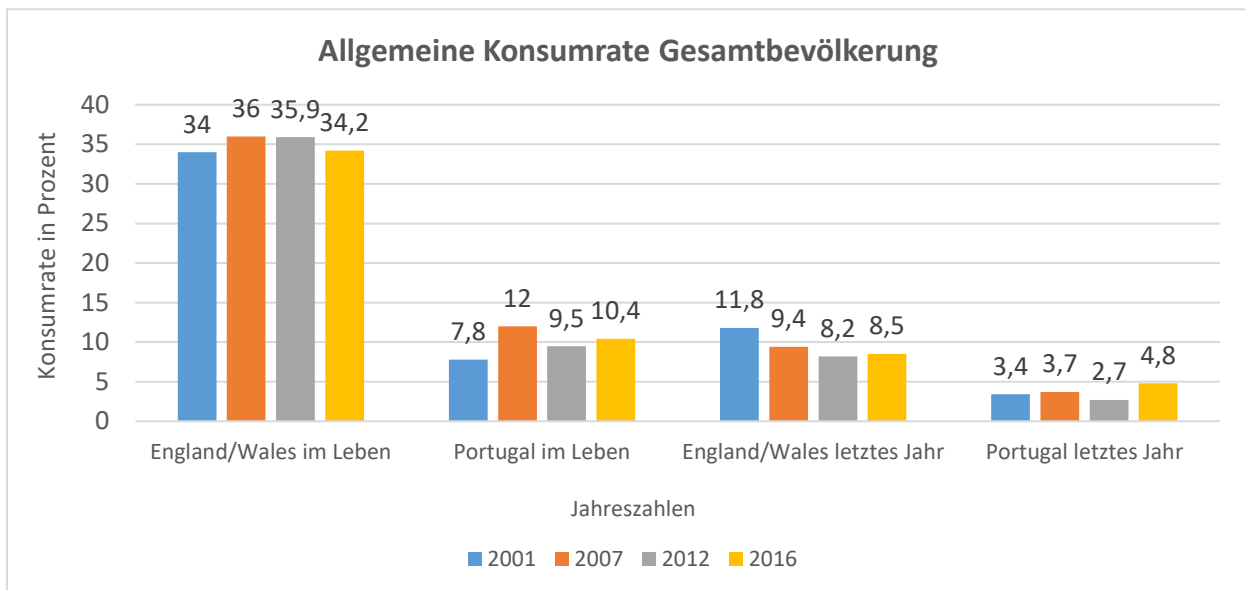


Diagramm 2. Allgemeine Konsumrate Gesamtbevölkerung.^{241 242 243}

Bei der Entwicklung der Konsumrate jeglicher Drogen in der Gesamtbevölkerung in **England und Wales** zwischen 2001 und 2016 steigt die Rate zwischen 2001 und 2007 von 34% auf 36%, und sinkt bis 2016 wieder auf 34,2%.²⁴⁴ Die Steigerung von 2001 bis 2016 ist mit 0,2 Prozentpunkten daher nur minimal. Die letztjährige Konsumrate in England und Wales sinkt zwischen 2001 und 2012 um 3,6 Prozentpunkte und steigt anschließend wieder leicht an auf 8,5%.²⁴⁵ Mit 3,3 Prozentpunkten weniger weisen England und Wales eine leicht verringerte letztjährige Konsumrate auf.

Bei der Entwicklung des Konsums jeglicher Drogen unter der heranwachsenden Bevölkerung in **England und Wales** sinkt die Rate deutlich zwischen 2001 und 2016.²⁴⁶ Wohingegen 2001 noch 49,1% angaben, jegliche illegale Drogen konsumiert zu haben, sinkt dieser Wert auf 42% in 2007, 36,8% in 2012 und 35,7% in 2016.²⁴⁷ Mit einer Differenz von 13,4

²⁴⁰ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁴¹ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁴² General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2017). Statistical Bulletin 2015 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁴³ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). Relatório Anual: 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.15.

²⁴⁴ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁴⁵ Ibid.

²⁴⁶ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁴⁷ Ibid.

Prozentpunkten lässt sich hier also eine signifikant sinkende Tendenz feststellen. Bezüglich eines letztjährigen Konsums heranwachsender Menschen lässt sich ein ähnliches Bild beobachten. Hatten 2001 noch rund 30% Drogen konsumiert, sinkt diese Rate auf 21,4% in 2007, 16,5% in 2012 und steigt wieder leicht an auf 19,8% in 2016.²⁴⁸ Mit etwas über 10 Prozentpunkten Differenz ist auch hier eine deutliche Abnahme der letztjährigen Konsumrate das Ergebnis.

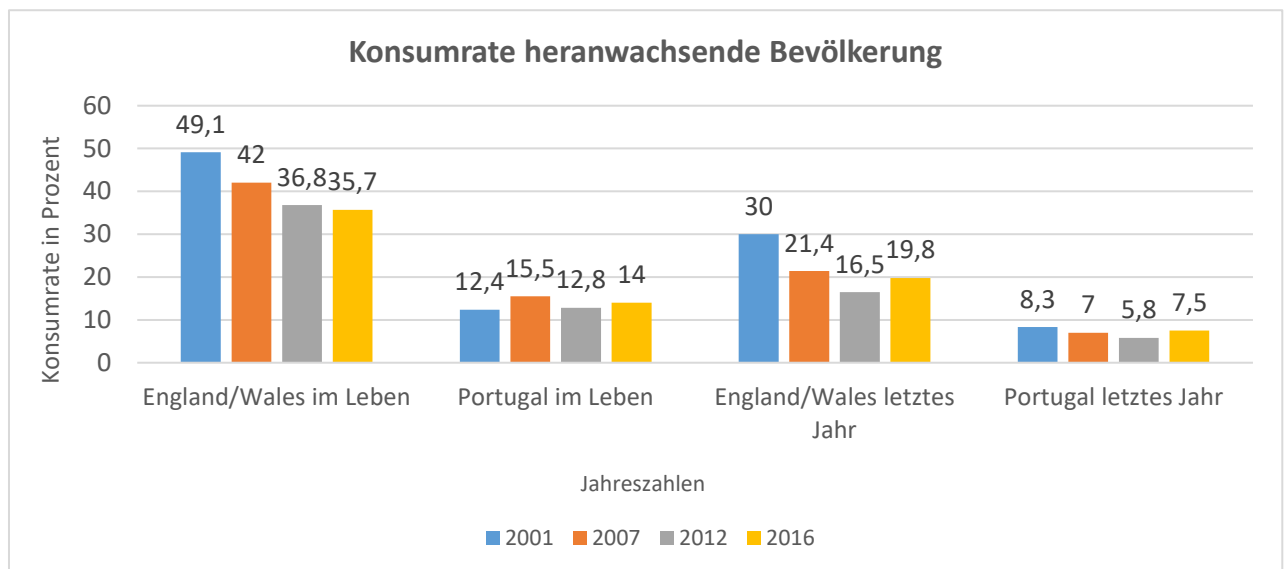


Diagramm 3. Konsumrate heranwachsende Bevölkerung.^{249 250 251}

Bei der Entwicklung der Konsumrate jeglicher Drogen unter der Gesamtbevölkerung **Portugals** zeigt sich ein anderer Trend. Haben 2001 noch 7,8% angegeben,²⁵² im Leben eine Droge konsumiert zu haben, steigt die Rate bis 2007 auf 12%,²⁵³ sinkt wieder auf 9,5% und steigt wiederum auf 10,4% in 2016.²⁵⁴ Auch die letztjährige Konsumrate der Gesamtbevölkerung steigt zwischen 2001 und 2016 mit 1,4 Prozentpunkten leicht an. Mit 3,7% in 2007 und 2,7% in 2012 bleibt die Rate über die Jahre aber verhältnismäßig konstant.²⁵⁵ Bei der Entwicklung der Konsumrate unter **portugiesischen**

²⁴⁸ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁴⁹ Ibid.

²⁵⁰ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). Relatório Anual: 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.15.

²⁵¹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁵² Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). Relatório Anual: 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.15.

²⁵³ Ibid.

²⁵⁴ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁵⁵ Ibid.

Heranwachsenden sind die Resultate ambivalent. Die Konsumrate jeglicher Drogen im Leben steigt von 2001 bis 2007 um 3,1 Prozentpunkte auf 15,5%,²⁵⁶ sinkt wieder auf 12,8% in 2012 herab und steigt wieder auf 14% bis 2016.²⁵⁷ Mit 1,6 Prozentpunkten lässt sich daher eine geringe Steigerung feststellen. Die Konsumrate der heranwachsenden Bevölkerung im letzten Jahr sinkt hingegen leicht ab. Haben 2001 noch rund 8,3% angegeben, jegliche Drogen konsumiert zu haben, sinkt dieser Wert auf 7% in 2007, 5,8% in 2012 und steigt wieder leicht an auf 7,5% in 2016.²⁵⁸

Bei den allgemeinen Konsumraten illegaler Substanzen zeigt sich, dass die Untersuchung der Konsumraten, insbesondere in Bezug auf die portugiesischen Werte, in derselben Weise eingeschränkt ist, wie bereits die Untersuchung von Hughes und Stevens von 2009.²⁵⁹ So lässt sich zwar einerseits resümierend festhalten, dass in England und Wales insbesondere unter der heranwachsenden Bevölkerung der Trend auf sinkende Konsumraten sowohl im Leben als auch im letzten Jahr hindeutet. Bei der Gesamtbevölkerung in England und Wales sind die Veränderungen über die Jahre hingegen verhältnismäßig gering. Andererseits sind die Ergebnisse der Konsumraten Portugals weniger eindeutig. Wohingegen sich bei der Gesamtbevölkerung Steigerungen der Konsumraten sowohl im Leben als auch im letzten Jahr feststellen lassen, ist die Zunahme im letzten Jahr mit 1,4 Prozentpunkten relativ gering. Dies könnte möglicherweise auf einen durch die Entkriminalisierung begünstigten experimentellen Drogenkonsum in den Jahren unmittelbar nach der Reform hindeuten, der sich in einer erhöhten Lebenskonsumrate niederschlägt, sich aber in der Rate des letzten Jahres deutlich schwächer reproduziert. Zudem ist die Signifikanz der Steigerung der portugiesischen Konsumraten grundsätzlich fraglich. Mit einer maximalen Steigerung von 2,6 Prozentpunkten (Portugal im Leben/Gesamtbevölkerung) sind alle gemessenen Anstiege relativ gering und könnten auch auf eine durch die Drogenentkriminalisierung wahrgenommene größere Akzeptanz eines Drogenkonsums hindeuten, welche sich möglicherweise auch in den Antworten der UmfrageteilnehmerInnen widerspiegelt. Hughes und Stevens führen in ihrem Artikel einen portugiesischen Beamten an, welcher folgenden Schluss zieht: „*[The] apparent increases are largely spurious. They [...] reflect increased*

²⁵⁶ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). Relatório Anual: 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.15.

²⁵⁷ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2017). Statistical Bulletin 2015 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁵⁸ Ibid.

²⁵⁹ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6), S.1005-1018.

*reporting of use due to a reduction in the stigma associated with drug use.*²⁶⁰

Nichtsdestotrotz weisen die Konsumraten Englands und Wales zweifelsohne deutlich rückläufigere Tendenzen auf als die in Portugal.

Konsumraten spezifischer Drogen

Wie zuvor angemerkt, ist es aufgrund der unterschiedlichen Schädlichkeits- und Risikopotentiale verschiedener Substanzen ungenügend, lediglich die allgemeinen Konsumraten jeglicher Drogen zu evaluieren. Hiernach werden daher die Konsumraten spezifischer Drogen begutachtet und in Verbindung mit den allgemeinen Konsumraten interpretiert.

Gesamtbevölkerung im Leben

Den allgemeinen Konsumraten jeglicher Drogen entsprechend, fallen auch bei den Konsumraten spezifischer Drogen starke nationale Unterschiede auf: Wohingegen 2016 beinahe ein Drittel (29,6%) der englischen und walisischen Gesamtbevölkerung im Leben Cannabis konsumiert hat (siehe Diagramm 4),²⁶¹ liegt die Rate in Portugal bei 10,9% (siehe Diagramm 5)²⁶² und somit bei knapp einem Drittel des britischen Wertes. Mit 9,7%²⁶³ haben rund 8-mal so viele Menschen in England und Wales Kokain konsumiert wie in Portugal, wo die Rate 2016 bei 1,2% lag.²⁶⁴ Zudem haben mit 9,1%²⁶⁵ rund 22-mal so viele Menschen in England und Wales Amphetamine konsumiert wie in Portugal mit 0,4%.²⁶⁶

Bei den letztjährigen Konsumraten verringern sich die Abstände, sie bleiben aber deutlich. Wohingegen 2016 6,6% der britischen Gesamtbevölkerung angab, Cannabis konsumiert zu haben,²⁶⁷ liegt die Rate in Portugal bei 5,1%.²⁶⁸ Kokain haben in England und Wales 2,3% der

²⁶⁰ Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? The British Journal of Criminology. 50 (6), S.1005.

²⁶¹ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁶² General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁶³ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁶⁴ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁶⁵ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁶⁶ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁶⁷ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁶⁸ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

Bevölkerung konsumiert,²⁶⁹ während dies in Portugal von 0,2% angegeben wurde.²⁷⁰ Die Konsumrate von Amphetaminen liegt mit 0,4% in England und Wales und 0% in Portugal bei beiden im sehr geringen Bereich.^{271 272}

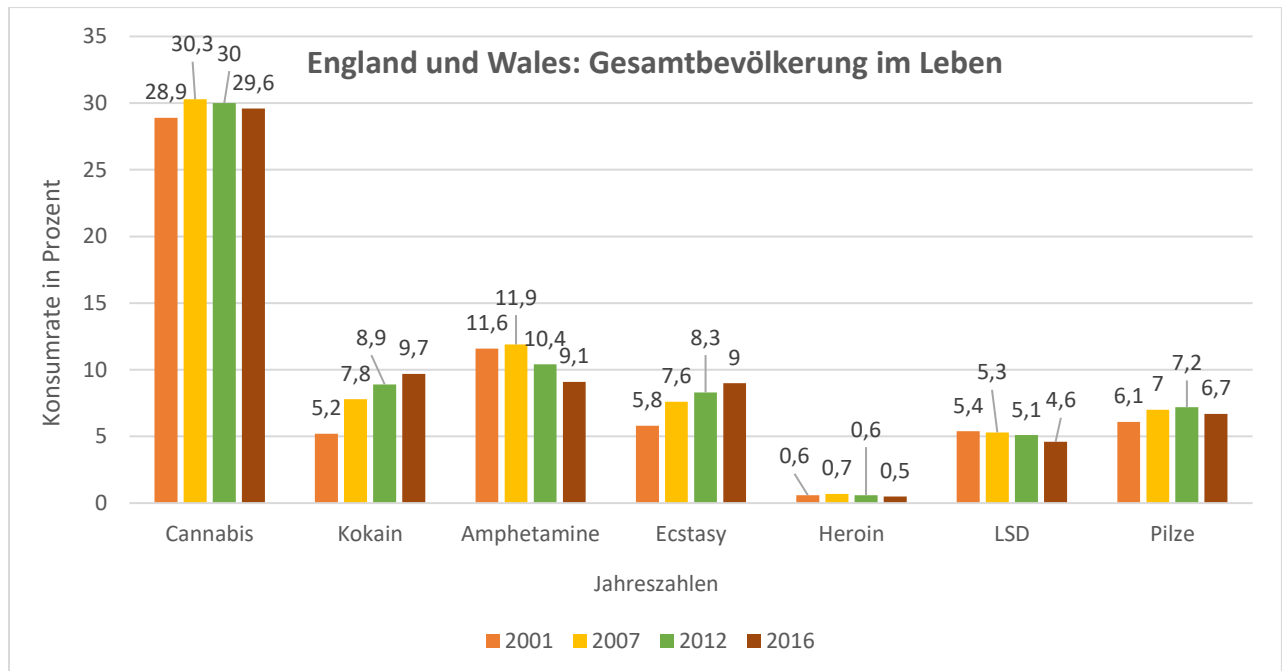


Diagramm 4. Konsumrate englischer und walisischer Gesamtbevölkerung im Leben.²⁷³

Betrachtet man die Entwicklungen der Konsumraten der Gesamtbevölkerung über die Jahre in **England und Wales** (siehe Diagramm 4), bleibt der Cannabiskonsum quasi konstant. Mit einer Steigerung zwischen 2001 und 2016 von 0,7 Prozentpunkten auf 29,6% ist die Differenz minimal.²⁷⁴ Der Heroinkonsum bleibt mit einer Differenz von 0,1 ebenfalls beinahe konstant. Hatten 2001 noch 0,6% der Gesamtbevölkerung angegeben, im Leben Heroin konsumiert zu haben, lag der Wert 2016 bei 0,5%.²⁷⁵ Deutlich zugenommen hat hingegen der Kokainkonsum, welcher zwischen 2001 und 2016 konstant ansteigt. Haben 2001 noch 5,2% angeführt Kokain konsumiert zu haben, steigt die Rate 2007 auf 7,8%, 2012 auf 8,9% und 2016 auf 9,7%.²⁷⁶ Somit haben 2016 beinahe doppelt so viele Menschen (Faktor

²⁶⁹ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁷⁰ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁷¹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁷² Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁷³ Ibid.

²⁷⁴ Ibid.

²⁷⁵ Ibid.

²⁷⁶ Ibid.

1,87) Kokain konsumiert wie im Jahr 2001. Die Auswirkungen dieses gestiegenen Kokainkonsums werden in den Kapiteln zur Anzahl problematischer KonsumentInnen (siehe ab S.65) und der Rate an Drogentoten (siehe ab S.68) eingehender behandelt. Auch beim Konsum von Ecstasy lässt sich eine signifikante Steigerung feststellen; Haben 2001 noch 5,8% Ecstasy konsumiert, steigt die Rate bis 2007 auf 7,6%, 2012 auf 8,3 und 2016 auf 9%.²⁷⁷ Dementsprechend haben eineinhalb mal so viele Menschen 2016 Ecstasy konsumiert wie noch 2001.

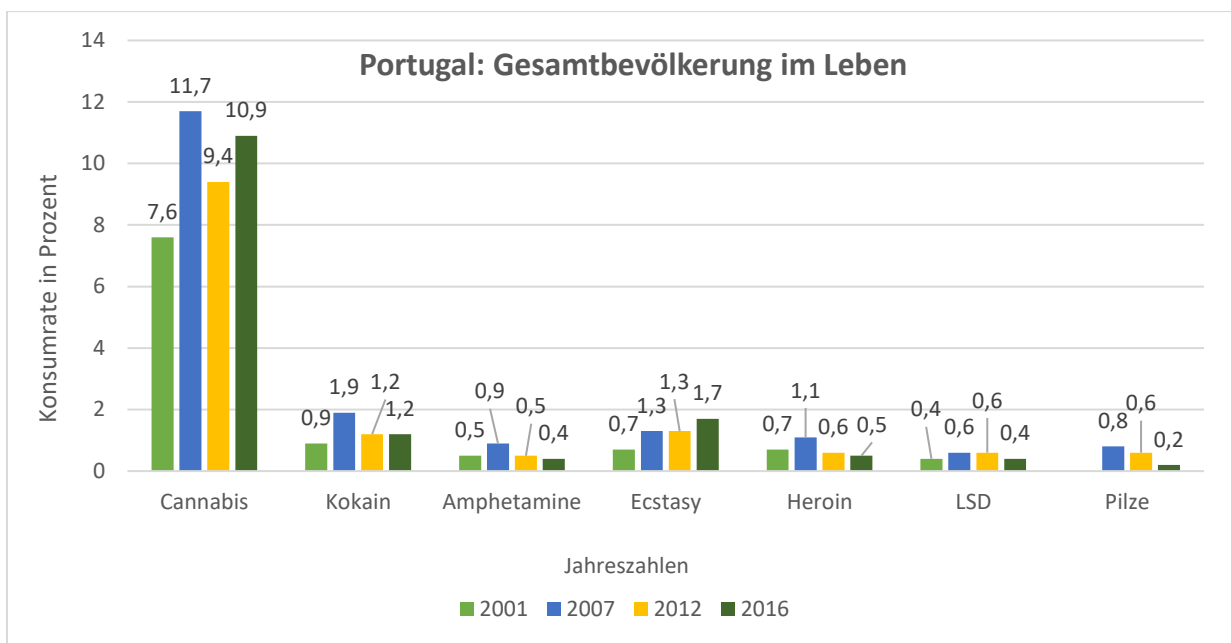


Diagramm 5. Konsumrate portugiesischer Gesamtbevölkerung im Leben.^{278 279}

Untersucht man die Entwicklungen der Konsumraten der Gesamtbevölkerung in **Portugal** (siehe Diagramm 5), lässt sich eine leichte Steigerung des Cannabiskonsums feststellen. Hatten 2001 noch rund 7,6% angeführt, Cannabis konsumiert zu haben, stieg der Wert bis 2007 auf 11,7%, sank bis 2012 wieder auf 9,4% und stieg wiederum auf 10,9% bis 2016.²⁸⁰ Mit einer Differenz von 3,3 Prozentpunkten ist die Steigerung mäßig. Auch der Kokainkonsum hat leicht zugenommen; mit einer Differenz von 0,3 Prozentpunkten ist die Zunahme jedoch relativ gering und liegt 2016 bei 1,2%. Zuvor war die Rate bis 2007 auf 1,9% angestiegen und

²⁷⁷ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁷⁸ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

²⁷⁹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁸⁰ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

bis 2012 wieder auf 1,2% abgesunken, wo die Rate verblieb.²⁸¹ Mit ungefähr einem Prozentpunkt Differenz ist die Konsumrate von Ecstasy zwischen 2001 und 2016 leicht angestiegen und lag 2016 bei 1,7%.²⁸² 2007 und 2012 hatten noch rund 1,3% der Gesamtbevölkerung angegeben, Ecstasy im Leben konsumiert zu haben.²⁸³ Wie in England und Wales hat sich die Konsumrate von Heroin nur minimal reduziert. 2001 gaben 0,7% der Bevölkerung an, Heroin im letzten Jahr konsumiert zu haben, 2016 waren es 0,5%. Auch wurden weniger Pilze konsumiert, von 0,8% in 2001 reduzierte sich die Rate auf 0,2% in 2016.²⁸⁴

Aus den evaluierten Konsumraten spezifischer Drogen lassen sich zwei Schlüsse ziehen. Den deutlichsten Zuwachs über die Jahre in Portugal hat der Cannabiskonsum erfahren. Die Zunahme des Kokain- und Ecstasykonsums ist deutlich geringer, alle weiteren Substanzen weisen eine gleichbleibende oder sinkende Tendenz auf. Daraus folgt auch, dass die gestiegene Konsumrate jeglicher Drogen im Leben in Portugal zum größten Teil auf einen gestiegenen Cannabiskonsum zurückzuführen ist. In England und Wales hingegen finden sich die größten Zunahmen beim Kokain- und Ecstasykonsum wieder, welche beide ein relativ größeres Schädlichkeitspotential als Cannabis haben (siehe S.42). Der Anstieg der allgemeinen Konsumrate im Leben ist in Portugal daher stärker, dafür aber bedingt durch den Anstieg des Konsums einer verhältnismäßig weniger risikobehafteten Substanz als in England und Wales.

Gesamtbevölkerung letztes Jahr

Bei den letztjährigen Konsumraten der Gesamtbevölkerung in **England und Wales** (siehe Diagramm 6) sinkt der Cannabiskonsum von 2001 bis 2016 um 3,9 Prozentpunkte. Gaben 2001 10,5% an, Cannabis konsumiert zu haben, waren es 2007 noch 7,5% und 2012 6,3%.²⁸⁵ Bis 2016 stieg der Wert wieder auf 6,6%.²⁸⁶ Auch der Konsum von Amphetaminen verringerte sich über die Jahre um 1 Prozentpunkt. Konsumierten 2001 noch 1,5% der Gesamtbevölkerung Amphetamine, waren es 2007 noch 1% und 2016 0,4%.²⁸⁷ Zudem ist der

²⁸¹ Ibid.

²⁸² General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁸³ Ibid.

²⁸⁴ Ibid.

²⁸⁵ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁸⁶ Ibid.

²⁸⁷ Ibid.

Konsum von Ecstasy zurückgegangen, von 2,1% in 2001 auf 1,3% in 2016.²⁸⁸ Der Kokainkonsum hingegen ist leicht angestiegen, von einer Konsumrate von 1,9% in 2001 bis zu 2,3% in 2016.²⁸⁹ Mit 0,4 Prozentpunkten ist der Anstieg lediglich moderat.

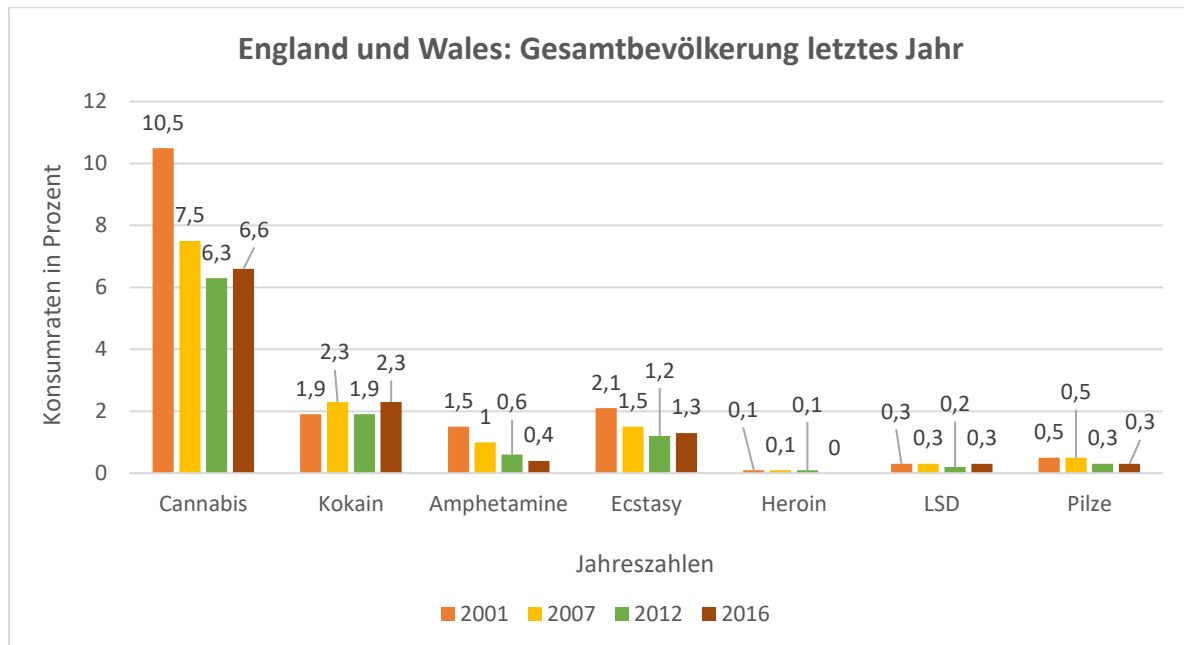


Diagramm 6. Konsumrate englischer und walisischer Gesamtbevölkerung letztes Jahr.²⁹⁰

Bei den letztjährigen Konsumraten der Gesamtbevölkerung in **Portugal** (siehe Diagramm 7) sind zwei Trends zu beobachten; einerseits steigt der Cannabiskonsum über die Jahre um 1,8 Prozentpunkte auf 5,1% in 2016, wobei der Wert zuvor auf 2,7% in 2012 gesunken war.²⁹¹ Andererseits weisen alle anderen Substanzen eine abnehmende Tendenz auf. Hatten 2001 noch 0,3% der Menschen angeführt, im letzten Jahr Kokain konsumiert zu haben, stieg der Wert bis 2007 auf 0,6% und sank dann wieder auf 0,2% in 2012, wo die Rate auch 2016 blieb.²⁹² ²⁹³ Mit 0,1 Prozentpunkt Differenz ist der Rückgang minimal. Wohingegen 2001 0,4% der Gesamtbevölkerung angegeben hatte, Ecstasy in den letzten zwölf Monaten konsumiert zu haben, sank der Wert bis 2012 auf 0,3% und bis 2016 auf 0,1%.²⁹⁴ ²⁹⁵

²⁸⁸ Ibid.

²⁸⁹ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁹⁰ Ibid.

²⁹¹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2017). Statistical Bulletin 2015 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁹² Ibid.

²⁹³ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁹⁴ Ibid.

²⁹⁵ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2017). Statistical Bulletin 2015 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

Der Heroinkonsum sank ebenfalls von 0,2% in 2001 auf 0,1% in 2016, der Amphetaminkonsum sank von 0,1% auf 0%.²⁹⁶

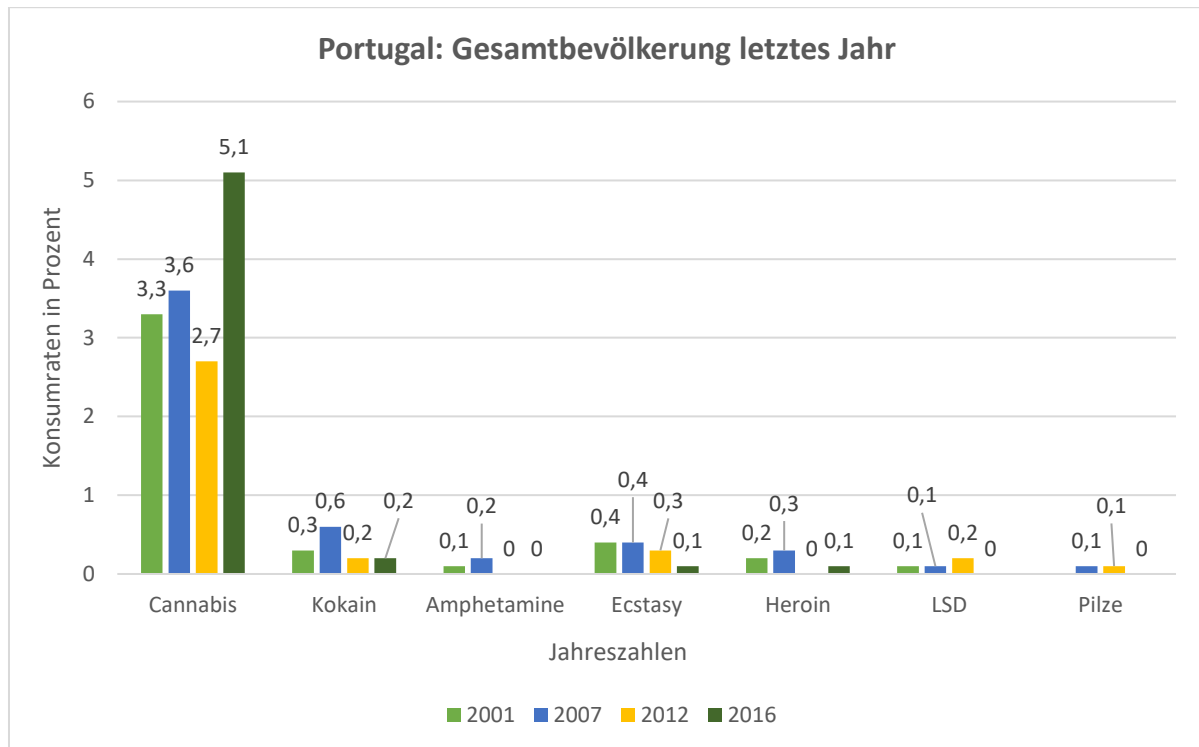


Diagramm 7. Konsumrate portugiesischer Gesamtbevölkerung letztes Jahr.²⁹⁷

Die Werte des letztjährigen Konsums spezifischer Substanzen deuten im Falle Englands und Wales also darauf hin, dass mit einer Differenz von 3,9 Prozentpunkten die sinkende Konsumrate jeglicher Substanzen (um 3,3 Prozentpunkte) größtenteils auf einen sinkenden Cannabiskonsum, und in geringerem Ausmaß auch auf einen sinkenden Amphetamin- und Ecstasykonsum (jeweils 1,1 und 0,8 Prozentpunkte) zurückzuführen ist. Die Steigerung der letztjährigen Konsumrate jeglicher Drogen in Portugal (1,4 Prozentpunkte, siehe Diagramm 2) hingegen ist ausschließlich bedingt durch den gestiegenen Cannabiskonsum, da alle anderen Substanzen eine abnehmende Konsumrate aufweisen.

²⁹⁶ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2017). Statistical Bulletin 2015 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

²⁹⁷ Ibid.

Heranwachsende Bevölkerung im Leben

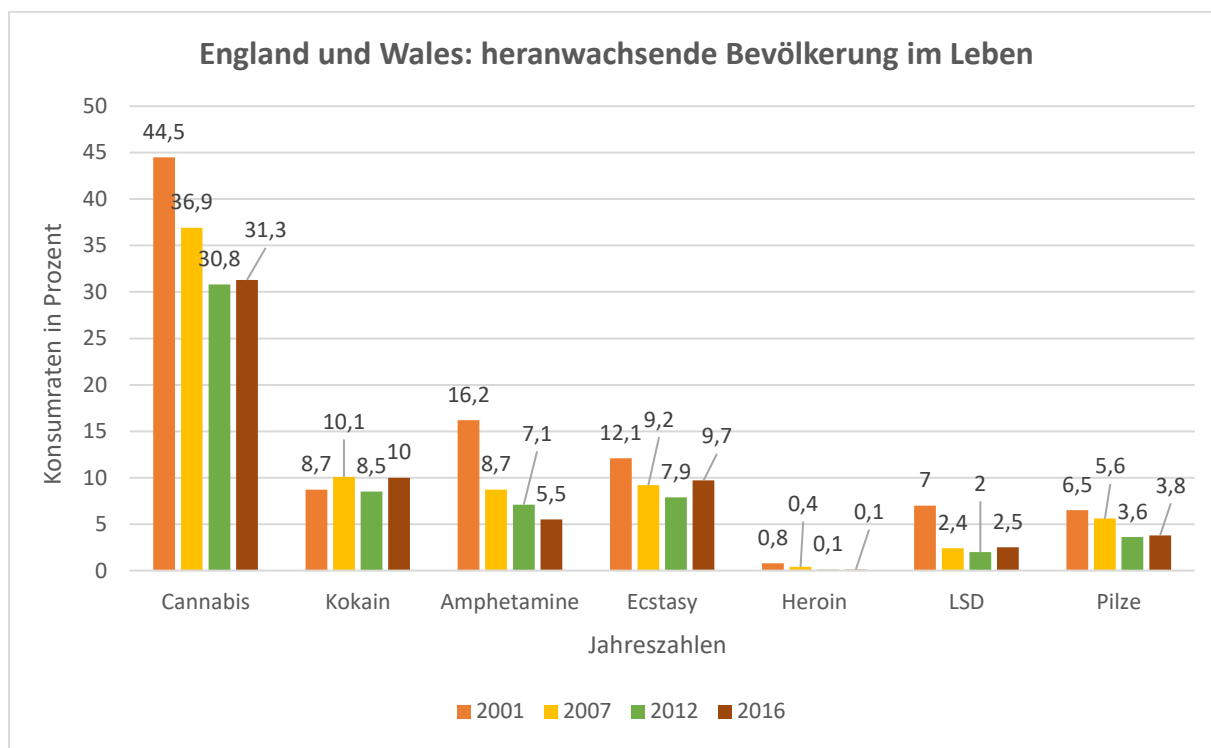


Diagramm 8. Konsumrate englischer und walisischer heranwachsender Bevölkerung im Leben.²⁹⁸

In **England und Wales** sinken die Konsumraten unter der heranwachsenden Bevölkerung aller spezifischen Substanzen, abgesehen von Kokain (siehe Diagramm 8).²⁹⁹ Mit 13,2 Prozentpunkten zwischen 2001 und 2016 ist der Rückgang des Cannabiskonsums am signifikantesten. Hatten 2001 noch 44,5% der Heranwachsenden angegeben, im Leben bereits Cannabis konsumiert zu haben, sinkt dieser Wert auf 36,9% in 2007, 30,8% in 2012 und steigt wieder leicht auf 31,3% in 2016.³⁰⁰ Ebenfalls sehr deutlich ist die Abnahme des Amphetaminkonsums um 10,7 Prozentpunkte zwischen 2001 und 2016. Wohingegen 2001 noch rund 16,2% anführten, Amphetamine konsumiert zu haben, waren es 2007 8,7%, 2012 7,1% und 5,5% im Jahr 2016.³⁰¹ Der Konsum von Heroin geht im Verlauf der Jahre um 0,7 Prozentpunkte zurück, von 0,8% in 2001 auf 0,1% in 2016.³⁰² Der Kokainkonsum hingegen steigt von 2001 bis 2007 um 1,4 Prozentpunkte auf 10,1%, sinkt

²⁹⁸ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

²⁹⁹ Ibid.

³⁰⁰ Ibid.

³⁰¹ Ibid.

³⁰² Ibid.

bis 2012 auf 8,5% und steigt wiederum auf 10% bis 2016.³⁰³ Mit einer Steigerung von 1,3 Prozentpunkten ist die Zunahme moderat.

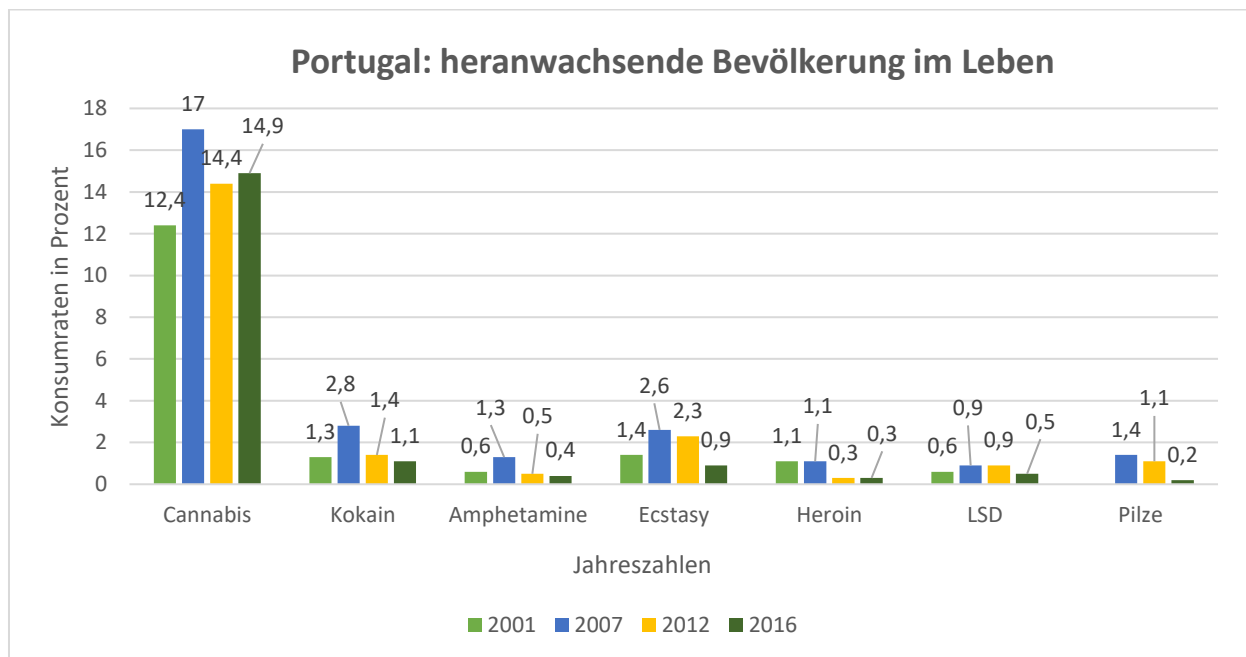


Diagramm 9. Konsumrate portugiesischer heranwachsender Bevölkerung im Leben.^{304 305}

In **Portugal** sinken alle Konsumraten abgesehen von Cannabis (siehe Diagramm 9), wobei die Abnahmen hier geringer sind als in England und Wales. Mit einem Anstieg von 2,5 Prozentpunkten konsumieren etwas mehr Heranwachsende 2016 Cannabis als 2001. Zuvor war die Konsumrate bis 2007 auf 17% gestiegen, sank bis 2012 auf 14,4% und stieg geringfügig auf 14,9% im Jahr 2016.^{306 307} Der Konsum von Kokain geht im Gegensatz zu England und Wales herunter; hatten 2001 noch 1,3% Kokain konsumiert, stieg der Wert bis 2007 auf 2,8% an, sank auf 1,4% in 2012 und 1,1% in 2016.^{308 309} Die Veränderung ist mit 0,2 Prozentpunkten minimal. Der Konsum von Ecstasy hat sich ebenfalls reduziert, von 1,4% in

³⁰³ Ibid.

³⁰⁴ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

³⁰⁵ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

³⁰⁶ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2017). Statistical Bulletin 2015 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

³⁰⁷ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

³⁰⁸ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

³⁰⁹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

2001 zu 0,9% in 2016.³¹⁰ Auch hier stieg der Wert zuerst an auf 2,6% bis 2007 und sank dann auf 2,3% bis 2012 und 0,9% bis 2016.³¹¹ Der Heroinkonsum ging von 1,1% auf 0,3% herunter und weist somit einen Rückgang von 0,8 Prozentpunkten über die Jahre auf.³¹²

Bei den Konsumraten im Leben der heranwachsenden Bevölkerung lässt sich zusammenfassen, dass in England und Wales die Werte jeglicher Drogen vor allem aufgrund eines deutlich reduzierten Cannabiskonsums und in etwas geringerem Ausmaß auch eines reduzierten Amphetaminkonsums sinken. Die steigende Konsumrate im Leben heranwachsender Portugiesinnen und Portugiesen ist wie auch bei der Gesamtbevölkerung auf den leicht gestiegenen Cannabiskonsum zurückzuführen, da alle anderen Drogen eine sinkende Tendenz aufweisen. Bemerkenswert ist, dass in Portugal bei allen Drogen zwischen 2001 und 2007 – und somit in den Jahren unmittelbar nach der Entkriminalisierung – der Konsum anstieg, um danach wieder abzusinken. Dies spricht für einen zuvor thematisierten experimentellen Drogenkonsum, möglicherweise begünstigt durch die Gesetzesreform, gefolgt von einem Rückgang des experimentellen Konsums nach einigen Jahren. Eine Erklärung hierfür könnte das stete Nachlassen des ‚Neuheitswertes‘ der Entkriminalisierung sein.

³¹⁰ Ibid.

³¹¹ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

³¹² Ibid.

Heranwachsende Bevölkerung letztes Jahr

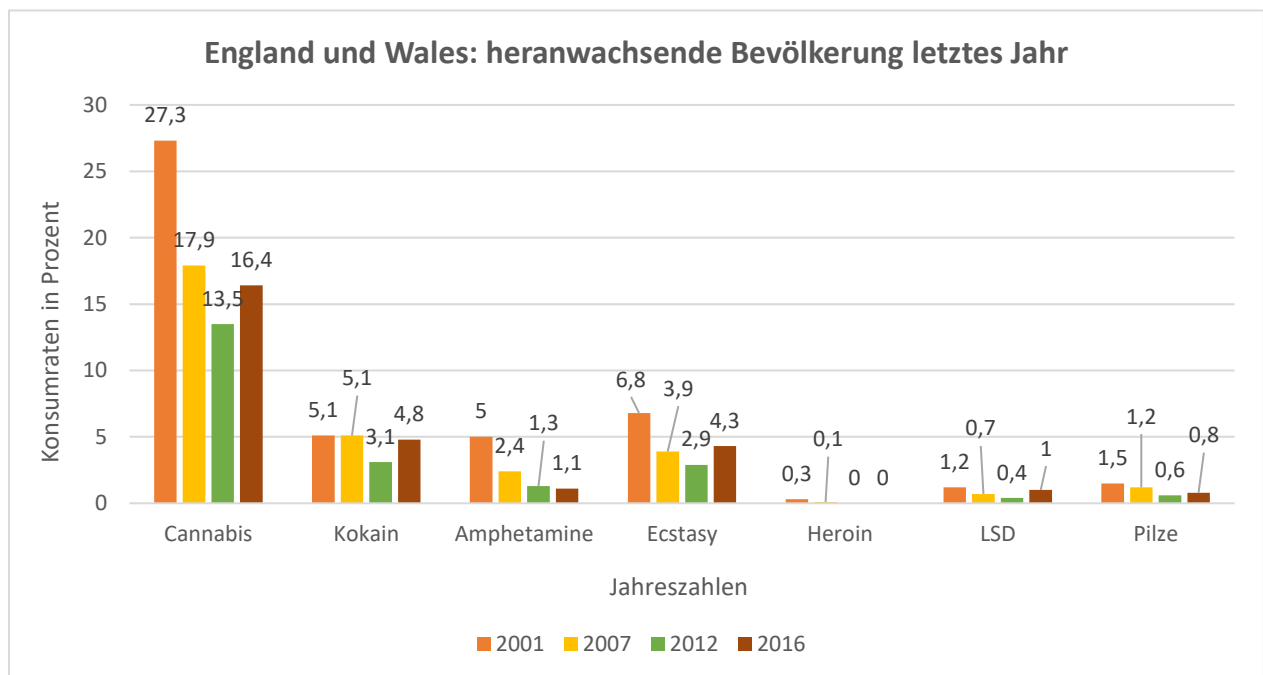


Diagramm 10. Konsumrate englischer und walisischer heranwachsender Bevölkerung letztes Jahr.³¹³

Bei der **englischen und walisischen** heranwachsenden Bevölkerung nimmt der letztjährige Konsum aller spezifischen Drogen ab (siehe Diagramm 10). Mit 10,9 Prozentpunkten Differenz ist der Unterschied am größten beim Cannabiskonsum, welcher von 27,3% in 2001 auf 16,4% in 2016 sinkt.³¹⁴ Auch der Amphetaminkonsum sinkt signifikant, von 5% in 2001, auf 2,4% in 2007, 1,3% in 2012 und schließlich 1,1% im Jahr 2016.³¹⁵ Die Konsumrate von Ecstasy nimmt über die Jahre um 2,5 Prozentpunkte ab, mit einem Wert von 4,3% in 2016.³¹⁶ Der Heroinkonsum geht gegen 0 im Jahr 2016, runter von einem Wert von 0,3% in 2001.³¹⁷

³¹³ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

³¹⁴ Office for National Statistics. (2018). Drug Misuse Tables 1996 - 2017. Crime Survey for England and Wales.

³¹⁵ Ibid.

³¹⁶ Ibid.

³¹⁷ Ibid.

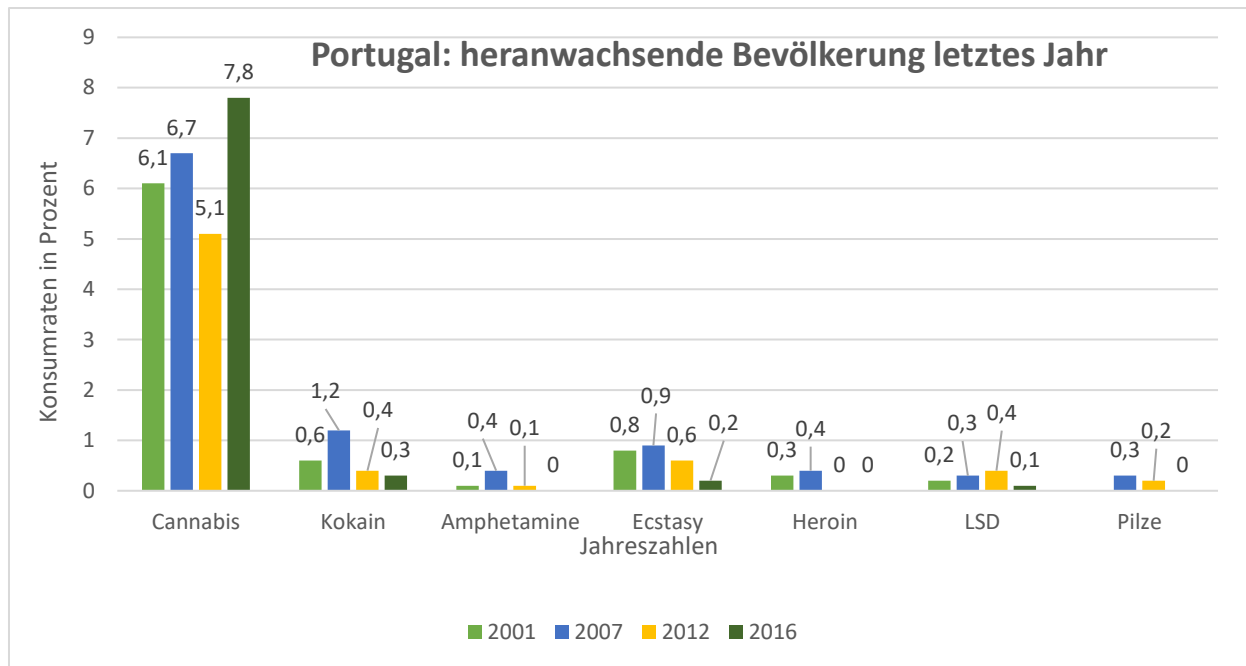


Diagramm 11. Konsumrate portugiesischer heranwachsender Bevölkerung letztes Jahr.^{318 319}

In **Portugal** sinken ebenfalls die Konsumraten aller spezifischen Drogen, abgesehen von Cannabis (siehe Diagramm 11). Hatten 2001 noch rund 6,1% aller Heranwachsenden Cannabis konsumiert, stieg der Wert bis 2007 auf 6,7%, sinkt auf den Tiefstwert 5,1% und steigt wiederum auf 7,8% bis 2016.^{320 321} Der Konsum von Kokain stieg gleichsam zuerst an bis 2007 um 0,6 Prozentpunkte auf 1,2% und sank dann wieder auf 0,4% in 2012 und 0,3% in 2016.³²² Der Ecstasykonsum ging um 0,6 Prozentpunkte zurück und liegt daher bei 0,2% im Jahr 2016.³²³ Wie auch in England und Wales geht der Heroinkonsum im Jahr 2016 gegen 0, herunter von einem Wert von 0,3% in 2001.³²⁴

Nachfolgend werden die nationalen Prävalenzen problematischer SubstanzkonsumentInnen betrachtet.

³¹⁸ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

³¹⁹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

³²⁰ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19.

³²¹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

³²² Ibid.

³²³ Ibid.

³²⁴ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3.

Wie im Forschungsdesign ausgearbeitet wurde, ist der Untersuchungsfokus auf problematische DrogenkonsumentInnen begründet in den – verglichen mit der ‚Allgemeinbevölkerung‘ – schwerwiegenderen und weitverbreiteteren gesundheitlichen Schäden (bis hin zum Tod), welche direkt oder indirekt aus dem Substanzkonsum resultieren. Jede Methode, die Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen in einer Gesellschaft einzuschätzen, hat ihre jeweiligen Einschränkungen. Da direkte Datengewinnungsmethoden, wie Bevölkerungserhebungen, problematische SubstanzkonsumentInnen nur selten und nicht repräsentativ erfassen,³²⁵ wird meist auf indirekte Methoden zur Prävalenzschätzung zurückgegriffen. Eine der gängigsten und präzisesten Methoden ist die ‚Capture-Recapture Methode‘ (CRM), welche ursprünglich entwickelt wurde, um die Population wilder Tiere einzuschätzen. Mithilfe dieser Methode, welche aufgrund eines Konfidenzintervalls von 95% als „preferred/gold standard“³²⁶ Methode zur Einschätzung problematischen Drogenkonsums gilt, wird die ‚Nicht-Erfassung‘ („under-ascertainment“) problematischer KonsumentInnen auf Grundlage mindestens zweier verschiedener Stichproben hochgerechnet.³²⁷ Sowohl die Schätzungen bezüglich problematischer DrogenkonsumentInnen in England und Wales, als auch in Portugal basieren auf dieser ‚Capture-Recapture Methode‘, was für die Vergleichbarkeit der Werte günstig ist.^{328 329} Da die Schätzungen auf nationalen Stichproben bzw. Datenbanken beruhen, welche auf unterschiedliche Weisen Daten zusammentragen, muss die Vergleichbarkeit zwischen den Ländern aber in gewissem Maße trotzdem als eingeschränkt gesehen werden. Zudem sind nicht für alle Jahre Daten verfügbar, weswegen nur die Vorhandenen abgebildet werden. Dennoch lassen sich in den vorliegenden Werten Tendenzen erkennen, welche eine Beantwortung der Forschungsfrage zulassen.

³²⁵ Hickmann, M. et al. (2005). Indirect Methods to Estimate Prevalence. *Epidemiology of Drug Abuse*. S.113-114.

³²⁶ Hickmann, M. et al. (2006). Estimating prevalence of injecting drug use: a comparison of multiplier and capture – recapture methods in cities in England and Russia. *Drug and Alcohol Review*. 25. S.131.

³²⁷ Stimson, G. et al. (1996). Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. *EMCDDA Scientific Monograph Series*. 1. S.77-79.

³²⁸ Crawford, C. et al. (2015). United Kingdom drug situation: Focal Point Annual report 2015. *United Kingdom Drug Situation*. S.54-55.

³²⁹ General-Directorate for Intervention in Addictive Behaviours and Dependencies. (2017). Opioid Use. Summary 2017. *Relatórios*. S.4-6.

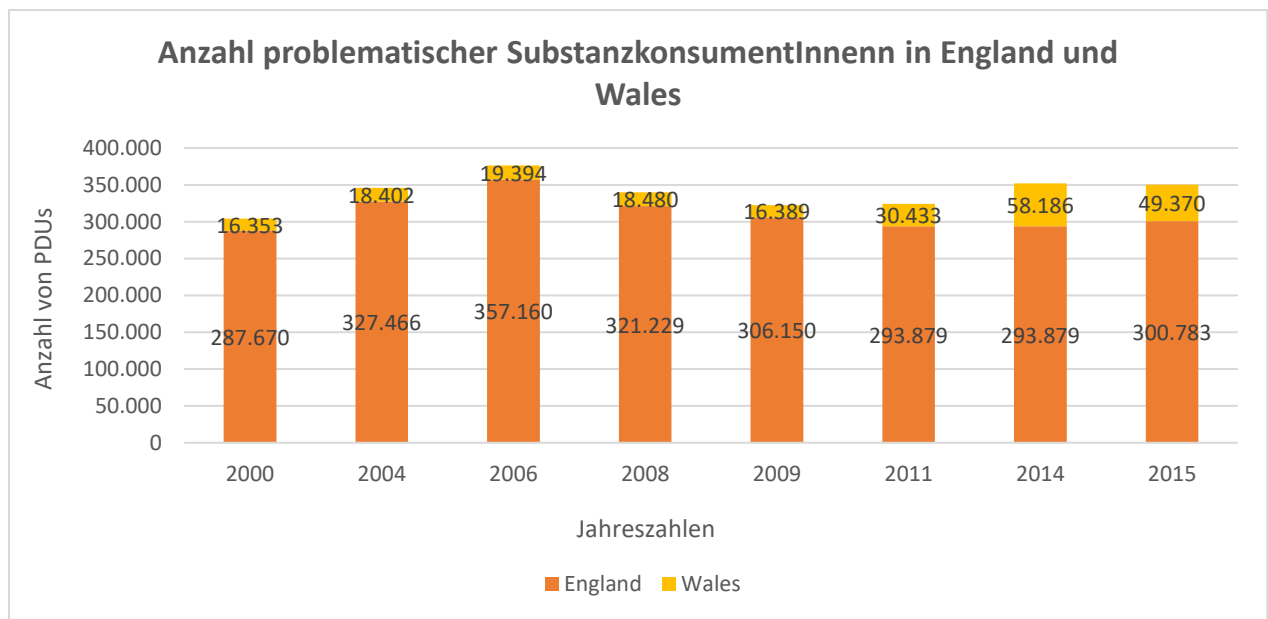


Diagramm 12. Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen in England und Wales. Fehlende Jahresdaten wurden ausgelassen.^{330 331 332 333}

Diagramm 12 zeigt die hochgerechneten Mittelwerte problematischer SubstanzkonsumentInnen in England und Wales zwischen 2000 und 2015, wobei für mehrere Jahre Daten fehlen. Die Entwicklung zeigt einen gleichmäßigen Anstieg bei beiden Ländern von 2000 bis 2006 um knapp 24% auf 377.000 problematische KonsumentInnen. Bis 2009 nimmt die geschätzte Anzahl wieder ab um 14% auf 323.000. In den nachfolgenden Jahren bleibt die Anzahl in England verhältnismäßig konstant, während die Anzahl in Wales deutlich steigt. Werden in Wales 2009 noch rund 16.000 problematische SubstanzkonsumentInnen geschätzt, steigt dieser Wert auf ca. 30.000 im Jahr 2011, 58.000 im Jahr 2014 und geht wieder zurück auf 49.000 im Jahr 2015. Somit werden im Jahr 2015 rund drei Mal so viele problematische SubstanzkonsumentInnen in Wales vermutet, wie im Jahr 2000. Dieser Anstieg deckt sich mit einer Zunahme drogenbezogener stationärer Krankenhausaufnahmen in Wales; zwar ist die Mehrheit der stationären Aufnahmen weiterhin opioiden Substanzen geschuldet, der Anstieg selbst ist aber wohl auf einen gestiegenen problematischen Kokainkonsum zurückzuführen. So nahm laut dem NHS

³³⁰ Crawford, C. et al. (2015). United Kingdom Drug Situation: 2015 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.54-55.

³³¹ Davies, C. et al. (2011). United Kingdom Drug Situation 2011 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.68-70.

³³² Eaton, G. et al. (2008). United Kingdom Drug Situation: 2015 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.78-79.

³³³ Eaton G. et al. (2007). 2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.56.

Wales die Anzahl der Krankenhausaufnahmen in Wales wegen problematischen Kokainkonsums zwischen 2012 und 2017 um 114% für alle Altersgruppen zwischen 15 und 64 zu.³³⁴ Als Begründung für den gestiegenen problematischen Kokainkonsum werden vor allem stark gesunkene Kokainpreise in Wales angeführt. Dies deckt sich auch mit der vorhergehenden Analyse der Konsumraten spezifischer Substanzen, wobei ein sehr deutlicher Anstieg des Kokainkonsums festgestellt wurde (siehe ab S.55). Hatten 2001 noch 5,2% angegeben, Kokain konsumiert zu haben, stieg die Rate bis 2016 auf 9,7%. Dies bedeutet eine beinahe doppelt so hohe Konsumrate wie im Jahr 2001.

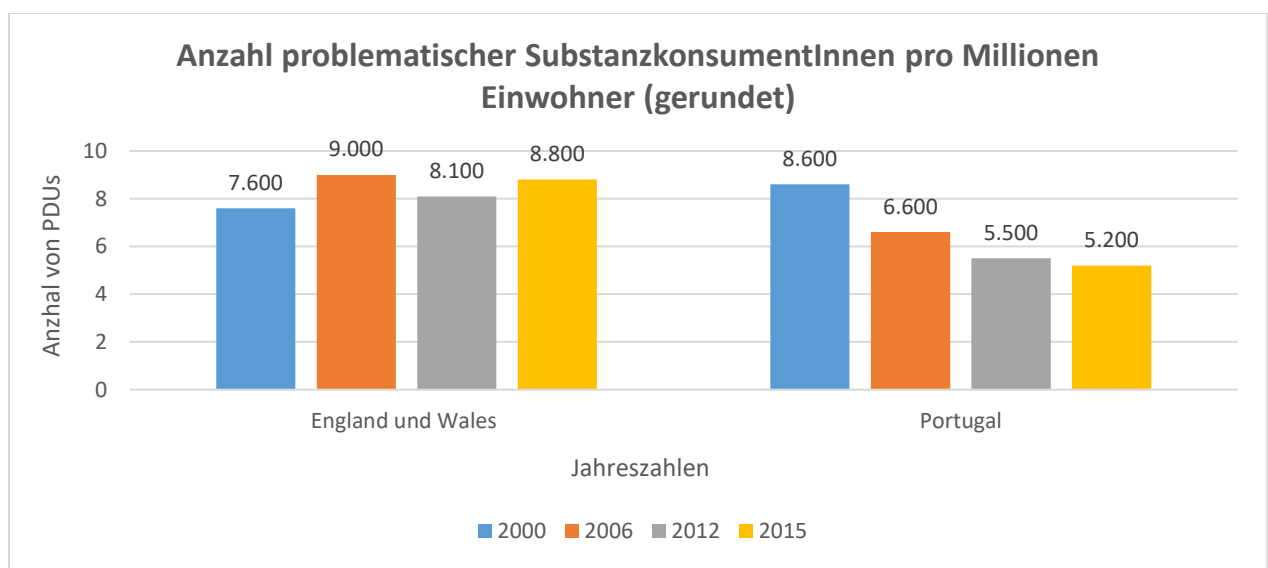


Diagramm 13. Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen pro Millionen Einwohner.^{335 336}

Diagramm 13 zeigt die gerundete Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen pro Millionen Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren in Portugal und England mit Wales. Die Betrachtung der Zahlen pro Millionen Einwohner anstatt der absoluten Zahlen gewährleistet dabei die Vergleichbarkeit der Zahlen unabhängig von der Bevölkerungsgröße. Wie bereits angemerkt steigt im Falle Englands und Wales bis 2006 die Rate von 7.600 auf 9.000 KonsumentInnen pro Millionen Einwohner und geht dann wieder zurück auf 8.100. Vor allem durch den Anstieg problematischer KonsumentInnen in Wales geht die Rate wieder hoch auf 8.800 pro Millionen Einwohner. Im Falle Portugals zeigt sich ein anderer Trend. Wurden in Portugal im Jahr 2000 noch 8.600 problematische

³³⁴ Public Health Wales. (2018). Cocaine-related hospital admissions on the rise in Wales. Verfügbar: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/news/49730>. Zuletzt besucht am 01.03.2019.

³³⁵ General-Directorate for Intervention in Addictive Behaviours and Dependencies. (2017). Opioid Use. Summary 2017. *Relatórios*. S.4-6.

³³⁶ Crawford, C. et al. (2015). United Kingdom Drug Situation: 2015 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.54-55.

SubstanzkonsumentInnen pro Millionen Einwohner geschätzt, nimmt diese Rate über die Jahre kontinuierlich ab. 2006 liegen Schätzungen bei 6.600, 2012 bei 5.500 und schließlich 5.200 im Jahr 2015. Das entspricht einer Reduktion von knapp 40% zwischen 2000 und 2015. Wohingegen die Anzahl problematischer Konsumenten in England und Wales also moderat ansteigt, sinkt diese in Portugal deutlich.

Der nächste Abschnitt untersucht als abhängige Variablen verschiedene drogenbezogene Gesundheitsschäden, wie drogenbezogene Tode und Krankheiten wie Hepatitis und HIV.

Drogenbezogene Gesundheitsschäden

Sowohl VerfechterInnen drogenpolitischer Nulltoleranzstrategien, als auch EntkriminalisierungsbefürworterInnen streben gemeinhin an, drogenbezogene Gesundheitsschäden in der Gesellschaft zu vermeiden bzw. zu minimieren. Wie zuvor konstatiert wurde (siehe ab S.43), ist es vor allem die Bevölkerung problematischer SubstanzkonsumentInnen, welche überproportional von drogenbezogenen gesundheitlichen Schäden betroffen ist. Untersucht werden daher die Krankheiten, welche insbesondere in dieser Bevölkerungsgruppe weitverbreitet sind und gravierende Schäden verursachen, sowie drogenbezogene Tode selbst.

Drogenbezogene Tode

Drogenbezogene Tode können viele verschiedene Ursachen haben und variieren je nach konsumierter Droge (bzw. Drogen bei multiplem Substanzgebrauch) und den begleitenden Lebensumständen. Unterschieden wird grundlegend zwischen drogenspezifischen Toden, also unmittelbar durch den Drogenkonsum ausgelöste Tode (z.B. der ‚goldene Schuss‘), und drogenbezogenen Toden, welche durch Krankheiten sowie begleitende, oftmals ‚ungesunde‘ Lebensumstände problematischer KonsumentInnen verursacht werden.³³⁷ Ferner sind es nicht immer die Substanzen selbst, welche die gesundheitlichen Schäden auslösen. So schädigt beispielsweise der Konsum von reinem Heroin selbst die Organe eines Menschen nicht. Erst durch die Beimischung schädlicher Streckmittel entstehen innere Organschäden, welche später zu einem Organversagen und in letzter Konsequenz zum Tod führen können.³³⁸

Analysiert werden alle drogenbezogenen Tode nach der Definition der ‚International

³³⁷ Mathers, B. et al. (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bulletin World Health Organ. 91. S.102-104.

³³⁸ Ibid.

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems‘ (ICD 11), welche das britische Office for National Statistics (ONS) folgendermaßen beschreibt:

“The definition of a drug misuse death is one where either the underlying cause is drug abuse or drug dependence, or the underlying cause is drug poisoning and [any controlled substances] are involved.”³³⁹

Diese Definition unterscheidet sich also explizit von reinen Drogenüberdosen, und soll somit ein umfassenderes Bild drogenbezogener Todesfälle liefern.

Diagramm 14 (siehe nachfolgende Seite) zeigt die Entwicklungen drogenbezogener Tode in Portugal sowie England und Wales pro Millionen Einwohner. Für eine statistisch aussagekräftigere Auswertung wird auch hier lediglich die Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren miteinbezogen. Somit wird vermieden, dass unterschiedlich große nationale Bevölkerungen über 64 oder unter 15 – welche statistisch nur selten problematische DrogenkonsumentInnen stellen³⁴⁰ – die statistische Analyse verzerren. Im Falle Englands und Wales handelt es sich dabei um rund 40 Millionen Menschen, in Portugal um ungefähr 6,78 Millionen Menschen zwischen 15 und 64 Jahren. Die nationalen Entwicklungen verlaufen äußerst konträr zueinander: wohingegen die drogenbezogenen Tode pro Millionen Einwohner in Portugal über die Jahre kontinuierlich sinken, steigen diese in England und Wales deutlich an.

³³⁹ Osborn, E. (2018). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2017 registrations. Office for National Statistics. S.3.

³⁴⁰ Beynon, C. et al. (2010). Illegal drug use in the age of ageing. British Journal of General Practice. 60. S.481.

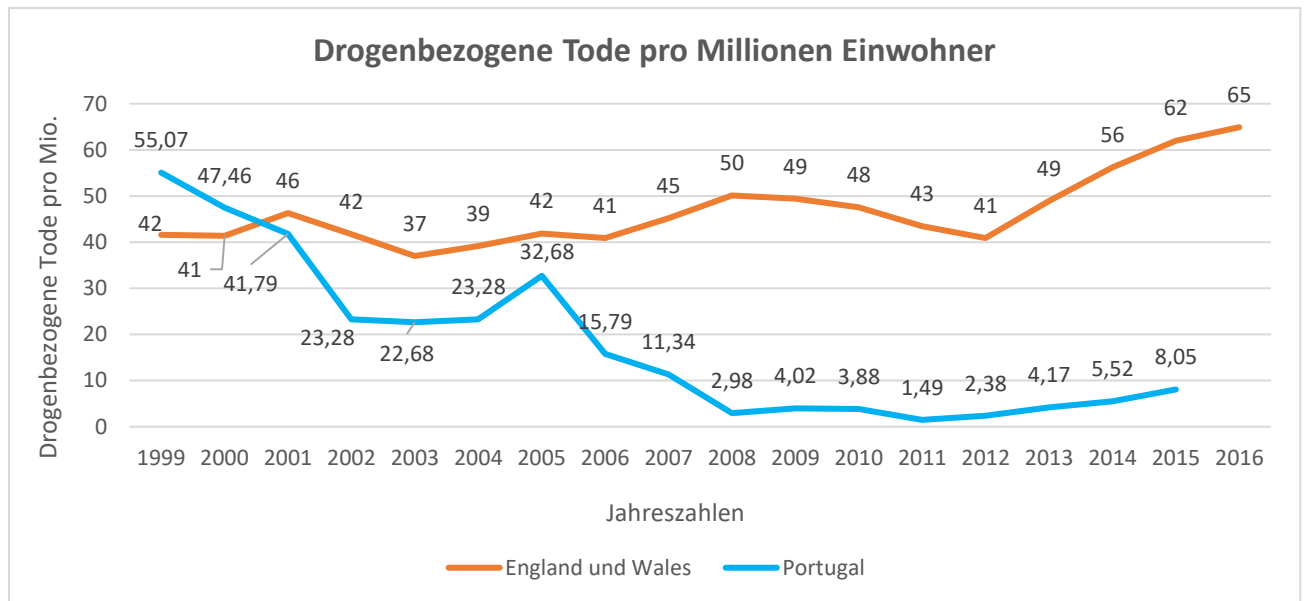


Diagramm 14. Drogenbezogene Tode pro Millionen Einwohner.^{341 342 343}

Wurden 1999 noch 55,07 drogenbezogene Tode pro Millionen Einwohner in **Portugal** verzeichnet, sank dieser Wert bis 2002 auf 23,28 und halbierte sich somit innerhalb von drei Jahren.³⁴⁴ Im Jahr 2005 stieg die Rate wieder auf 32,68 drogenbezogene Tode pro Millionen Einwohner an, sank aber wiederum auf 15,79 im Jahr 2006.³⁴⁵ Bis 2008 nahm die Rate weiter ab auf 2,98 Tode pro Millionen Einwohner und erreichte mit einer Rate von 1,49 im Jahr 2011 den bisherigen Tiefstwert.³⁴⁶ In den darauffolgenden Jahren stieg die Rate wieder leicht an auf 5,52 in 2014 und 8,05 im Jahr 2015. **England und Wales** lagen im Jahr 1999 mit 41,44 und im Jahr 2000 mit 41 drogenbezogenen Toden pro Millionen Einwohnern noch deutlich unter der Rate Portugals mit 55,07 bzw. 47,46,³⁴⁷ bis 2003 reduzierte sich die Rate in England und Wales zudem leicht auf 37, was den bisherigen Tiefstwert darstellt.³⁴⁸ In den darauffolgenden Jahren steigt die Rate kontinuierlich an. 2008 starben rund 50 Menschen pro Millionen Einwohner, bis 2012 reduziert sich die Rate wieder leicht auf 41 Tode.³⁴⁹ 2013

³⁴¹ Office for National Statistics. (2018). Deaths Related to Drug Poisoning: England and Wales, 1993-2017. Mortality team, Life Events and Population Sources Division.

³⁴² General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.7.

³⁴³ Instituto da Drogas e da Toxicoddependência. (2007). Relatório Anual: 2006 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicoddependências. Relatório Anual. S.30.

³⁴⁴ Ibid.

³⁴⁵ Ibid.

³⁴⁶ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.7.

³⁴⁷ Office for National Statistics. (2018). Deaths Related to Drug Poisoning: England and Wales, 1993-2017. Mortality team, Life Events and Population Sources Division.

³⁴⁸ Ibid.

³⁴⁹ Ibid.

starben wiederum 49 Menschen pro Millionen Einwohner, 2014 waren es 56. Bis 2016 klettert die Zahl auf 65 Tode pro Millionen Einwohner, was den bisherigen dokumentierten Spitzenwert darstellt.³⁵⁰ An den Werten lässt sich erkennen, dass der abnehmende Trend drogenbezogener Todesfälle in Portugal bereits vor der Entkriminalisierung eingesetzt hat. Dies wird im Wesentlichen der 1999 eingeführten, ersten nationalen Drogenstrategie angerechnet, welche unter anderem langjährig etablierte, informelle Schadensminderungsstrategien institutionalisierte und ausweitete und somit als Vorreiter der Drogenreform von 2001 gilt. Die Strategie mit dem Namen ‚The National Strategy for the Fight against Drugs‘ (NSFAD) sah vor, endlich eine kohärente nationale Drogenpolitik einzuführen:

“20 years after the creation in Portugal of the first [...] infrastructures aimed at dealing with the problem of drugs and drug addiction, it is time to finally adopt a genuine national strategy in the fight against drugs.”³⁵¹

Gleichzeitig zeigen die Werte, dass die Gesetzesreform diesen Trend langfristig nicht negativ beeinflusst hat. Seit der Entkriminalisierung 2001 bis zum Jahr 2015 ist die Rate um mehr als 33 Tode pro Millionen Einwohner gesunken – eine Reduktion von mehr als 80%.

³⁵⁰ Office for National Statistics. (2018). Deaths Related to Drug Poisoning: England and Wales, 1993-2017. Mortality team, Life Events and Population Sources Division.

³⁵¹ Moreira, M. et al. (2007). The evaluation of the Portuguese drug policy 1999-2004: the process and the impact on the new policy. *Drugs and Alcohol Today*. 7 (2), S.14.

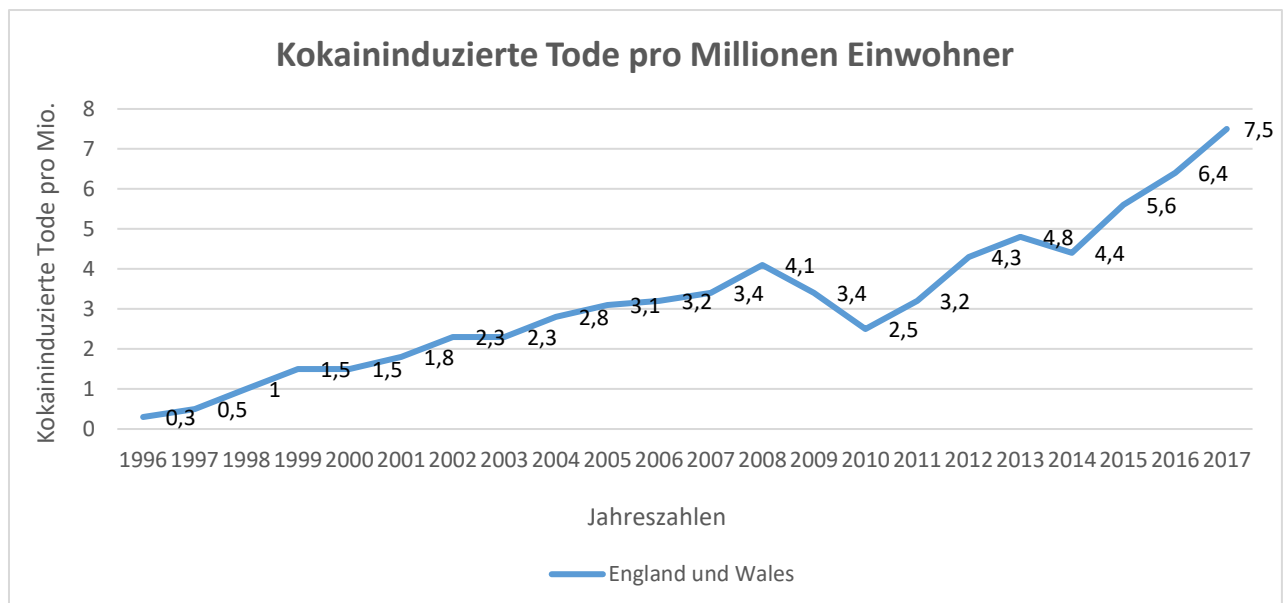


Diagramm 15. Kokaininduzierte Tode pro Millionen Einwohner.^{352 353 354 355 356}

Wie auch bei der Rate problematischer SubstanzkonsumentInnen wird vor allem die rapide Zunahme des Kokainkonsums in England und Wales für die steigende Anzahl an Drogentoten verantwortlich gemacht. Diagramm 15 zeigt die Anzahl kokaininduzierter Tode pro Millionen Einwohner in England und Wales zwischen 1996 und 2017. Starben im Jahr 1996 noch 0,3 Personen pro Millionen Einwohner, steigt die Rate über die Jahre konstant an. 2002 sind es 1,8, 2005 2,8 und 2008 bereits 3,4. Nach einem einstweiligen Spitzenwert von mehr als 4 Toden pro Millionen Einwohner im Jahr 2008 sinkt die Rate bis 2011 wieder ab auf 3 Tode pro Millionen, um danach noch stärker anzusteigen als zuvor. Bei einem bisherigen Spitzenwert von 7,5 in 2017 beträgt die Steigerung kokaininduzierter Drogentode zwischen 1996 und 2017 2400%. Auffallend sind hierbei auch die Parallelen zwischen kokaininduzierten Toden und drogenbezogenen Toden im Allgemeinen (siehe Diagramm 14); so finden beide Raten einen ersten Höhepunkt im Jahr 2008, gefolgt von einer Reduktion bis 2011 bzw. 2012, um danach wiederum stark anzusteigen.

³⁵² Osborn, E. (2018). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2017 registrations. Office for National Statistics. S.12.

³⁵³ Manders, B. (2017). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2016 registrations. Office for National Statistics. S.16.

³⁵⁴ Fearn, V. (2015). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2014 registrations. Office for National Statistics. S.10.

³⁵⁵ Smith, L. (2014). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2013 registrations. Office for National Statistics. S.19.

³⁵⁶ Fearn, V. (2013). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2012 registrations. Office for National Statistics. S.16.

Der nachfolgende Abschnitt untersucht den Anteil problematischer DrogenkonsumentInnen an jährlichen HIV/AIDS-Neudiagnosen.

HIV/AIDS unter problematischen DrogenkonsumentInnen

Wie zuvor erwähnt, wurde Portugal nach der Öffnung des Landes 1974 von einer HIV-Welle getroffen, die insbesondere in der drogeninjizierenden Bevölkerung verheerende Auswirkungen hatte. Dieser Problematik entgegenzuwirken war eine der wichtigsten Gründe und Argumente für die Entkriminalisierung.

Das HI-Virus (HIV) ist eine Infektionskrankheit, welche das menschliche Immunsystem soweit schwächt, dass der Körper Krankheitserreger wie Bakterien und Pilze nicht mehr abwehren kann. Unbehandelt können so schwere Krankheiten wie Lungenentzündungen entstehen, was dann einem sogenannten AIDS-Ausbruch entspricht.³⁵⁷ Heutzutage kann eine HIV-Infektion mittels Medikamenten behandelt werden, welche die Lebenslänge und -qualität in so einem Maße erhöhen, dass die Krankheit nur geringe Auswirkungen auf das Leben hat. Bisher gibt es aber keine Heilung der Krankheit und bei Nichteinnahme von Medikamenten reduziert sich die durchschnittliche Lebenserwartung stetig und rapide.³⁵⁸ Abgesehen von ungeschütztem Geschlechtsverkehr ist das Übertragungsrisiko über Blut sehr hoch, weshalb gemeinsame Nadelnutzungen für eine hohe HIV/AIDS-Prävalenz unter injizierenden DrogenkonsumentInnen verantwortlich sind.³⁵⁹ Wird das Übertragungsrisiko bei ungeschütztem Vaginalverkehr mit zwischen 0,05-0,10% pro Verkehr bereits als hoch eingeschätzt, liegt die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung bei der Nutzung einer gebrauchten Drogennadel (einer HIV-positiven Person) bei 0,63% pro intravenösem Einstich.³⁶⁰ Bei einem täglich mehrfachen injizierenden Konsum mittels geteilter Nadeln steigt das Risiko entsprechend schnell an. Problematische DrogenkonsumentInnen mit HIV oder AIDS leiden zudem oftmals unter einer Mehrfachbelastung: zum einen werden sie aufgrund ihrer Lebensführung deutlich seltener medizinisch behandelt, und zum anderen ist ihr Immunsystem durch den Substanzkonsum und eine häufig mangelhafte Ernährung mit unregelmäßigem Schlafverhalten geschwächt.³⁶¹ Dies führt dazu, dass HIV-positive injizierende SubstanzkonsumentInnen eine dreifach höhere Mortalitätsrate aufweisen als

³⁵⁷ Marx, J. (1982). New disease baffles medical community. Science. 4560. S.618-620.

³⁵⁸ Patel, P. et al. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 28 (10), S.1513.

³⁵⁹ Ibid.

³⁶⁰ Ibid.

³⁶¹ Mathers, B. et al. (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bulletin World Health Organ. 91. S.102-104.

HIV-negative SubstanzkonsumentInnen.³⁶² Daher ist eine Reduktion problematischer DrogenkonsumentInnen mit HIV/AIDS statistisch mit einer Reduktion in Todesfällen unter ebenjener Bevölkerung verbunden.

Diese vergleichende Untersuchung der Prävalenz von HIV- und AIDS-Infektionen unter problematischen DrogenkonsumentInnen hat eine methodologische Einschränkung: die Definitionen problematischer DrogenkonsumentInnen variieren zwischen den Ländern. Wohingegen die Statistiken der britischen ‚Public Health England‘ ausschließlich drogeninjizierende KonsumentInnen (‚people who inject drugs‘, PWID) aufführt, inkludiert das portugiesische ‚Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge‘ in seiner Statistik alle HIV und AIDS-Fälle, welche „mit Drogenabhängigkeit assoziiert werden“, ohne diese näher zu definieren.³⁶³ Da der Großteil der Neuinfektionen unter problematischen KonsumentInnen aber durch gemeinsame Nadelnutzungen entsteht,³⁶⁴ wird diese Einschränkung als überschaubar bewertet.

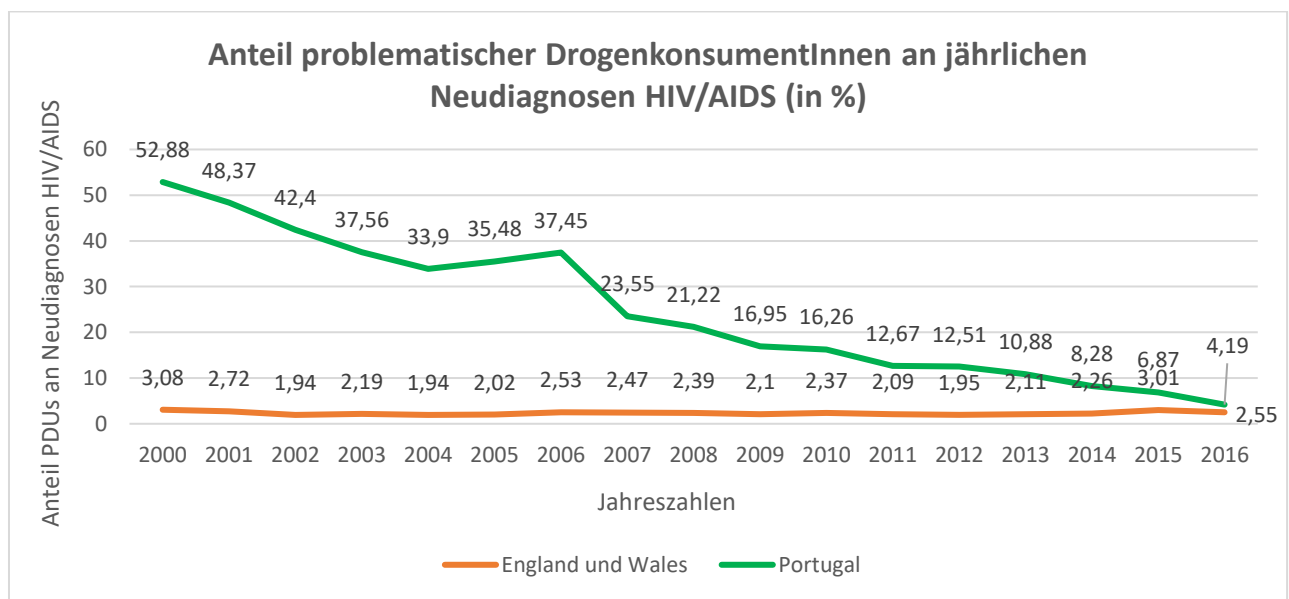


Diagramm 16. Anteil PDUs an jährlichen Neudiagnosen HIV/AIDS.^{365 366 367}

³⁶² Ibid.

³⁶³ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.6.

³⁶⁴ Meijerink, H. et al. (2013). Intravenous drugsgebruik en de verspreiding van hiv. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. 157 (1), S.1-3.

³⁶⁵ Public Health England. (2018). England and Wales: Key Populations HIV data tables. Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (STI) and HIV Division.

³⁶⁶ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.6.

³⁶⁷ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). Relatório Anual: 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.36.

Diagramm 16 zeigt die Entwicklungen des Anteils problematischer KonsumentInnen an jährlichen HIV- und AIDS-Neudiagnosen von 2000 bis 2016 in Prozent. Sehr deutlich wird hier die große Differenz zwischen den Ländern vor allem in den frühen 2000er-Jahren. Aufgrund des frühen Einsatzes von Nadelaustauschprogrammen ab 1986 war es Großbritannien gelungen, die nationalen HIV- und AIDS-Raten konstant niedrig zu halten (zu dem derzeitigen Stand von Nadelaustauschprogrammen in Großbritannien siehe S.78). Auch unter injizierenden DrogenkonsumentInnen wurde die Rate unter Kontrolle gehalten. Zwar waren 1990 rund 5,9% aller PWIDs HIV-positiv, dieser Wert wurde aber bis 1996 auf 2,6% reduziert.³⁶⁸ Ein Vergleich in absoluten Zahlen: Gab es im Jahr 2000 in Portugal 3.750 gezählte HIV- bzw. AIDS-Neuinfektionen, waren dies in England und Wales 4.613 – bei einer knapp 6-mal größeren Bevölkerung zwischen 15 und 64.³⁶⁹ ³⁷⁰ Bis 1999 verzeichnete Portugal sogar die höchste Zahl an drogenbedingten AIDS-Todesfällen in der gesamten EU.³⁷¹ Wohl durch den vermehrten Einsatz von ebensolchen Nadelaustauschprogrammen in Portugal sinken ab dem Jahr 2000 sowohl die HIV- und AIDS-Neuinfektionen im Allgemeinen, als auch der Anteil problematischer DrogenkonsumentInnen an der Gesamtzahl der Neuinfektionen konstant ab. Waren im Jahr 2000 noch 52,9% aller Neuinfektionen assoziiert mit Drogenabhängigkeit, sank dieser Wert bis 2004 auf 33,9%. Nach einem leichten Anstieg auf 37,5% bis 2006 nahm der Anteil stetig weiter ab auf 16,3% in 2010, 8,3% in 2014 und schließlich auf den bisherigen Tiefstwert von 4,1% im Jahr 2016.³⁷² Auch hier lässt sich feststellen, dass der rückläufige Trend des Anteils problematischer DrogenkonsumentInnen an jährlichen Neudiagnosen kurz vor der Entkriminalisierung eingesetzt hat und die Reform sich auf diese Entwicklung offenbar nicht negativ ausgewirkt hat. Gleichmaßen wird dies zum einen der Ausweitung von schadensmindernden Strategien im Zuge der NSFAD beigemessen, und zum anderen den Fortschritten in der Entwicklung neuer HIV/AIDS-Medikamente.

Der nächste Abschnitt beleuchtet die Prävalenz von Hepatitis C unter problematischen DrogenkonsumentInnen.

³⁶⁸ Public Health England. (2018). England and Wales: Key Populations HIV data tables. Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (STI) and HIV Division.

³⁶⁹ Public Health England. (2018). England and Wales: Key Populations HIV data tables. Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (STI) and HIV Division.

³⁷⁰ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.6.

³⁷¹ Houweling, H. et al. (1999). An age-period-cohort analysis of 50,875 AIDS cases among injecting drug users in Europe. International Journal of Epidemiology. 28 (6), S.1142.

³⁷² General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.6.

Hepatitis ist eine Infektionskrankheit der Leber, welche sich akut oder chronisch äußert und durch Medikamente, giftige Stoffe, oder die Übertragung von Viren ausgelöst wird.³⁷³ Bei einer Virenübertragung wird zwischen Hepatitis A-F unterschieden, wobei in Industrieländern vor allem Hepatitis C auftritt. In westlichen Industrieländern wurde die Prävalenz durch weitverbreitete Impfmaßnahmen auf unter 1% der Gesamtbevölkerung reduziert.³⁷⁴ Anders verhält es sich bei der Bevölkerung der problematischen DrogenkonsumentInnen. Insbesondere durch das Teilen von Nadeln für den intravenösen Drogenkonsum sind die Prävalenzraten unter PDUs um ein vielfaches höher als die der Gesamtbevölkerung.³⁷⁵ Da oftmals bis in die späten Stadien der Krankheiten wenige, oder gar keine Symptome auftreten, wissen viele betroffene Menschen nicht, dass sie infiziert sind. Dadurch erhöht sich auch die Gefahr, dass die betroffenen Personen andere Menschen anstecken.³⁷⁶ Dies erklärt auch die unterschiedlichen Entwicklungen der HIV/AIDS-Rate einerseits und der Hepatitis-Rate andererseits in England und Wales. Wohingegen eine unbehandelte AIDS-Infektion einen Menschen stark schwächt und Symptome schnell ersichtlich sind, bleiben Hepatitis-Infektionen oftmals lange Zeit unentdeckt und werden daher schneller weitergegeben. Die akuten Auswirkungen können Fieber, Durchfall und Gelbsucht sein. Chronisches, unbehandeltes Hepatitis kann über die Jahre zu einer massiven Schädigung der Leber, bis hin zur Leberzirrhose führen.³⁷⁷ Für problematische DrogenkonsumentInnen mit einem oftmals geschwächtem Immunsystem kann eine solche Belastung auch letale Folgen haben.

³⁷³ Fralick, M. et al. (2015). Hepatitis C Virus Infection. Canadian Medical Association Journal. 187 (15), S.1159.

³⁷⁴ Schäffer, D. et al. (2006). HIV- und Hepatitis-Prävention. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. S.24.

³⁷⁵ Schäffer, D. et al. (2006). HIV- und Hepatitis-Prävention. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. S.12.

³⁷⁶ Ibid.

³⁷⁷ Ibid. S.7.

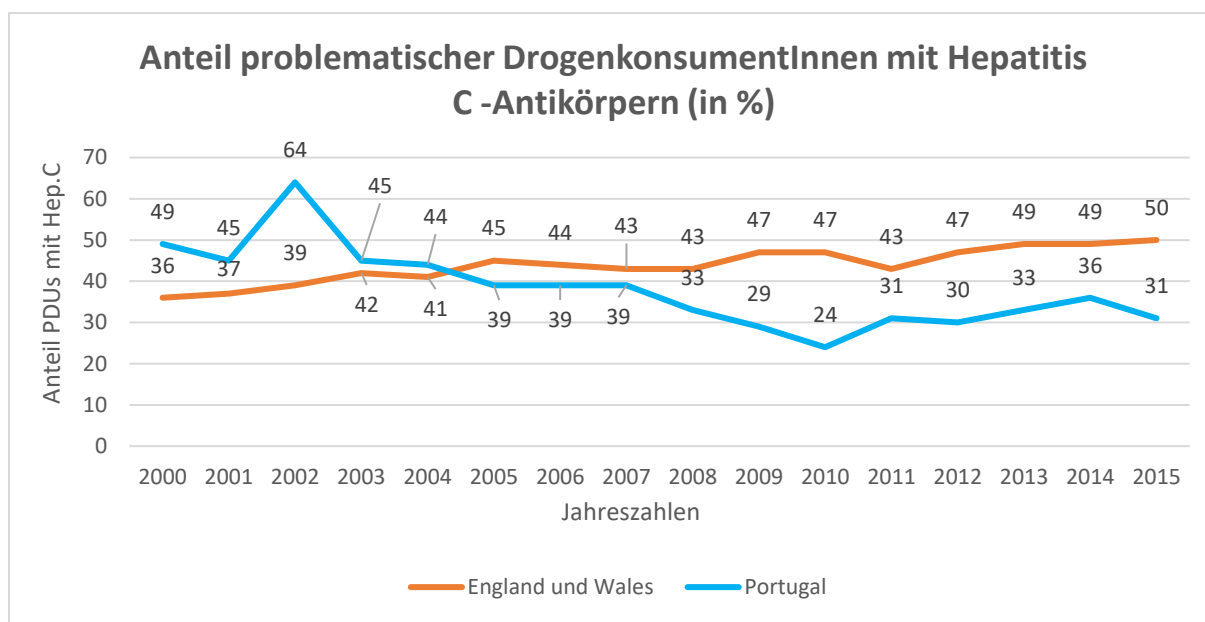


Diagramm 17. Anteil PDUs mit Hepatitis C-Antikörpern. ^{378 379}

Diagramm 17 zeigt die Entwicklungen des Anteils der DrogenkonsumentInnen mit nachgewiesenen Hepatitis C-Antikörpern im Blut. Um die Vergleichbarkeit der Werte zu gewährleisten, werden lediglich DrogenkonsumentInnen miteinbezogen, welche eine stationäre Therapie aufgenommen haben und in diesem Rahmen positiv auf Hepatitis C getestet wurden. Hier zeigen sich leicht konträre Entwicklungen des Anteils zwischen den Ländern. Während die Rate in England und Wales zwischen 2000 und 2015 um insgesamt 14 Prozentpunkte steigt, reduziert sich die Rate in Portugal um etwa 18 Prozentpunkte. Nach einem Anteil von 45% in Portugal in 2001 steigt die Rate bis 2002 auf den bisherigen Höchstwert von 64% an.³⁸⁰ Nachfolgend sinkt der Anteil problematischer DrogenkonsumentInnen mit Hepatitis C kontinuierlich. Von 2005 bis 2007 bleibt die Rate bei 39% und sinkt bis 2010 auf den bisherigen Tiefstwert von 24%. Bis 2015 steigt der Anteil wieder leicht an auf 31%.³⁸¹

Lag die Rate Englands und Wales im Jahr 2000 mit 36% noch rund 13 Prozentpunkte unter der Rate Portugals, steigt der Anteil bis 2005 auf 45% und übertrifft damit zum ersten Mal den Anteil portugiesischer KonsumentInnen mit Hepatitis C. Nach einer leichten Reduktion auf 43% in 2007 steigt die Rate an auf 49% in 2013 und auf den bisherigen Höchstwert von

³⁷⁸ Jager, J. et al. (2016). Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs. S.100.

³⁷⁹ Hickmann, M. et al. (2016). Hepatitis C among drug users in Europe. EMCDDA. S.25.

³⁸⁰ Hickmann, M. et al. (2016). Hepatitis C among drug users in Europe. EMCDDA. S.25

³⁸¹ Jager, J. et al. (2016). Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs. S.100.

50% im Jahr 2015. Während der Anteil problematischer DrogenkonsumentInnen mit Hepatitis C in Portugal also zwischen 2000 und 2015 um etwa 36% gesunken ist, ist er in England und Wales um 14% gestiegen.³⁸² Es ist zu vermuten, dass diese gegenteiligen Entwicklungen auch auf die unterschiedliche Verfügbarkeit von Nadelaustauschprogrammen zurückzuführen sind. Insbesondere durch die massiven Einschnitte im britischen Gesundheitswesen warnen ÄrztInnen und Gesundheitsbehörden seit Jahren vor den „verheerenden“ Auswirkungen der Kürzungen auf die nadelnutzende Bevölkerung.³⁸³ Eine Apothekerin äußerte Sorgen, die viele medizinische Fachkräfte in Großbritannien umtreiben:

*„It’s concerning; where are these people going to go? How are they going to get hold of their needles? Community pharmacies won’t have the funds for all the needle exchange paraphernalia. [...] Drug users may also increasingly develop conditions associated with reusing needles, such as hepatitis and HIV.“*³⁸⁴

Dabei galt Großbritannien jahrelang als Vorreiter von Nadelaustauschprogrammen und war eines der ersten Länder, welches diese systematisch und landesweit einführte. Die britische NGO Aidsmap erklärt, dass Nadelaustauschprogramme in Großbritannien zwar weiterhin vorhanden sind, aber nur lückenhaft verfügbar und unterfinanziert sind und von Einschränkungen wie der Maximalanzahl auszugebender Nadeln in ihrer Effektivität beeinträchtigt werden.³⁸⁵ Wie in anderen medizinischen Bereichen in Großbritannien führte und führt also auch hier die jahrelange Austeritätspolitik neben akutem Personalmangel zu einer fortlaufend schlechteren Ausstattung, die vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders hart trifft.

Der nächste Abschnitt betrifft den Analysecluster ‚Strafjustiz und Kriminalität‘ und untersucht die Variablen drogenbezogene Festnahmen und Inhaftierungen sowie ‚Drogentourismus‘.

³⁸² Ibid.

³⁸³ Forster, K. (2017). Government's public health cuts 'will leave needles in the streets', warn pharmacists. Verfügbar: <https://www.independent.co.uk/news/health/public-health-cuts-needles-in-the-streets-pharmacy-pharmacists-government-theresa-may-a7837936.html>. Zuletzt besucht am 20.06.2019.

³⁸⁴ Ibid.

³⁸⁵ Aidsmap. (2011). Needle exchange programmes. Verfügbar: <http://www.aidsmap.com/Needle-exchange-programmes/page/1324164/>. Zuletzt besucht am 20.06.2019.

Strafjustiz und Kriminalität

Wie im Forschungsdesign zuvor bestimmt wurde, führen unterschiedliche Drogenpolitiken zu einer unterschiedlichen Anzahl an Menschen, welche in Kontakt mit der Polizei oder Strafjustiz kommen. Zuvor wurde außerdem beschieden, dass eine möglichst geringe Anzahl an Menschen, welche in Kontakt mit Polizei oder Strafjustiz kommt, wünschenswert ist. Untersucht werden in diesem Kapitel daher eine Reihe verschiedener Faktoren, die einen Kontakt mit der Strafjustiz bedeuten und somit für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Zum einen werden polizeilich erfasste Festnahmen aufgrund von mutmaßlichem Drogenbesitz oder -handel zwischen England und Wales und Portugal verglichen. Zum anderen werden drogenbezogene Inhaftierungen ausgewertet und gegenübergestellt. Zuletzt wird der These eines durch die Drogenentkriminalisierung begünstigten ‚Drogentourismus‘ nachgegangen.

Zum besseren Verständnis der strafjustiziellen Grundlagen werden zunächst Festnahmen, Anzeigen und Inhaftierungen voneinander abgegrenzt. Sowohl in England und Wales, als auch in Portugal bedeutet eine drogenbezogene Festnahme, dass eine solche Menge an mutmaßlichen psychoaktiven Substanzen bei einer Person gefunden wurde, dass eine vorläufige Festnahme angeordnet werden kann beziehungsweise muss. Je nach Menge und Substanz kann dies lediglich eine kurzfristige Einvernahme bedeuten, oder aber zu einer Untersuchungshaft führen.

In Portugal sind Verhaftungen bei Eigengebrauchsmengen grundsätzlich nicht mehr vorgesehen, bei Überschreitung dieser Mengen, welche im Appendix des Drogengesetzes spezifiziert sind, jedoch schon (siehe ab S.18 für eine detaillierte Darlegung des Gesetzes). Ob darauffolgend eine Untersuchungshaft angeordnet wird, obliegt den zuständigen ‚Kommissionen zur Prävention von Drogenabhängigkeit‘ und hängt von der Substanz, der Quantität und einer möglichen Drogenabhängigkeit des oder der Beschuldigten ab. Auch ob es sich dabei um Besitz für den Eigenverbrauch oder um Besitz mit Handelsabsicht handelt, wird in jedem Fall individuell entschieden und basiert größtenteils auf Aussagen des oder der Beschuldigten und Indizienbeweisen wie Utensilien für den Drogenverkauf oder große Mengen unerklärtes Bargeld. Diese Kommissionen entscheiden in Zusammenarbeit mit der Polizei schlussendlich auch, ob Anzeige erstattet wird.

In England und Wales liegt die vorläufige Entscheidung einer etwaigen Verwarnung, Festnahme und/oder Anzeige bei der zuständigen Polizei. Bei kleinen Mengen kann die Polizei eine Warnung aussprechen, welche zwar im polizeilichen Register verzeichnet ist,

nicht aber im Führungszeugnis. Dies liegt im Ermessen der BeamtInnen und bedeutet bei Kooperation mit den Behörden im Normalfall keine Festnahme. Bei größeren Mengen müssen Personen festgenommen werden, was jedoch nicht zwangsläufig zu einer Anzeige führen muss. Umgekehrt kann die Polizei auch eine Anzeige erstatten ohne jemanden festzunehmen, wenn keine Verdunkelungs- oder Fluchtgefahr besteht. Welche Quantität einen Besitz bzw. Handelsabsicht ausmacht ist dabei im Misuse of Drugs Act spezifiziert und unterscheidet sich je nach Substanz. Jedoch wird auch hier in jedem Fall individuell entschieden, ebenfalls basierend auf Aussagen des oder der Beschuldigten und Indizienbeweisen wie Utensilien für den Drogenverkauf oder große Mengen unerklärtes Bargeld.

Die drogenbezogenen Inhaftierungen (siehe Diagramme 21 und 22) hingegen beziehen sich sowohl in Portugal als auch England und Wales auf gerichtlich verurteilte StraftäterInnen, nicht auf kurzfristige Festnahmen. Ob eine Festnahme in einer Inhaftierung mündet, wird vor Gericht entschieden und hängt wie bei der Festnahme theoretisch von der Substanz, der Quantität, einer etwaigen Verkaufsabsicht und möglichen Vorstrafen der Beschuldigten ab. Wie zuvor angesprochen wurde, spielt aber auch die Ethnizität der Beschuldigten eine signifikante Rolle, wobei schwarze und asiatische Menschen deutlich häufiger festgenommen und verurteilt werden als weiße Menschen (siehe ab S.24).

Polizeilich erfasste, drogenbezogene Festnahmen

Drogenbezogene Festnahmen stellen im Regelfall den ersten Kontakt mit der Strafjustiz dar und sind fester Bestandteil von Drogenpolitiken, (bisher) gleich ob kriminalisierter oder entkriminalisierter Natur. Drogenbezogene Festnahmen finden wie zuvor erwähnt (siehe ab S.18) auch im drogenentkriminalisierten Portugal Anwendung und sind daher im Wesentlichen von der Substanz, Quantität und Konsum- bzw. Handelsabsicht abhängig. Diagramme 18 und 19 zeigen die Entwicklung polizeilicher Festnahmen mit Drogenbesitz oder -handel als mutmaßlichen Tatbestand zwischen 1998 und 2016. Bemerkenswert ist im Falle Englands und Wales, dass die überwiegende Mehrheit der Festnahmen wegen eines mutmaßlichen Drogenbesitzes ohne Verkaufsabsicht stattfinden.³⁸⁶ Beispielweise sind 2008 in England und Wales nur 14% aller Verhaftungen in einer Drogenhandelsabsicht begründet, 86% hingegen in einfachem Besitz.³⁸⁷ In Portugal verhält es sich aufgrund der

³⁸⁶ Flatley, J. (2018). Crime in England and Wales, year ending March 2018. Crime Statistics and Analysis.

³⁸⁷ Ibid.

Gesetzesreform etwas anders. Da der einfache Besitz von Eigenbedarfsmengen in Portugal im Regelfall nicht mehr zu einer Festnahme führt, werden ab 2001 lediglich die Festnahmen wegen mutmaßlichem Handel und ‚Konsum-Handel‘ verzeichnet. So sind in Portugal im Jahr 2010 rund 42% aller Festnahmen auf mutmaßlichen Drogenhandel zurückzuführen,³⁸⁸ und somit dreimal so viele wie in England und Wales.

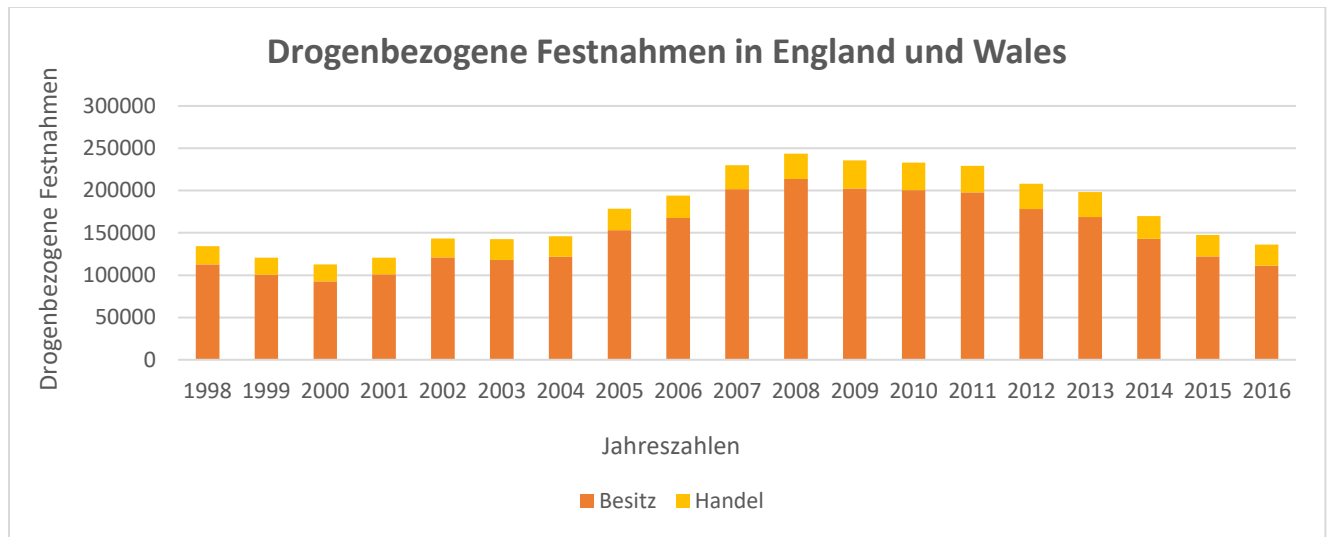


Diagramm 18. Drogenbezogene Festnahmen in England und Wales.³⁸⁹

Die Entwicklung in England und Wales zeigt, dass im Jahr 2000 mit rund 112.000 Festnahmen der bisherige Tiefststand erreicht war.³⁹⁰ Jahrelang steigt die Anzahl an: auf 179.000 im Jahr 2005, 230.000 im Jahr 2007 und schließlich gipfelt sie im Jahr 2008 mit rund 244.000 drogenbezogenen Festnahmen.³⁹¹ In den nachfolgenden Jahren sinkt die Zahl der Festnahmen wieder auf 208.000 im Jahr 2012, 170.000 im Jahr 2014 und schließlich 136.000 in 2016.³⁹² Das bedeutet dennoch eine 22-prozentige Steigerung der drogenbezogenen Festnahmen in England und Wales zwischen 2000 und 2016.

Die orangen Säulen in Diagramm 19 kennzeichnen drogenbezogene Festnahmen in Portugal vor der Entkriminalisierung und sind in der Statistik nicht unterteilt in Besitz oder Handel. Vor der Reform war die Anzahl der Festnahmen von 11.800 in 1998 auf 14.100 in 2000 angestiegen.³⁹³ Offensichtlich wird der unmittelbare Abfall drogenbezogener Festnahmen

³⁸⁸ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.9.

³⁸⁹ Flatley, J. (2018). Crime in England and Wales, year ending March 2018. Crime Statistics and Analysis.

³⁹⁰ Ibid.

³⁹¹ Ibid.

³⁹² Flatley, J. (2018). Crime in England and Wales, year ending March 2018. Crime Statistics and Analysis.

³⁹³ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2004). Relatório Anual: 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.75-79.

im Jahr 2001 nach Inkrafttreten der Reform. Wurden im Jahr 2000 noch 14.100 Menschen festgenommen, sinkt dieser Wert auf 5.158 im Jahr 2001 und somit auf etwa ein Drittel des Vorjahreswertes.³⁹⁴ Über die Jahre bleibt diese Rate relativ konstant, die Änderungen sind lediglich minimal. Ab 2009 steigt die Anzahl moderat an, 2015 werden 6.176 Menschen, 2016 6.348 Menschen verhaftet. Somit wurden 2016 in Portugal rund 55% weniger Menschen aufgrund mutmaßlicher Drogenvergehen verhaftet als im Jahr 2000.³⁹⁵

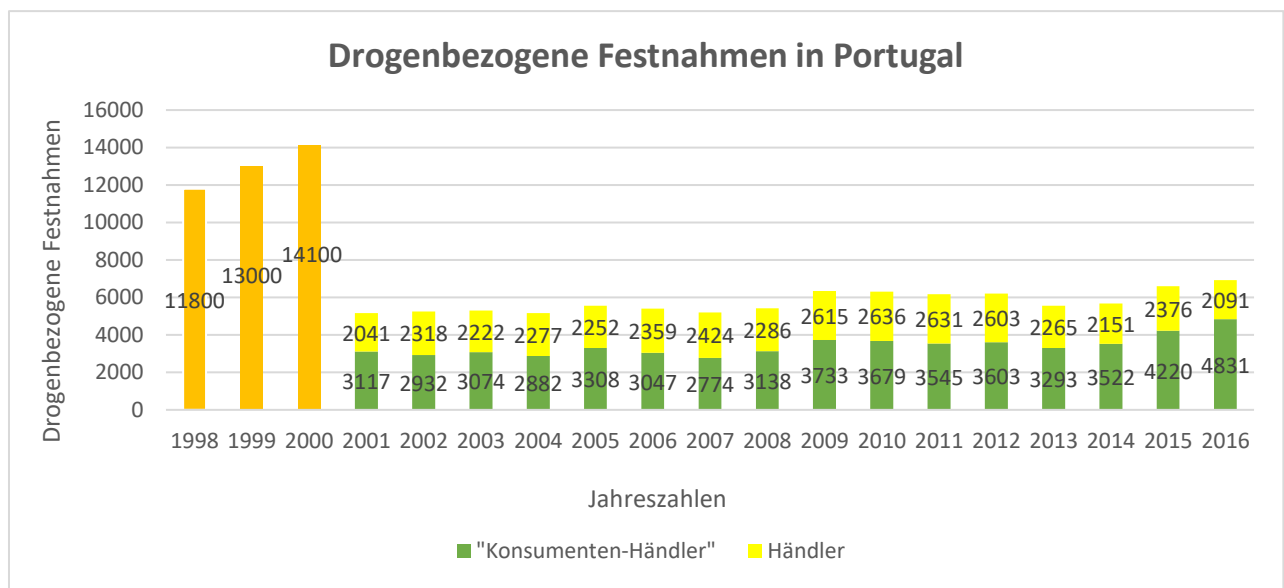


Diagramm 19. Drogenbezogene Festnahmen in Portugal. Festnahmen vor der Gesetzesreform sind gekennzeichnet durch orange Säulen.^{396 397 398 399}

Die Gegenüberstellung der nationalen Werte Englands mit Wales und Portugals (siehe auch Diagramm 20) führt zu verschiedenen Schlussfolgerungen. Erstens betrifft die überwiegende Mehrheit der Festnahmen in England und Wales laut polizeilicher Statistik keine HändlerInnen, sondern KonsumentInnen im Besitz von Eigenbedarfsmengen. In Portugal überwiegen Konsum-HändlerInnen (für eine Definition siehe ab S.19) gegenüber

³⁹⁴ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). Relatório Anual: 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual. S.55.

³⁹⁵ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.9.

³⁹⁶ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.9.

³⁹⁷ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2010). Relatório Anual: 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual. S.62.

³⁹⁸ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). Relatório Anual: 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual. S.55.

³⁹⁹ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2004). Relatório Anual: 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual. S.75-79.

HändlerInnen geringfügig, wobei sich mit durchschnittlich knapp 42% Händleranteil beide verhältnismäßig die Waage halten.

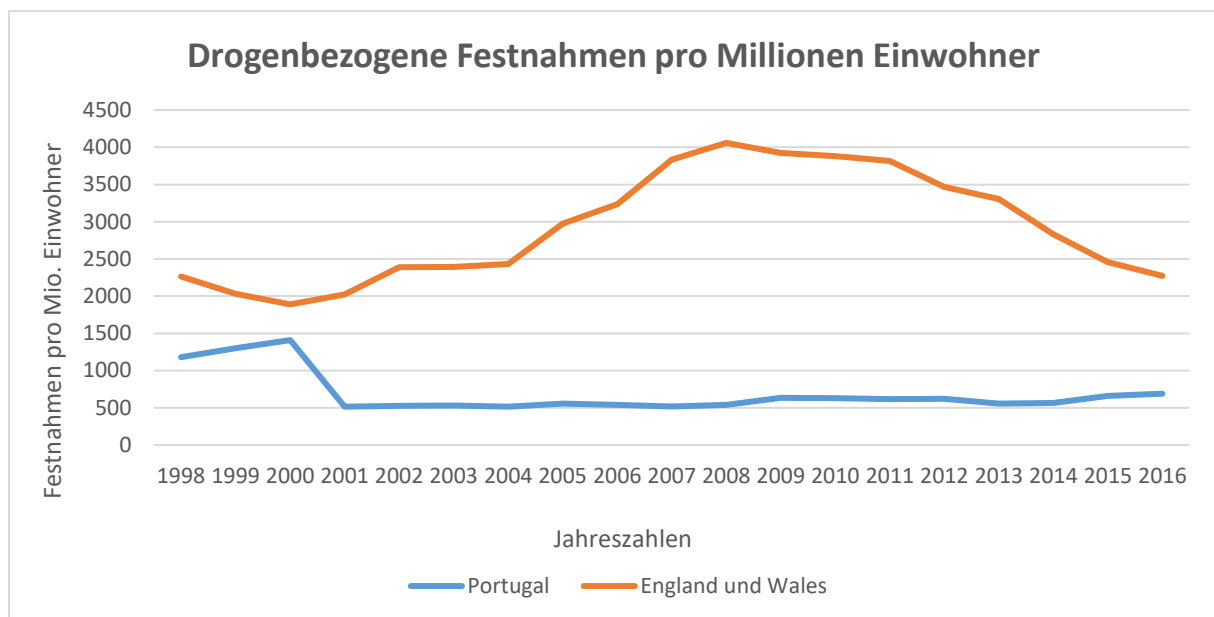


Diagramm 20. Drogenbezogene Festnahmen pro Mio. Einwohner in Portugal und England mit Wales.^{400 401 402 403 404}

Somit werden in England und Wales im Verhältnis gesehen deutlich mehr Menschen aufgrund des Besitzes von Eigenbedarfsmengen festgenommen (als Anteil an der absoluten Anzahl drogenbezogener Festnahmen je Nation) als in Portugal. Zweitens ist die Anzahl der Festnahmen in England und Wales zwischen 2000 und 2016 um 22% angestiegen, wohingegen in Portugal im Jahr 2016 weniger als halb so viele Menschen festgenommen wurden wie im Jahr 2000. Drittens und letztens werden in England und Wales um ein Vielfaches mehr Menschen wegen Drogenvergehen festgenommen als in Portugal. Während des Höhepunktes drogenbezogener Festnahmen in den britischen Ländern im Jahr 2008 wurden knapp 7,5-mal mehr Menschen pro Millionen Einwohner festgenommen als in Portugal. Im Jahr 2016 waren es immerhin noch 3,3-mal so viele Festnahmen wie in Portugal.

⁴⁰⁰ Flatley, J. (2018). Crime in England and Wales, year ending March 2018. Crime Statistics and Analysis.

⁴⁰¹ General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.9.

⁴⁰² Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2010). Relatório Anual: 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.62.

⁴⁰³ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). Relatório Anual: 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.55.

⁴⁰⁴ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2004). Relatório Anual: 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.75-79.

Der nächste Abschnitt untersucht die nationalen drogenbezogenen Inhaftierungen und stellt diese gegenüber.

Drogenbezogene Inhaftierungen

Diagramm 21 zeigt die Entwicklung drogenbezogener Inhaftierungen in Portugal, Diagramm 22 die Entwicklung drogenbezogener Inhaftierungen pro Millionen Einwohner sowohl in Portugal, als auch England und Wales. Für Portugal wurde ein gesondertes Diagramm abgebildet, da hier in den Statistiken zwischen Inhaftierung wegen Handels und Konsum-Handels unterschieden wird. In England und Wales gibt es etwaige Unterscheidungen in den Statistiken nicht, es werden lediglich ‚drug offences‘ im Allgemeinen aufgeführt. Die Länge drogenbezogener Haftstrafen unterscheidet sich – zumindest im Hinblick auf den Handel mit und der Produktion von Drogen und deren Vorläuferstoffen im großen Maßstab – um wenige Jahre. So steht in Portugal eine Haftstrafe von zwei bis zehn Jahren auf die Herstellung oder den Import von Vorläuferstoffen, auf den organisierten Handel mit fertiggestellten Drogen zwei bis zwölf Jahre.⁴⁰⁵ Dabei wird nicht näher definiert, was ‚organisiert‘ konstituiert, dies wird vor Gericht individuell beurteilt. Erschwerende Umstände sind der Verkauf an Minderjährige, der Verkauf an eine große Anzahl an Menschen und die Zusammenarbeit mit international tätigen kriminellen Organisationen, wobei die Haftstrafe um ein Viertel (aber maximal bis zur Höchstgrenze) angehoben wird.⁴⁰⁶ Wie im Kapitel zur Drogenlegislative Großbritanniens ausgeführt wurde (siehe ab S.23), steht je nach Klassifizierung der Substanz eine Freiheitsstrafe von maximal 14 Jahren bei den Klassen B und C sowie eine lebenslängliche Freiheitsstrafe bei der Klasse A auf Handel oder Produktion illegaler Drogen.

⁴⁰⁵ Assembleia da República. (1993). Lei de Combate à Droga Decreto - Lei n.º 15/93.

⁴⁰⁶ Ibid.

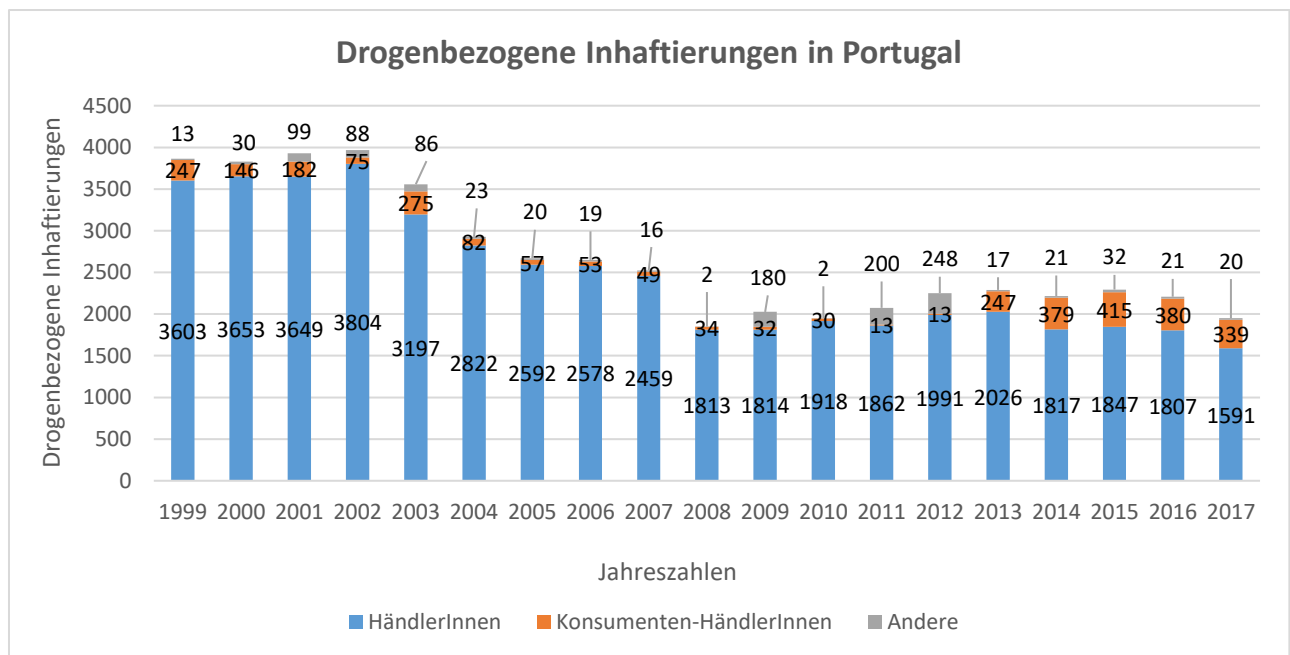


Diagramm 21. Drogenbezogene Inhaftierungen in Portugal.⁴⁰⁷

Bei den drogenbezogenen Inhaftierungen Portugals zeigt sich, dass die stark überwiegende Mehrheit der Inhaftierten eine Haftstrafe wegen Drogenhandels verbüßt, während nur ein Bruchteil wegen des Straftatbestandes des Konsum-Handels inhaftiert ist.⁴⁰⁸ Im Jahr 2008 sind beispielsweise unter 2% aller drogenbezogenen Häftlinge wegen Konsum-Handels inhaftiert, wobei dieser Anteil ab 2013 ansteigt.⁴⁰⁹ Dennoch sind 2017 mit etwas über 17% die Konsum-Händler deutlich in der Minderheit.⁴¹⁰ Das deutet darauf hin, dass in Portugal vor allem Großkriminelle inhaftiert werden, und wesentlich weniger Konsum-HändlerInnen. Dies ist durchaus von Bedeutung, denn die Inhaftierung einfacher KonsumentInnen führt häufig nicht zu einer Reduktion des Konsums, sondern zu einer gegenteiligen Entwicklung. Das EMCDDA konstatiert, dass Häftlinge teilweise erst in Gefangenschaft „mit dem Drogenkonsum beginnen oder in noch schädlichere Verhaltensmuster fallen“.⁴¹¹ Die Gründe dafür sind unterschiedlich: zum einen werden Drogen als Bewältigungsstrategie genutzt, um die oftmals harten Haftbedingungen und

⁴⁰⁷Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2018). Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes. Verfügbar: <http://www.dgsp.mj.pt/>. Zuletzt besucht am 20.02.2019.

⁴⁰⁸Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2018). Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes. Verfügbar: <http://www.dgsp.mj.pt/>. Zuletzt besucht am 20.02.2019.

⁴⁰⁹ Ibid.

⁴¹⁰ Ibid.

⁴¹¹ Royuela, L. et al. (2014). Drug use in prison: assessment report - Reviewing tools for monitoring illicit drug use in prison populations in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. S.3.

physischen und psychischen Entbehrungen erträglicher zu machen. Insofern ermöglicht ein Drogenkonsum die Flucht in eine ‚andere Welt‘, was insbesondere in engen und überfüllten Haftanstalten von Bedeutung ist.⁴¹² Zum anderen sind Drogen in Gefängnissen allgegenwärtig und dienen auch als Zahlungs- und Bestechungsmittel und sind somit feste Konstante des Haftalltags.⁴¹³ Drogenstichproben in englischen Gefängnissen haben dabei Prävalenzen von bis zu 32,9% ergeben.⁴¹⁴ Einfache KonsumentInnen, welche in Freiheit möglicherweise weniger stark mit Substanzen konfrontiert wären, finden sich dadurch in einer Gesellschaft wieder, in der Drogen als Zahlungsmittel genutzt werden und auch sonst eine signifikante soziale Rolle spielen.

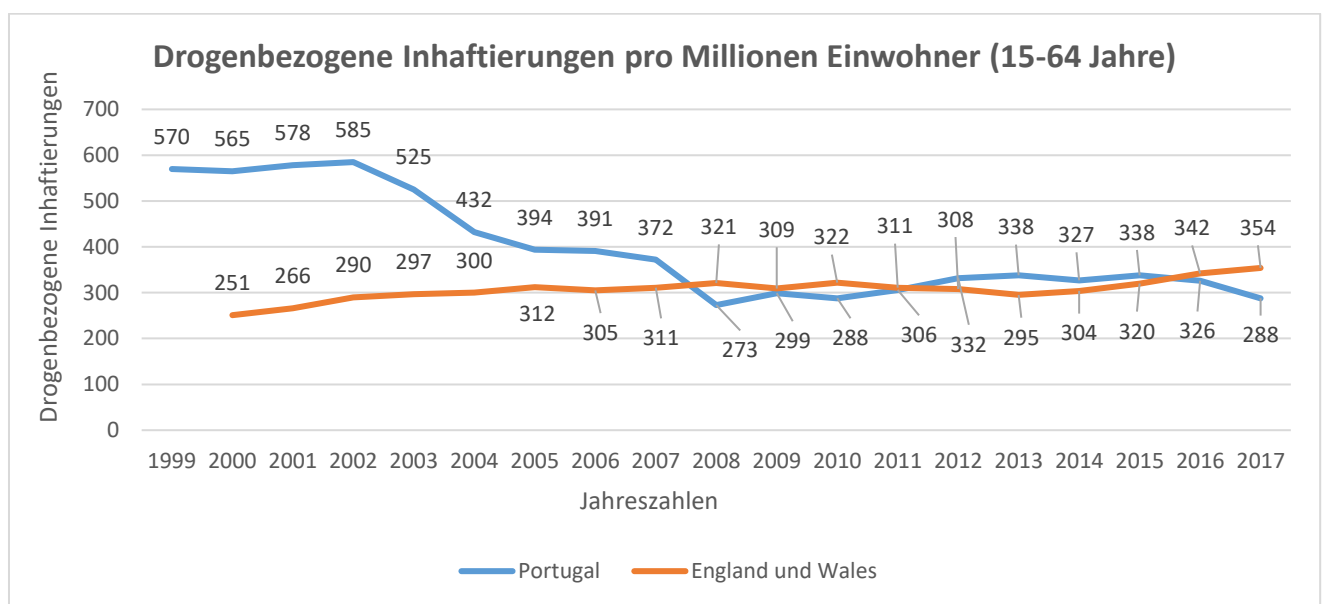


Diagramm 22. Drogenbezogene Inhaftierungen pro Millionen Einwohner.^{415 416}

Betrachtet man die Gegenüberstellung drogenbezogener Inhaftierungen Portugals und Englands mit Wales pro Millionen Einwohner in Diagramm 22, sind tendenziell gegensätzliche Entwicklungen auszumachen. Während die Inhaftierungsrate Portugals zwischen 1999 und 2017 kontinuierlich abnimmt,⁴¹⁷ steigt die Rate in England und Wales leicht an.⁴¹⁸ Waren 1999 in Portugal noch 570 Menschen pro Millionen Einwohner

⁴¹² HM Prison & Probation Service. (2019). Prison Drugs Strategy. S.3.

⁴¹³ Ibid.

⁴¹⁴ Ibid.

⁴¹⁵ Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2018). Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes. Verfügbar: <http://www.dgsp.mj.pt/>. Zuletzt besucht am 20.02.2019.

⁴¹⁶ Allen, G. et al. (2017). Prisons Statistics, England and Wales. House of Commons Library. S.24.

⁴¹⁷ Ibid.

⁴¹⁸ Ibid.

inhaftiert, steigt dieser Wert bis 2002 auf 585. Fortan sinkt die Rate, auf 394 im Jahr 2005, und den bisherigen Tiefststand 273 im Jahr 2008. Bis 2016 steigt die Rate wieder leicht an auf 326 pro Millionen Einwohner, und sinkt wiederum ab auf 288 im Jahr 2017.⁴¹⁹ Zwischen den Jahren 2000 und 2007 liegt die Inhaftierungsrate Englands und Wales unter der Portugals, bis 2004 sogar sehr deutlich. Mit 251 Inhaftierten pro Millionen Einwohner im Jahr 2000 in England und Wales ist die Inhaftierungsrate weniger als halb so groß (Faktor 2,25) wie die in Portugal mit 565.⁴²⁰ Im Jahr 2007 liegen England und Wales mit einer Inhaftierungsrate von 311 noch etwas unter der Portugals mit 372, ab 2008 überschreitet die Rate die der Portugiesen. Von 2011 bis 2015 übersteigt die Rate Portugals erneut die Englands und Wales, ab 2016 ist es wieder umgekehrt.⁴²¹ Wohingegen also in Portugal die Anzahl drogenbezogener Inhaftierungen um etwa 50% sinkt, steigt diese um 41% in England und Wales. Im Zusammenhang mit der Entkriminalisierung ist beachtenswert, dass in Portugal die Inhaftierungsrate ihren Höhepunkt im Jahr 2002 findet, um dann deutlich abzufallen. Dies stimmt – mit einer zeitlichen Verzögerung, welche bei Inhaftierungen mit teilweise mehrjährigen Haftstrafen schlüssig ist – mit der Gesetzesreform überein. Generell ist die Inhaftierungsrate in den Jahren ab 2008 in Portugal und England mit Wales sehr ähnlich, dennoch sind die Tendenzen gegensätzlich.

Nachfolgend wird einem etwaigen, durch die Drogenentkriminalisierung in Portugal begünstigten Drogentourismus nachgegangen.

„Drogentourismus“

Im Vorfeld der Gesetzesreform wurde vielfach davor gewarnt, dass Portugal durch die Entkriminalisierung zu einem Reiseziel sogenannter ‚Drogentouristen‘ werden könnte.⁴²² Paulo Portas, der damalige Parteivorsitzende der konservativen Partido Popular, warnte davor, dass ganze „Flugzeugladungen an StudentInnen [Portugal] ansteuern werden, um Marihuana zu rauchen und noch viel Schlimmeres zu nehmen, weil sie wissen, dass wir sie nicht inhaftieren werden. Wir versprechen ihnen Sonne, Strände und jede Droge die sie

⁴¹⁹Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2018). Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes. Verfügbar: <http://www.dgsp.mj.pt/>. Zuletzt besucht am 20.02.2019.

⁴²⁰Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2018). Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes. Verfügbar: <http://www.dgsp.mj.pt/>. Zuletzt besucht am 20.02.2019.

⁴²¹ Ibid.

⁴²² Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute. S.1.

möchten!“⁴²³ Auch das britische Foreign & Commonwealth Office warnte vor einer möglichen Signalwirkung unter jungen BritInnen und veröffentlichte eine Meldung, dass die „Sorge [besteht], dass Menschen das neue Gesetz als eine Lizenz für einen freien Drogenurlaub“ sehen.⁴²⁴ Die britische Polizei vermutete gar, dass Städte an der Algarve, eine populäre Urlaubsregion für Nordeuropäische Reisende, zu einem „neuen Mekka für Technoparty-Drogen wie Ecstasy werden könnte“.⁴²⁵

Als Drogentourismus werden Reisen an einen Ort bezeichnet, an welchem sich aufgrund von einer anderen Gesetzgebung oder de facto entkriminalisierten Zuständen einfacher Drogen erwerben bzw. konsumieren lassen.⁴²⁶ Klassisches Beispiel ist der Grenztourismus von Deutschland in die Niederlande, wo der Konsum von Cannabis für Personen über 18 Jahren legal ist (seit 2012 mit Einschränkungen für Ausländer)

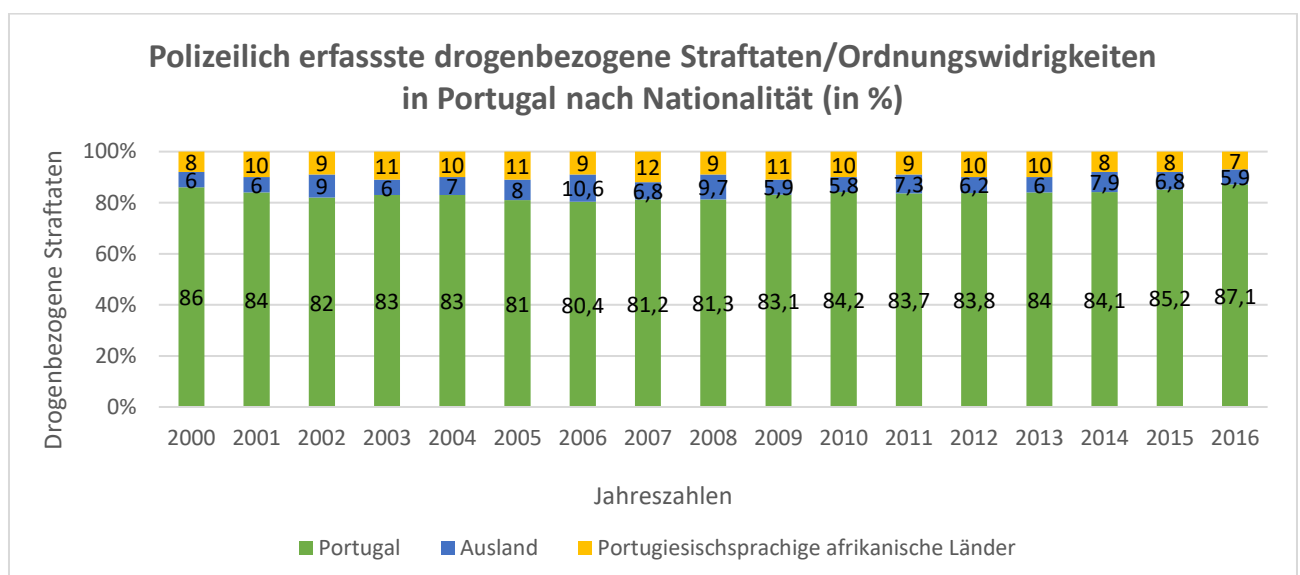


Diagramm 23. Drogenbezogene Straftaten/Ordnungswidrigkeiten in Portugal nach Nationalität.^{427 428}
429 430 431

⁴²³ Ibid.

⁴²⁴ BBC. (2001). Portugal 'not a drug haven'. Verfügbar: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1445127.stm>. Zuletzt besucht am 20.06.2019.

⁴²⁵ Ibid.

⁴²⁶ Batista de Paula, L. et al. (2016). Drug Tourism: General Overview, Case Studies and New Perspectives in the Contemporary World. De Gruyter Open Access. S.188.

⁴²⁷ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual: 2016. S.90.

⁴²⁸ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual: 2015. S.84.

⁴²⁹ Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual: 2012. S.78.

⁴³⁰ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). Relatório Anual: 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.133.

⁴³¹ Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2010). Relatório Anual: 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.126.

Da sich die tatsächliche Anzahl der ausländischen Personen, welche zum Erwerb oder Konsum von illegalen Substanzen nach Portugal reisen, nicht stichhaltig quantifizieren lässt, wird hier auf polizeilich erfasste, drogenbezogene Straftaten bzw. Ordnungswidrigkeiten zurückgegriffen. Diagramm 23 zeigt die Entwicklung der Nationalitäten der polizeilich erfassten Personen zwischen 2000 – also kurz vor der Entkriminalisierung – und 2016 in Prozent. Im Jahr 2000 waren 86% aller erfassten Personen portugiesischer Nationalität, 6% eines nicht näher definierten Auslandes (andere EU-Länder und Drittstaaten), und 8% aus portugiesisch-sprachigen afrikanischen Ländern, den sogenannten ‚países africanos de língua oficial portuguesa‘ (PALOP). Für viele Menschen der PALOP-Staaten ist Portugal aufgrund der Sprache und Kolonialvergangenheit Migrationsziel auf der Suche nach Arbeit und einem besseren Leben.⁴³² Insbesondere mit Zusammenbruch des portugiesischen Kolonialreiches 1974 migrierten vermehrt Menschen aus den ehemaligen Kolonien nach Portugal und bildeten Einwanderergemeinschaften und -netzwerke.⁴³³ Die überwiegende Mehrheit dieser Personen afrikanischer Herkunft stammen aus Kap Verde und sind langfristig ansässige WirtschaftsmigrantInnen, womit diese als ‚Drogentouristen‘ im herkömmlichen Sinne wegfallen. Rund die Hälfte dieser Bevölkerung hat einen gültigen Aufenthaltsstatus, vor allem aufgrund von zwei Generalamnestien in den Jahren 1992 und 1996, welche Menschen aus PALOP-Staaten mit einem Arbeitsplatz eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis bewilligte.⁴³⁴ Die andere Hälfte hält kurzfristige Aufenthaltserlaubnisse, wartet auf die Naturalisierung oder ist irregulär im Land. Generell erleichtern die seit 1974 weiterbestehenden, informellen Migrationsnetzwerke zwischen den PALOP-Staaten und Portugal die Einwanderung von Menschen aus PALOP-Staaten nach Portugal. Nichtsdestotrotz leben viele der EinwanderInnen unter prekären Umständen und arbeiten im Niedriglohnsektor, insbesondere der Landwirtschaft.⁴³⁵ Übrig bleiben somit die polizeilich erfassten Personen eines nicht näher definierten Auslandes als mögliche DrogentouristInnen, wobei auch hier beachtet werden muss, dass es sich nicht notwendigerweise um TouristInnen handeln muss, sondern möglicherweise um langfristig ansässige AusländerInnen (welche auch als DrogentouristInnen wegfallen würden). Waren im Jahr 2000 noch 6% dieser übrigen erfassten Personen ausländischer

⁴³² Baganha, M. (2009). The Lusophone Migratory System: Patterns and Trends. *International Migration*. 47 (3), S.6-17.

⁴³³ Ibid.

⁴³⁴ Ibid.

⁴³⁵ Ibid.

Herkunft, bleibt dieser Wert post-Gesetzesreform konstant. 2004 sind es 7%, 2005 8% und 2006 als Höchstwert an AusländerInnen rund 10,6%. In den darauffolgenden Jahren geht der Anteil wieder zurück und schwankt zwischen 5,8% und 7,9% aller erfassten Menschen. Im Jahr 2016 liegt der Wert mit 5,9% sogar minimal unter dem Ausgangswert im Jahr 2000 vor der Entkriminalisierung. Ein Anstieg eines Drogentourismus kann also nicht beobachtet werden. Für England und Wales gibt es keine Statistiken zu (drogenbezogenen) Festnahmen nach Nationalität des oder der Beschuldigten, weshalb hier kein Vergleich herangezogen werden kann. Da weder die de jure noch die de facto Drogengesetzeslage besonders nachlässig ist, dürfte das Ausmaß eines klassischen Drogentourismus in England und Wales aber ohnehin überschaubar sein.

Das nächste Kapitel beleuchtet die drogenbezogenen volkswirtschaftlichen Kosten der Länder und stellt diese gegenüber.

Wirtschaftliche drogenbezogene Kosten

Die Betrachtung der öffentlichen drogenbezogenen Ausgaben ist von signifikanter Bedeutung, zeigt sie doch – in Relation zu relevanten Faktoren wie z.B. der öffentlichen Gesundheit und Strafjustiz – auf, inwieweit die Ausgaben zu den drogenpolitisch erwünschten Resultaten geführt haben oder nicht. Das EMCDDA formuliert die Notwendigkeit solcher Analysen folgendermaßen:

*“Quantifying a government’s drug-related expenditure is a first step in formulating an economic evaluation of drug policy interventions. This will provide information that can be used to determine whether or not intended benefits are being achieved.”*⁴³⁶

Die Berechnung der öffentlichen Kosten von drogenbezogenen Maßnahmen ist ein komplexes Feld, da sie eine Vielzahl an verschiedenen Aspekten tangiert, die oftmals nur indirekt mit Drogen in Verbindung stehen. Die britische Regierung beschreibt die Problematik beispielhaft in einem Bericht:

*“Much [drug] enforcement activity is across different threat groups and it is difficult to disentangle financially the drugs element from an organised crime operation that might have, for example, drugs, money laundering and firearms dimensions.”*⁴³⁷

⁴³⁶ Galvin, B. (2008). Analysis of treatment outcomes in the south east. Newsletter of the Alcohol and Drug Research Unit. S.23-24.

⁴³⁷ HM Government. (2017). An evaluation of the Government’s Drug Strategy 2010. Drug Misuse and Dependency. S.119.

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen drogenbezogenen Ausgaben, welche explizit im Haushaltsplan verzeichnet sind (im Englischen ‚labelled expenditures‘) und Ausgaben, welche nicht im Haushaltsplan expliziert werden (‚unlabelled expenditures‘) und daher mittels Modellierungsansätzen geschätzt werden müssen.⁴³⁸ Die nachfolgenden Zahlen sind daher eine Mischung aus vorhandenen quantitativen Daten und modellbasierten Schätzungen des EMCDDA.

	Portugal	England und Wales
Einwohnerzahl	10,3 Millionen	59,1 Millionen
Bruttoinlandsprodukt (BIP)	~ 217 Milliarden €	~ 2000 Milliarden €
Pro-Kopf-BIP	21.136 €	33.898 €
Öffentliche drogenbezogene Ausgaben nach Schätzungen des EMCDDA (labelled und unlabelled, siehe obenstehende Definition)	0,03% des BIP → 65,1 Millionen €	0,5% des BIP → 10 Milliarden €
Nationale Angaben zu öffentlichen drogenbezogene Ausgaben (nur labelled)	Keine Gesamtangabe. 17,3 Millionen € für die Gesundheitsbehörde ,Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências‘ (SICAD)	Strafjustiz und -verfolgung: 1,78 Milliarden € Gesundheitswesen: 452 Millionen € → 2,23 Milliarden Euro
Öffentliche drogenbezogene Ausgaben pro Kopf p.A.	6,38 €	169,94 €

Tabelle 6. Öffentliche drogenbezogene Ausgaben (Angaben bezogen auf das Jahr 2016).^{439 440 441 442}

⁴³⁸ EMCDDA. (2019). Public Expenditure. Verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/public-expenditure_en. Zuletzt besucht am 10.07.2019.

⁴³⁹ EMCDDA. (2019). Public Expenditure. Verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/public-expenditure_en. Zuletzt besucht am 10.07.2019.

⁴⁴⁰ EMCDDA. (2019). Public Expenditure. Verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/united-kingdom/public-expenditure_en. Zuletzt besucht am 10.07.2019.

⁴⁴¹ HM Government. (2017). An evaluation of the Government’s Drug Strategy 2010. Drug Misuse and Dependency. S.119-122.

⁴⁴² Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). Plano Estratégico 2017 - 2019. Plano Estratégico. S.17-19.

Tabelle 6 zeigt neben dem BIP und Pro-Kopf-BIP die vom EMCDDA geschätzten (labelled und unlabelled) und die nationalen Angaben (nur labelled) zu jährlichen, öffentlichen drogenbezogenen Ausgaben in Portugal sowie England und Wales. Mit von dem EMCDDA geschätzten 0,5% des BIPs geben England und Wales in absoluten Zahlen über 153-mal mehr für drogenbezogene Maßnahmen aus als Portugal mit 0,03%. Pro Kopf bedeuten die 65,1 Millionen Euro in Portugal und 10 Milliarden Euro in England und Wales öffentliche Ausgaben von 6,38 € in Portugal bzw. 169,94 € in England und Wales per Annum. Demnach wenden die britischen Länder pro Kopf mehr als 26-mal so viel Geld für drogenbezogene Maßnahmen auf wie Portugal. Die ‚labelled expenditures‘ machen dem EMCDDA zufolge in England und Wales nur 0,1% der 0,5%, also 20% der gesamten drogenbezogenen Aufwendung aus.⁴⁴³ Tatsächlich wurde in einem 2017 veröffentlichten Evaluationsbericht der Regierung ein Budget von 1,78 Milliarden Euro für drogenbezogene Maßnahmen im Bereich der Strafverfolgung und Strafjustiz veröffentlicht. Hinzu kommen drogenbezogene Ausgaben im Gesundheitswesen; da die drogenbezogenen Ausgaben von den lokalen Gemeinden abgewickelt werden, werden keine zentral gesammelten Daten zu drogenbezogenen Ausgaben des Gesundheitswesens in England und Wales veröffentlicht. Eine Freedom of Information (FoI) Anfrage eines parteiübergreifenden Komitees ergab aber Ausgaben von rund 452 Millionen Euro in 2017, und somit Gesamtausgaben (labelled) von 2,23 Milliarden Euro.

Die geschätzten portugiesischen Ausgaben von 0,03% des BIP werden durch einen Bericht des EMCDDA gestützt, der beschreibt, wie die Finanzkrise 2008 seit Jahren eine Erhöhung des drogenbezogenen Budgets auf 0,05% des BIP verhindert.⁴⁴⁴ ⁴⁴⁵ Mit 17,3 Millionen Euro verwendet Portugal rund 37,6% seiner drogenbezogenen Ausgaben in Höhe von 65,1 Millionen Euro für die für Drogenkonsum und Suchtprävention zuständige Gesundheitsbehörde SICAD (‚Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências‘).

⁴⁴³ EMCDDA. (2017). United Kingdom Country Drug Report 2017. Country Drug Report. S.3.

⁴⁴⁴ Moreira, M. et al. (2011). Drug Policy Profiles: Portugal. Drug Policy Profiles. S.21.

⁴⁴⁵ Neto, M. (2016). A descriminalização do consumo de droga em Portugal - quinze anos depois. Dissertação de Mestrado. S.18.

	Aufgliederung drogenbezogener Ausgaben (labelled) in England und Wales	
Strafverfolgung und -justiz	Maßnahme	Ausgaben in Millionen Euro
	Polizeiliche Strafverfolgung	659
	Grenzkontrollen	82
	Drogentests bei Festnahmen	10
	Strafjustiz	813
	Drogentests in Gefängnissen	6,7
Gesundheitswesen und Soziales	Drogenbezogene Ausgaben des Gesundheitswesens	452
	Drogenbezogene Sozialarbeit	2,2

Tabelle 7. Drogenbezogene Ausgaben in England und Wales. ⁴⁴⁶

Tabelle 7 zeigt eine Aufgliederung der drogenbezogenen Ausgaben (labelled) in England und Wales nach Art der Maßnahme. Die Aufgliederung zeigt, dass mit 1,57 Milliarden Euro, also ca. 70,4% des Gesamtbudgets, ein Großteil des im Haushaltsplan verzeichneten Budgets für Strafverfolgung und Strafjustiz aufgewendet wird. Mit 2,2 Millionen Euro werden lediglich 0,14% des Budgets für drogenbezogene Sozialarbeit ausgegeben, während mit 6,7 Millionen Euro alleine für Drogentests in Gefängnissen 3-mal mehr Geld ausgegeben als für drogenbezogene Sozialarbeit.

⁴⁴⁶ HM Government. (2017). An evaluation of the Government's Drug Strategy 2010. Drug Misuse and Dependency. S.119-122.

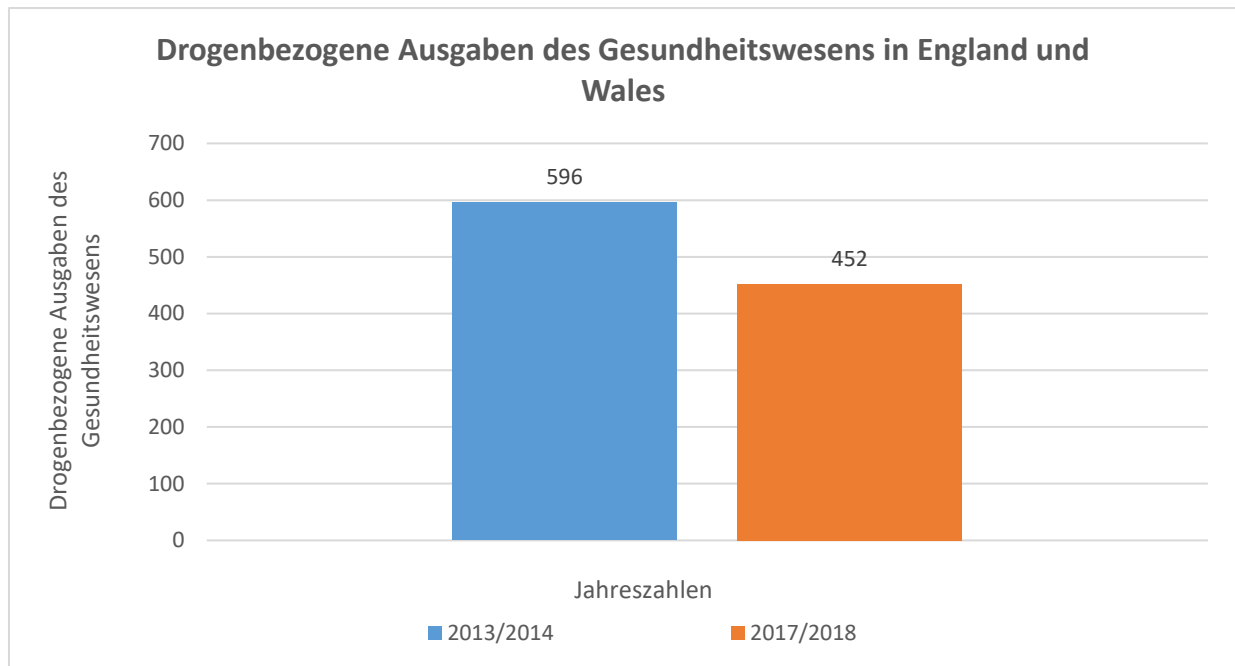


Diagramm 24. Drogenbezogene Ausgaben des Gesundheitswesens in England und Wales. ⁴⁴⁷

Die Freedom of Information-Anfrage des Komitees ergab zudem, dass drogenbezogene Ausgaben im Gesundheitswesen zwischen 2013 und 2017 um 24,2% gekürzt wurden – obwohl drogenbezogene Krankenhausaufnahmen seit Jahren stetig ansteigen (siehe Diagramm 24). Zwischen 2004 und 2016 ist die Anzahl solcher Krankenhausaufnahmen um 57% angestiegen.⁴⁴⁸ In vielen Grafschaften wie Worcestershire, Lincolnshire und Birmingham wurden die drogenbezogenen Budgets innerhalb von nur vier Jahren um bis zu 53% gekürzt – während im selben Zeitraum drogenbezogene Tode um 43% angestiegen sind.⁴⁴⁹

Aufschlussreich sind auch Vermerke im Evaluationsbericht der Regierung, nach denen Ermittlungen zu drogenbezogenen Vergehen wesentlich kostspieliger sind als z.B. Ermittlungen zu Gewalttaten gegen Personen:

*„[...] The estimated cost of investigating one drug offence in 2006/07 was about twice as high as the cost of investigating a violence against the person offence. [...] These ratios were assumed to be the same in 2014/15 as they were in 2006/07”*⁴⁵⁰

⁴⁴⁷ Knight, J. et al. (2018). Adult substance misuse statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS). Public Health England. S.67.

⁴⁴⁸ Office for National Statistics. (2016). Statistics on Drug Misuse England, 2016. Office for National Statistics. S.2.

⁴⁴⁹ Department for Communities and Local Government. (2018). Local Authority Revenue Expenditure and Financing. Statistical Release. S.5.

⁴⁵⁰ HM Government. (2017). An evaluation of the Government’s Drug Strategy 2010. Drug Misuse and Dependency. S.119-122.

Dabei haben britische RichterInnen, AnwältInnen und PolizistInnen erst kürzlich vor einem Zusammenbruch des britischen Justizsystems gewarnt, ausgelöst vor allem durch austeritätspolitische Haushaltseinschnitte und weitreichende Privatisierungen. Auch aus Ressourcenmangel werden lediglich 8,2% aller Straftaten strafrechtlich verfolgt, besonders gering sind die Raten für Gewalttaten, Raubüberfälle, Waffenbesitz und Diebstahl.⁴⁵¹ Die geringste Strafverfolgungsrate aber liegt bei Vergewaltigungen, wo nur 1,9% aller aufgenommenen Straftaten strafrechtlich verfolgt werden.⁴⁵² Somit werden nicht nur Gelder für drogenbezogene Ermittlungen ausgegeben, welche den ohnehin knappen Haushalt des Strafjustizsystems strapazieren, sie sind auch doppelt so kostenaufwändig wie Ermittlungen zu Gewaltverbrechen. Die ‚Police Federation of England and Wales‘, der Betriebsrat der nationalen Polizeibehörden in England und Wales, meldete, dass die Drogengesetze sie finanziell und zeitlich daran hindern, „sich um größere Verbrechen zu kümmern“.⁴⁵³ Einer Analyse der Police Durham zufolge spart jede Nicht-Verhaftung von DrogenkonsumentInnen durchschnittlich 12 Stunden Polizeiarbeit – eine jährliche Ersparnis von rund 177.000 Euro, in einem kleinen Gemeindekreis von nur rund 60.000 Einwohnern.⁴⁵⁴ Die Ersparnisse in großen Metropolregionen dürften entsprechend höher liegen.

Die Daten der Länder zeigen sehr eindrücklich, dass die britischen Länder um ein vielfaches größere drogenbezogene Ausgaben haben als Portugal. Aus ökonomischer und politischer Sicht könnten diese 26-mal höheren pro-Kopf-Aufwendungen allenfalls durch signifikant bessere Resultate in anderen drogenpolitischen Bereichen, wie der öffentlichen Gesundheit und der Strafjustiz, gerechtfertigt werden. Auch die unterschiedliche geographische Größe und Einwohnerzahl der Länder kann die Differenz der drogenbezogenen Ausgaben nicht erklären. Tatsächlich sind die Kosten für öffentliche Güter und Dienstleistungen in bevölkerungsreicheren Ländern tendenziell geringer als die in bevölkerungsärmeren Ländern: „What are the benefits of having a large [population] size? First, the per capita costs of many public goods are lower in larger countries, where more taxpayers can pay for

⁴⁵¹ Ministry of Justice. (2018). Criminal Justice Statistics quarterly, England and Wales, October 2017 to September 2018. Criminal Justice Statistics quarterly. S.1-8.

⁴⁵² Ibid.

⁴⁵³ Simpson, J. (2019). Drug laws ‘keep police from bigger crimes’. Verfügbar: <https://www.thetimes.co.uk/article/drug-laws-keep-police-from-bigger-crimes-kbx2m7v50>. Zuletzt besucht am 16.07.2019.

⁴⁵⁴ Busby, M. (2019). ‘You can’t arrest your way out of record drug-related deaths,’ say police. Verfügbar: <https://www.theguardian.com/society/2019/apr/24/cant-arrest-your-way-out-record-drug-related-deaths-say-police>. Zuletzt besucht am 16.07.2019.

them.”⁴⁵⁵ In einem Artikel zur Beziehung zwischen der Größe eines Landes und dem Wirtschaftswachstum vertritt ein weiterer Autor: “[when the] country size is bigger, the per capita share of public expenditure and publicly provided goods is lower.”⁴⁵⁶ Zudem ist die Bevölkerungsdichte in England und Wales mehr als doppelt so hoch wie in Portugal, womit eine einfachere Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen und Güter in Portugal, z.B. durch kürzere Transportwege, ausgeschlossen werden dürfte.⁴⁵⁷ Die Gegenüberstellung der Kosten mit den vorhergehenden Analyseclustern folgt im anschließenden Kapitel.

VI. Conclusio

Bis auf wenige Aspekte – die nationalen Drogenkonsumraten und die HIV/AIDS-Rate problematischer KonsumentInnen – hat die Untersuchung der Variablen aller drei thematischen Cluster Gesundheit, Strafjustiz und Kriminalität sowie wirtschaftliche Kosten ein bemerkenswert einheitliches Bild ergeben.

Ob die Gesetzesreform zu einem tatsächlichen Anstieg des Drogenkonsums geführt hat, bildete die erste Forschungsfrage. Bezüglich der **Konsumraten illegaler Substanzen** lässt sich das Fazit ziehen, dass in England und Wales altersunabhängig deutlich mehr illegale Drogen konsumiert werden als in Portugal. Bei den letztjährigen Konsumraten reduziert sich der Abstand, er bleibt aber wesentlich. Wohingegen die allgemeinen Konsumraten jeglicher Drogen unter der englischen und walisischen Bevölkerung über die Jahre relativ konstant bleiben, weisen die Raten der heranwachsenden Bevölkerung eine signifikant sinkende Tendenz auf. Die portugiesischen Konsumraten hingegen weisen bis auf die letztjährige Konsumrate Heranwachsender leicht steigende Werte auf. Zum einen sind die Steigerungen aber relativ gering, womit auch die statistische Signifikanz fraglich ist. Die Gesetzesreform hat potentiell zu einem Gefühl einer größeren gesellschaftlichen Akzeptanz eines Drogenkonsums in Portugal geführt, welche sich in den Umfrageantworten widerspiegeln könnte. Zum anderen sind die Steigerungen des Konsums im Leben erheblich größer als die des letzten Jahres, was für einen experimentellen Konsum – möglicherweise

⁴⁵⁵ Alesina, A. (2003). Joseph Schumpeter Lectures - The Size of Countries: Does it Matter?. Journal of the European Economic Association. 1. S.301.

⁴⁵⁶ Mahmoud, S. (2016). Government size, country size, openness and economic growth in selected MENA countries. International Journal of Business and Economic Sciences Applied Research. 9 (1), S.39.

⁴⁵⁷ The World Bank. (2019). Population density (people per sq. km of land area). Verfügbar: <https://data.worldbank.org/indicator/en.pop.dnst>. Zuletzt besucht am 13.09.2019.

begünstigt durch die Entkriminalisierung – spricht, welcher im Verlauf der Jahre wieder abgeklungen ist. Für diese These spricht auch der verhältnismäßig stärkere Anstieg des Konsums spezifischer Substanzen zwischen 2001 und 2007, welcher bis 2012 wieder abflacht. Betrachtet man die Konsumraten spezifischer Drogen im Leben in der Gesamtbevölkerung, ist festzustellen, dass der Zuwachs der allgemeinen Konsumrate in Portugal vor allem durch einen gestiegenen Cannabiskonsum bedingt ist. Der Anstieg der Konsumrate in England und Wales ist zwar geringer, dafür aber bedingt durch den Anstieg des Konsums der risikobehafteteren Substanzen Kokain und Ecstasy. Auch bei den letztjährigen Konsumraten der Gesamtbevölkerung lässt sich die sinkende allgemeine Konsumrate in England und Wales, und die steigende allgemeine Konsumrate in Portugal vor allem auf einen sinkenden Cannabiskonsum in den britischen Ländern bzw. einen steigenden Cannabiskonsum in Portugal zurückführen. Gleichsam verhält es sich bei der heranwachsenden Bevölkerung: die gestiegene allgemeine Konsumrate Portugals ist einem gestiegenen Cannabiskonsum geschuldet, während die sinkende allgemeine Konsumrate Englands und Wales auf einen reduzierten Cannabiskonsum zurückzuführen ist. Doch obwohl in Portugal unmittelbar nach der Entkriminalisierung mehr Drogen konsumiert worden sind, scheint dies keinen langfristigen Trend ausgelöst zu haben. Sofern die Reform für die Zunahmen verantwortlich wäre, sind diese zum einen nur minimal, und zum anderen bedingt durch den Anstieg der verhältnismäßig weniger schädlichen Substanz Cannabis. Die Forschungsfrage, ob die Gesetzesreform zu einem tatsächlichen Anstieg des Drogenkonsums geführt hat, kann also letztlich nicht eindeutig beantwortet werden. Als gesichert gelten kann aber, dass die Konsumraten Englands und Wales rückläufigere Tendenzen aufweisen als die Portugals.

Die zweite Forschungsfrage behandelte, ob die Entkriminalisierung in Portugal zu einem Anstieg problematischer KonsumentInnen, und/oder zu mehr aus einem (problematischen) Substanzkonsum resultierenden gesundheitlichen Schäden führte. In Bezug auf Auswirkungen auf die **öffentliche Gesundheit**, insbesondere die von problematischen DrogenkonsumentInnen, sind die Übereinstimmungen deutlich. Während in England und Wales die Raten gesundheitlicher Schäden in allen Aspekten außer der HIV/AIDS-Rate steigen, sinken diese in Portugal durchwegs. Dies dürfte auf eine ursächliche Verkettung der untersuchten Faktoren zurückzuführen sein, bei der sich die negative bzw. positive Entwicklung eines Faktors negativ bzw. positiv auf andere Faktoren auswirkt. So ist in England und Wales eine signifikante Zunahme problematischer DrogenkonsumentInnen zu verzeichnen, wofür wie zuvor angesprochen hauptsächlich ein stark gestiegener Kokainkonsum verantwortlich gemacht wird. Schlüssig mit diesem Anstieg der Anzahl an

problematischen DrogenkonsumentInnen weisen auch die drogenbezogenen Todesfälle in England und Wales steigende Tendenzen auf. Umgekehrt ist in Portugal mit einem Rückgang der Anzahl problematischer KonsumentInnen auch ein erheblicher Rückgang drogenbezogener Tode zu verzeichnen.

Auffallend sind die gegensätzlichen Entwicklungen der Gesundheitsschäden in den Ländern in Übereinstimmung mit der Ausweitung bzw. dem Abbau von Schadensminderungsmaßnahmen. Zwar wurde in dieser Arbeit quantitativ keine Korrelation oder gar Kausalität zwischen der Verfügbarkeit von Schadensminderungsmaßnahmen und drogenbezogenen Gesundheitsschäden hergestellt, doch stimmen die Resultate mit der Meinung zahlreicher medizinischer Fachkräfte, Sozialwissenschaftler, Juristen und Strafverfolgungsbehörden Großbritanniens (und darüber hinaus) überein. Die Warnung dieser Fachleute vor den negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Abbaus schadensmindernder Maßnahmen wird durch die Ergebnisse zumindest aufrechterhalten.

Hinsichtlich der Forschungsfrage, ob die Entkriminalisierung in Portugal zu einem Anstieg problematischer KonsumentInnen, und/oder zu mehr aus einem (problematischen) Substanzkonsum resultierenden gesundheitlichen Schäden führt, kann dies entschieden mit nein beantwortet werden. Tatsächlich legen die vorhandenen Daten sowohl eine deutliche Reduktion der Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen nahe, als auch eine signifikante Abnahme drogenbezogener Todesfälle, der HIV- und AIDS-Neuinfektionsrate problematischer DrogenkonsumentInnen und des Anteils problematischer KonsumentInnen mit einer Hepatitis C-Infektion.

Die dritte Forschungsfrage beleuchtete, welche Drogenpolitik zu welcher Anzahl an Menschen führt, die in Berührung mit dem Strafjustizsystem kommen.

In Bezug auf **Strafjustiz und Kriminalität** zeichnet sich ein ähnliches Bild ab wie bei den vorherigen Variablen. Sowohl bei drogenbezogenen Festnahmen, als auch drogenbezogenen Inhaftierungen steigt die Anzahl in England und Wales, während jene in Portugal sinkt. Interessanterweise scheinen in England und Wales vor allem KonsumentInnen im Besitz von Eigenbedarfsmengen strafrechtlich verfolgt zu werden, wohingegen in Portugal vermehrt HändlerInnen betroffen sind. Warnungen vor dem Anstieg eines Drogentourismus in Portugal haben sich als haltlos erwiesen, die Rate wegen Drogendelikten festgenommener AusländerInnen ist über die Jahre durchgängig stabil geblieben. In Bezug auf die Forschungsfrage also, welche Drogenpolitik zu welcher Anzahl an Menschen führt, die in Berührung mit dem Strafjustizsystem kommen, sind die Ergebnisse klar. Wohingegen in den

drogenpolitisch kriminalisierten Ländern England und Wales eine über die Jahre steigende Anzahl an Menschen wegen drogenbezogener Vergehen festgenommen und inhaftiert wird, sinkt diese Zahl im entkriminalisierten Portugal deutlich. Ferner lässt sich hinsichtlich der Forschungsfrage, ob eine Drogenentkriminalisierung zu einem Anstieg eines Drogentourismus führt, ebenfalls feststellen, dass die Gesetzesreform – zumindest unter Bezugnahme auf polizeiliche Erfassungen – zu keinerlei langfristigem Anstieg geführt hat.

Die vierte und letzte Forschungsfrage untersuchte, welche nationale Drogenpolitik welche wirtschaftlichen Kosten verursacht. Die Betrachtung der **öffentlichen drogenbezogenen Ausgaben** hat ebenfalls aufschlussreiche Resultate erbracht. Hierbei wenden England und Wales jährlich mit 10 Milliarden Euro eine enorme Summe für drogenbezogene Maßnahmen auf, welche die portugiesischen Ausgaben von 65 Millionen Euro vergleichsweise winzig erscheinen lassen. Wie zuvor angesprochen, wären solche 26-fach höheren pro-Kopf Ausgaben nur mit wesentlich besseren, i.e. effektiveren Resultaten (für eine Definition hierzu siehe ab S.32) im Bereich der öffentlichen Gesundheit oder Strafjustiz zu rechtfertigen. Jedoch kann dies in keinem der untersuchten Aspekte beobachtet werden und auch die unterschiedliche Ländergröße und Einwohnerzahl kann diese Differenz nicht erklären. Vielmehr muss man feststellen, dass die hohen britischen Aufwendungen in keinerlei Hinsicht zu mehr der erwünschten und weniger der unerwünschten Konsequenzen führen als die portugiesischen. Selbstverständlich kann daraus nicht pauschal abgeleitet werden, dass eine kriminalisierte Drogenpolitik zu mehr öffentlichen Ausgaben führt als eine entkriminalisierte; Aber in Bezug auf die Forschungsfrage, welche nationale Drogenpolitik welche volkswirtschaftlichen Kosten verursacht, steht fest, dass die drogenbezogenen Ausgaben im entkriminalisierten Portugal deutlich geringer sind als die in den kriminalisierten Ländern England und Wales.

Führt man die Untersuchungsergebnisse aller thematischen Cluster zusammen, drängt sich eine klare Schlussfolgerung auf. In Portugal werden seit der Drogenentkriminalisierung möglicherweise geringfügig mehr psychoaktive Substanzen, insbesondere Cannabis konsumiert, doch weisen alle untersuchten gesundheitlichen Schäden und die Anzahl problematischer KonsumentInnen rückläufige Tendenzen auf, wohingegen diese in England und Wales steigen. Auch Kontakte mit der Strafjustiz sind in Portugal rückläufig, während diese in England und Wales zunehmen, überdies gibt es keinen Anstieg eines Drogentourismus in Portugal. Zuletzt sind die öffentlichen drogenbezogenen Ausgaben in Portugal weitaus geringer als die in England und Wales. Da das entkriminalisierte drogenpolitische Modell also in mehr der erwünschten Konsequenzen und weniger der

unerwünschten Konsequenzen resultiert hat als das prohibitionistische Modell, sprechen die Ergebnisse in nahezu jeder Hinsicht für ersteres Modell. In jedem Fall widersprechen die Ergebnisse der Analyse dem Großteil der durch Prohibitionsbefürworter geschürten Ängste. Natürlich ist diese Arbeit thematisch keinesfalls erschöpfend und es gibt zahlreiche Teilgebiete, welche einer vertieften Untersuchung bedürfen. Dennoch hat die Arbeit auf gesellschaftspolitisch bedeutenden Feldern gezeigt, dass die portugiesische entkriminalisierte Drogenpolitik bemerkenswert gute Ergebnisse erzielt, welche EntscheidungsträgerInnen dringend in Betracht ziehen sollten. Andernfalls werden auch weiterhin vulnerable Menschen die gesundheitlichen und gesellschaftlichen Konsequenzen ideologischer Drogenpolitiken tragen müssen.

Anhang

Literaturverzeichnis

Alesina, A. (2003). Joseph Schumpeter Lectures - The Size of Countries: Does it Matter? Journal of the European Economic Association. 1. S.301.

Allen, G. et al. (2017). Prisons Statistics, England and Wales. House of Commons Library. S.24.

Allen, L. et al. (2004). Decriminalisation of drugs in Portugal: a current overview. The Beckley Foundation Drug Policy Programme. 6 (1), S.3.

Assembleia da República. (1993). Lei de Combate à Droga Decreto - Lei n.º 15/93.

Asthana, A. (2016). Nick Clegg accuses Theresa May of tampering with drug report. The Guardian.

Baganha, M. (2009). The Lusophone Migratory System: Patterns and Trends. International Migration. 47 (3), S.6-17.

Baker, N. (2014). Drugs: International Comparators. Home Office.

Batista de Paula, L. et al. (2016). Drug Tourism: General Overview, Case Studies and New Perspectives in the Contemporary World. De Gruyter Open Access. S.188.

Bennett, T. and Holloway, K. (2010). Is UK drug policy evidence based? *International Journal of Drug Policy*. 21 (5).

Berridge, V. (2015). Demons: Our Changing Attitudes to Alcohol, Tobacco, and Drugs. *Social History of Medicine*. 28 (1), S.221-222.

Bessant, J. (2008). From 'harm minimization' to 'zero tolerance' drugs policy in Australia: how the Howard government changed its mind. *Policy Studies*. 29. S.204-205.

Best, D. et al. (2008). Treatment retention in the Drug Intervention Programme: Do primary drug users fare better than primary offenders? *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. 15 (2), S.201-203.

Bewley-Taylor, D (2002). *United States and International Drug Control, 1909-1997*. London: Pinter. S.6; 31.

Beynon, C. et al. (2010). Illegal drug use in the age of ageing. *British Journal of General Practice*. 60. S.481.

Cockayne, J. et al. (2018). What Comes After the War on Drugs – Flexibility, Fragmentation or Principled Pluralism? *United Nations University*. S.2-3.

Collins, B. et al. (2017). Assessing the effectiveness and cost-effectiveness of drug intervention programmes: UK case study. *Journal of Addictive Diseases*. 36 (1), S.3-5.

Cornish, R. et al. (2010). Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *British Medical Journal*. 341. S.1-3.

Costa, A. (2010). Legalise drugs and a worldwide epidemic of addiction will follow. *The Guardian*.

Coulson, C. and Caulkins, J. (2012). Scheduling of newly emerging drugs: a critical review of decisions over 40 years. *Addiction*. 107 (4).

Crawford, C. et al. (2015). United Kingdom Drug Situation: 2015 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.54-55.

Crocq, M. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 9 (4), S.355-356.

d'Arrigo, L. et al. (2018). European Drug Report 2018. EMCDDA. S.74.

Davies, C. et al. (2011). United Kingdom Drug Situation 2011 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.68-70.

Department for Communities and Local Government. (2018). Local Authority Revenue Expenditure and Financing. Statistical Release. S.5.

Des Jarlais, D. (2017). Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal*. 14 (51), S.1-2.

Dodd, V. (2018). Durham police chief calls for legalisation of cannabis in UK. *The Guardian*.

Eastwood, N. et al. (2013). The numbers in black and white: ethnic disparities in the policing and prosecution of drug offences in England and Wales. LSE Consulting. S.21.

Eaton G. et al. (2007). 2007 National Report (2006 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.56.

Eaton, G. et al. (2008). United Kingdom Drug Situation: 2015 Edition. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). S.78-79.

EMCDDA. (2011). Mortality related to drug use in Europe. S.10-11.

EMCDDA. (2017). United Kingdom Country Drug Report 2017. Country Drug Report. S.3.

EMCDDA. (2018). How is international cannabis policy developing? Cannabis policy: status and recent developments.

EMCDDA. (2018). Problem drug use. Statistical Bulletin 2018.

Equality and Human Rights Commission. (2018). Written submission from the Equality and Human Rights Commission. Evidence of ongoing racial inequality in policing.

EUROPOL. (2018). EU Terrorism Situation and Trend Report 2018. TE-SAT. S.9.

Fearn, V. (2013). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2012 registrations. Office for National Statistics. S.10-16.

Fish, J. (2005). Drugs and Society: U.S. Public Policy. Lanham: Rowman & Littlefield. S.149-155.

Flatley, J. (2018). Crime in England and Wales, year ending March 2018. Crime Statistics and Analysis.

Fralick, M. et al. (2015). Hepatitis C Virus Infection. Canadian Medical Association Journal. 187 (15), S.1159.

Frazer, L. (2018). Number of people cautioned for cannabis possession by Police Force Area. Parliamentary Answers. S.1.

Galea, S. and Vlahov, D. (2002). Social Determinants and the Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness, and Incarceration. Public Health Reports. 117. S.136.

Galvin, B. (2008). Analysis of treatment outcomes in the south east. Newsletter of the Alcohol and Drug Research Unit. S.23-24.

General-Directorate for Intervention in Addictive Behaviours and Dependencies. (2017).

Opioid Use. Summary 2017. Relatórios. S.4-6.

General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies (SICAD). (2018). Statistical Bulletin 2016 - Illicit Substances. Statistical Bulletin. S.3-9.

Goulão, J. (2011). The State of the Drugs Problem in Europe: Annual Report 2011. EMCDDA. S.76.

Greenwald, G. (2009). Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies. Cato Institute. S.1-28.

Her Majesty's Inspectorate of Constabulary and Fire & Rescue Services. (2013). Stop and Search Powers: Are the police using them effectively and fairly? S.21.

Hettema, J. und Sorensen, J. (2009). Access to Care for Methadone Maintenance Patients in the United States. International Journal of Mental Health and Addiction. 7 (3), S.469-470.

Hickmann, M. et al. (2005). Indirect Methods to Estimate Prevalence. Epidemiology of Drug Abuse. S.113-114.

Hickmann, M. et al. (2006). Estimating prevalence of injecting drug use: a comparison of multiplier and capture – recapture methods in cities in England and Russia. Drug and Alcohol Review. 25. S.131.

Hickmann, M. et al. (2016). Hepatitis C among drug users in Europe. EMCDDA. S.25.

HM Government. (2010). Drug Strategy 2010: Reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug-free life. Home Office. S.2.

HM Government. (2017). An evaluation of the Government's Drug Strategy 2010. Drug Misuse and Dependency. S.10; 119-122.

HM Prison & Probation Service. (2019). Prison Drugs Strategy. S.3.

- Home Office. (2014). Drugs: International Comparators. Policy Paper Archive. S.4.
- House of Commons. (2011). Phone Hacking Scandal. Oral Answers to Questions. 531.
- Houweling, H. et al. (1999). An age-period-cohort analysis of 50,875 AIDS cases among injecting drug users in Europe. *International Journal of Epidemiology*. 28 (6), S.1142.
- Hughes, C. and Stevens, A. (2010). What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? *The British Journal of Criminology*. 50 (6), S.1005-1018.
- Hughes, C. and Stevens, A. (2012). A resounding success or a disastrous failure: Re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*. 31.
- Hughes, C. und Stevens, A. (2007). The Effects of Decriminalization of Drug Use. The Beckley Foundation Drug Policy Programme.
- Humphreys, K. and McLellan, A. (2011). A policy-oriented review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. *Addiction*. 106.
- Hunt, N., et al. (2003). A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. *Harm Reduction International*. S.2-16; 347.
- Inciardi, J (1999). *Harm Reduction: National and International Perspectives*. Thousand Oaks: Sage Pub. S.9.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2004). Relatório Anual: 2003 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual. S.75-79.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2007). Relatório Anual: 2006 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.30.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). Relatório Anual: 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.36; 55.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2010). Relatório Anual: 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual. S.62; 126.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2012). Relatório Anual: 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências . Relatório Anual . S.15; 133.

Jaffe, A. (2016). The "Rock Bottom" Myth and the Shame It Brings On. Psychology Today.

Jager, J. et al. (2016). Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs. S.100.

Klaus, C. und Bandelow N. (2014). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. Oldenbourg: De Gruyter Oldenbourg. S.231-258.

Klein, A. et al (2004). Caribbean drugs: from criminalization to harm reduction. London: Zed Books. S.174.

Knight, J. et al. (2018). Adult substance misuse statistics from the National Drug Treatment Monitoring System (NDTMS). Public Health England. S.67.

Laqueur, H. (2015). Uses and Abuses of Drug Decriminalization in Portugal. Law and Social Inquiry. 40 (3).

Lenke, L. und Olsson, B. (2002). Swedish Drug Policy in the Twenty-First Century: A Policy Model Going Astray. The Annals of the American Academy of Political and Social Science. 582. S.70-73.

Lenton, S. and Single, E. (1998). The definition of harm reduction. Drug and Alcohol Review. 17 (2), S.219.

London, R. (2005). Is the war on drugs succeeding? Harvard Law Today.

Mahmoud, S. (2016). Government size, country size, openness and economic growth in selected MENA countries. International Journal of Business and Economic Sciences Applied

Research. 9 (1), S.39.

Manders, B. (2017). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2016 registrations. Office for National Statistics. S.16.

Mann, J. (2014). British drugs survey 2014: drug use is rising in the UK – but we're not addicted. The Guardian.

Mansfield, A. et al. (2013). Chapter 5 - Drug policy in the UK: from the 19th century to the present day. In: Howes, P. Drugs of Dependence - The Role of Medical Professionals. London: British Medical Association. S.89.

Marx, J. (1982). New disease baffles medical community. Science. 4560. S.618-620.

Mathers, B. et al. (2013). Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bulletin World Health Organ. 91. S.102-104.

McGinnty, E. et al. (2015). Criminal Activity or Treatable Health Condition? News Media Framing of Opioid Analgesic Abuse in the United States, 1998–2012. Psychiatric Services. 67 (4), S.405-406.

McKegany, N. (2010). The challenge to UK drug policy. Drugs: Education, Prevention and Policy. 14 (6).

McPherson, W. et al. (1999). The Stephen Lawrence Inquiry. Tribunal of Inquiry. S.41.

Meijerink, H. et al. (2013). Intravenous drugsgebruik en de verspreiding van hiv. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome. 157 (1), S.1-3.

Ministry of Justice. (2018). Criminal Justice Statistics quarterly, England and Wales, October 2017 to September 2018. Criminal Justice Statistics quarterly. S.1-8.

Monaghan, M. (2011). Evidence Versus Politics: Exploiting Research in UK Drug Policy Making? Bristol: Bristol: Policy Press.

Moreira, M. et al. (2007). The evaluation of the Portuguese drug policy 1999-2004: the process and the impact on the new policy. *Drugs and Alcohol Today*. 7 (2), S.14.

Moreira, M. et al. (2011). Drug Policy Profiles: Portugal. *Drug Policy Profiles*. S.21.

Murkin, G. (2014). Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight. *Transform*.

National Institute for Health and Care Excellence. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence. *Technology Appraisal Guidance*. S.13.

Neto, M. (2016). A descriminalização do consumo de droga em Portugal - quinze anos depois. *Dissertação de Mestrado*. S.18.

Nutt, D. (2010). Trashing evidence-based drugs policy. *The Guardian*.

Nutt, D. (2012). *Drugs Without the Hot Air: Minimising the harms of legal and illegal drugs*. Cambridge: UIT Cambridge.

Nutt, D. et al. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 376. S.1558-1565.

Nutt, D. et al. (2018). A new approach to formulating and appraising drug policy: A multi-criterion decision analysis applied to alcohol and cannabis regulation. *International Journal of Drug Policy*. 56. S.144-146.

Office for National Statistics. (2018). *Deaths Related to Drug Poisoning: England and Wales, 1993-2017*. Mortality team, Life Events and Population Sources Division.

Office for National Statistics. (2018). *Drug Misuse Tables 1996 - 2017*. Crime Survey for England and Wales.

Ohne Verfasser. (2016). *Statistics on Drug Misuse England, 2016*. Office for National

Statistics. S.2.

Osborn, E. (2018). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2017 registrations. Office for National Statistics. S.3; 12.

Park, N. (2019). England and Wales population mid-year estimate. Population estimates time series dataset.

Parliament of the United Kingdom. (1971). Misuse of Drugs Act 1971. The Advisory Council on the Misuse of Drugs. S.1; 25-32; 54.

Parvaz, M. et al. (2011). Neuroimaging for drug addiction and related behaviors. Reviews in the Neurosciences. 22 (6), S.609-610.

Patel, P. et al. (2014). Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. AIDS. 28 (10), S.1513.

Public Health England. (2018). England and Wales: Key Populations HIV data tables. Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (STI) and HIV Division.

Redonnet, B. et al. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. Drug and Alcohol Dependence. 121. S.231-239.

Reiter, R. et al (2014). Politikfeldanalyse im Studium: Fragestellungen, Theorien, Methoden. Baden-Baden: Nomos. S.118-124.

Release. (2016). Drug Policy in the UK and its Intersection with International Human Rights. Release - Drugs, The Law and Human Rights. S.2-3.

Ritter, A. et al. (2016). Comparative policy analysis for alcohol and drugs: Current state of the field. International Journal of Drug Policy. 31. S.39.

Rolles, S. and Eastwood, N. (2009). A Comparison of the Cost-effectiveness of Prohibition and Regulation of Drugs. Transform. 1 (1), S.23.

Rolles, S. and Eastwood, N. (2013). Drug Decriminalisation Policies in Practice: A Global Summary. Harm Reduction International. S.161.

Rothstein, B. (1998). Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State. Cambridge: Cambridge University Press. S.62-63.

Royuela, L. et al. (2014). Drug use in prison: assessment report - Reviewing tools for monitoring illicit drug use in prison populations in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. S.3.

Rudd, A. (2017). 2017 Drug Strategy. HM Government. S.1.

Runciman, R. et al. (2012). A fresh approach to drugs - The final report of the UK Drug Policy Commission. . UK Drug Policy Commission. S.9.

Santana, P. et al. (2004). AIDS/HIV mortality in Portugal in the 1990s. University of Coimbra. S.57.

Schäffer, D. et al. (2006). HIV- und Hepatitis-Prävention. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. S.7-12; 24.

Scheerer, S. und Vogt, I. (1989). Drogen und Drogenpolitik: Ein Handbuch. Frankfurt am Main: Campus Verlag. S.5.

Seddon, T. (2011). What is a problem drug user? Addiction Research & Theory. 19(4). S.334.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). Relatório Anual: 2012 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual. S.19; 78.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual: 2016. S.90.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Relatório Anual: 2015. S.84.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). Plano Estratégico 2017 - 2019. Plano Estratégico. S.17-19.

Smith, L. (2014). Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2013 registrations. Office for National Statistics. S.19.

Smith, R. (1995). The war on drugs: Prohibition isn't working-some legalisation will help. British Medical Journal. 311. S.1656.

Squeglia, L. et al. (2009). The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development. Clinical EEG and Neuroscience. 40 (1), S.32-33.

Stevens, A. (2016). The absorption of recovery in English drug policy. National Drug and Alcohol Research Centre.

Stevens, A. and Zampini, G. (2018). Drug policy constellations: A Habermasian approach for understanding English drug policy. International Journal of Drug Policy. 57.

Stimson, G. et al. (1996). Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe. EMCDDA Scientific Monograph Series. 1. S.77-79.

Stothard, B. (2017). A turning point for UK drug policy: opportunity or stasis. Drugs and Alcohol Today. 17. S.135-140.

Strang, J. (2017). Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management. S.26.

Strang, J. et al. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. The Lancet. 379 (1), S.71.

Sturge, G. (2018). UK Prison Population Statistics. House of Commons Library. S. 8.

Sussman, A. et al. (2011). Considering the Definition of Addiction. International Journal of Environmental Research and Public Health. 8. S.4034-4035.

Taxy, S. et al. (2015). Drug Offenders in Federal Prison: Estimates of Characteristics Based on Linked Data. U.S. Department of Justice. S.2.

The Assembly of the Republic of Portugal. (1993). Decree-Law N° 15/93 of January 2 Anti-Drug Legislation. S.21.

The Assembly of the Republic of Portugal. (2000). Law N° 30/2000, of 29 November Defines the Legal Framework Applicable to the Consumption of Narcotics and Psychotropic Substances, together with the Medical and Social Welfare of the Consumers of such. S.1-9.

The Scottish Government. (2008). The Road to Recovery - A New Approach to Tackling Scotland's Drug Problem. Community Safety. S.4; 28-29.

UK Home Office. Stop and search. Policing Statistics. 2017.

UK Parliament. (2017). 22 November 2017 - Volume 631. Prime Minister's Questions. 631.

United Nations. (2018). Global Call to Action on World Drug Problem. United Nations General Assembly. S.1.

UNODC. (2018). World Drug Report 2018. UNODC Research. S.1.

Weisberg, D. et al. (2014). Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: cautionary lessons. International Journal of Drug Policy. 25 (6).

Winters, K. and Arria, A. (2011). Adolescent Brain Development and Drugs. U.S. Department of Health & Human Services. 18 (2), S.21-24.

World Prison Brief. (2018). United Kingdom: England & Wales. World Prison Brief data.

Internetquellen

Aidsmap. (2011). Needle exchange programmes. Verfügbar: <http://www.aidsmap.com/Needle-exchange-programmes/page/1324164/>. Last accessed 20.06.2019.

Australian Government Health Department. (2004). Harm Minimisation. Verfügbar: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/drugtreat-pubs-front9-wk-toc~drugtreat-pubs-front9-wk-secb~drugtreat-pubs-front9-wk-secb-2~drugtreat-pubs-front9-wk-secb-2-1>. Zuletzt besucht am 30.01.2019.

BBC. (2001). Portugal 'not a drug haven'. Verfügbar: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1445127.stm>. Zuletzt besucht am 20.06.2019.

Busby, M. (2019). 'You can't arrest your way out of record drug-related deaths,' say police. Verfügbar: <https://www.theguardian.com/society/2019/apr/24/cant-arrest-your-way-out-record-drug-related-deaths-say-police>. Zuletzt besucht am 16.07.2019.

Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. (2018). Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes. Verfügbar: <http://www.dgsp.mj.pt/>. Zuletzt besucht am 20.02.2019.

Drug Policy Alliance. (2015). Drug Decriminalization. Verfügbar: <http://www.drugpolicy.org/issues/drug-decriminalization>. Zuletzt besucht am 30.01.2019.

EMCDDA. (2019). Public Expenditure. Verfügbar: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/portugal/public-expenditure_en. Zuletzt besucht am 10.07.2019.

Encyclopaedia Britannica. (Nicht verfügbar). António de Oliveira Salazar. Verfügbar: <https://www.britannica.com/biography/Antonio-de-Oliveira-Salazar#ref280168>. Zuletzt besucht am 13.12.2018.

Federal Bureau of Prisons. (2018). Inmate Statistics: Offenses. Verfügbar: https://www.bop.gov/about/statistics/statistics_inmate_offenses.jsp. Zuletzt besucht am 30.01.2019.

Ferreira, S. (2017). Portugal's radical drugs policy is working. Why hasn't the world copied it? Verfügbar: <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>. Zuletzt besucht am 13.12.2018.

Forster, K. (2017). Government's public health cuts 'will leave needles in the streets', warn pharmacists. Verfügbar: <https://www.independent.co.uk/news/health/public-health-cuts-needles-in-the-streets-pharmacy-pharmacists-government-theresa-may-a7837936.html>. Zuletzt besucht am 20.06.2019.

Instituto Nacional de Estatistica. (2019). População residente 2018. Verfügbar: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE. Zuletzt besucht am 02.09.2019.

Nadelmann, E. (2009). Think Again: Drugs. Verfügbar: <https://foreignpolicy.com/2009/10/12/think-again-drugs/>. Zuletzt besucht am 26.11.2018.

Public Health Wales. (2018). Cocaine-related hospital admissions on the rise in Wales. Verfügbar: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/888/news/49730>. Zuletzt besucht am 01.03.2019.

Raab, S. (2018). Legal systems in UK (England and Wales): overview. Verfügbar unter: [https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/5-636-2498?transitionType=Default&contextData=\(sc.Default\)&firstPage=true&comp=pluk&bhcp](https://uk.practicallaw.thomsonreuters.com/5-636-2498?transitionType=Default&contextData=(sc.Default)&firstPage=true&comp=pluk&bhcp) =. Zuletzt besucht am 18.12.2018.

Rosenstein, R. (2018). Fight Drug Abuse, Don't Subsidize It. Verfügbar: <https://www.nytimes.com/2018/08/27/opinion/opioids-heroin-injection-sites.html?action=click&module=Opinion&pgtype=Homepage>. Zuletzt besucht am 28.11.2018.

SICAD. (2018). Publicacoes/Documentos. Verfügbar unter: <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/default.aspx>. Zuletzt besucht am 12.12.2018.

Simpson, J. (2019). Drug laws ‘keep police from bigger crimes’. Verfügbar:
<https://www.thetimes.co.uk/article/drug-laws-keep-police-from-bigger-crimes-kbx2m7v50>.
 Zuletzt besucht am 16.07.2019.

The World Bank. (2019). Population density (people per sq. km of land area). Verfügbar:
<https://data.worldbank.org/indicator/en.pop.dnst>. Zuletzt besucht am 13.09.2019.

Tabellen- und Diagrammverzeichnis

Tabelle 1. Kriterien einer erfolgreichen Drogenpolitik.....	35
Tabelle 2. Abhängige Variablen nach thematischen Clustern.	37
Tabelle 3. Klassifizierung psychoaktiver Substanzen.....	38
Tabelle 4. Drogenbezogene Schäden für KonsumentInnen und andere.....	41
Tabelle 5. Abhängige Variablen nach thematischen Clustern.	49
Tabelle 6. Öffentliche drogenbezogene Ausgaben (Angaben bezogen auf das Jahr 2016). ..	91
Tabelle 7. Drogenbezogene Ausgaben in England und Wales.....	93
Diagramm 1. Gesamtschädlichkeit der klassifizierten psychoaktiven Substanzen.....	42
Diagramm 2. Konsumrate Gesamtbevölkerung.	51
Diagramm 3. Konsumrate Heranwachsender Bevölkerung.	51
Diagramm 4. Konsumrate englischer und walisischer Gesamtbevölkerung im Leben.....	55
Diagramm 5. Konsumrate portugiesischer Gesamtbevölkerung im Leben.	56
Diagramm 6. Konsumrate englischer und walisischer Gesamtbevölkerung letztes Jahr.	58
Diagramm 7. Konsumrate portugiesischer Gesamtbevölkerung letztes Jahr.....	59
Diagramm 8. Konsumrate englischer und walisischer heranwachsender Bevölkerung im Leben.....	60
Diagramm 9. Konsumrate portugiesischer heranwachsender Bevölkerung im Leben.	61
Diagramm 10. Konsumrate englischer und walisischer heranwachsender Bevölkerung letztes Jahr.....	63
Diagramm 11. Konsumrate portugiesischer heranwachsender Bevölkerung letztes Jahr.	64
Diagramm 12. Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen in England und Wales. Fehlende Jahresdaten wurden ausgelassen.	65

Diagramm 13. Anzahl problematischer SubstanzkonsumentInnen pro Millionen Einwohner.	67
Diagramm 14. Drogenbezogene Tode pro Millionen Einwohner.	70
Diagramm 15. Kokaininduzierte Tode pro Millionen Einwohner.	72
Diagramm 16. Anteil PDUs an jährlichen Neudiagnosen HIV/AIDS.	74
Diagramm 17. Anteil PDUs mit Hepatitis C-Antikörpern.	76
Diagramm 18. Drogenbezogene Festnahmen in England und Wales.	81
Diagramm 19. Drogenbezogene Festnahmen in Portugal. Festnahmen vor der Gesetzesreform sind gekennzeichnet durch orange Säulen.	81
Diagramm 20. Drogenbezogene Festnahmen pro Mio. Einwohner in Portugal und England mit Wales.	82
Diagramm 21. Drogenbezogene Inhaftierungen in Portugal.	85
Diagramm 22. Drogenbezogene Inhaftierungen pro Millionen Einwohner.	86
Diagramm 23. Drogenbezogene Straftaten/Ordnungswidrigkeiten in Portugal nach Nationalität.	88
Diagramm 24. Drogenbezogene Ausgaben des Gesundheitswesens in England und Wales.	94

Abstract

Im Rahmen einer vergleichenden Policy-Analyse untersucht diese Arbeit die Auswirkungen nationaler Drogenpolitiken auf gesellschaftspolitische Faktoren der Bereiche öffentlicher Gesundheit, Kriminalität und Strafjustiz sowie wirtschaftlicher Kosten anhand der Fallbeispiele Portugal versus England und Wales. Mit einem entkriminalisierten, gesundheitsorientierten Ansatz in Portugal, und einem prohibitionistischen Strafverfolgungsansatz in England und Wales wurden dabei gezielt Länder ausgewählt, welche drogenpolitisch deutliche Gegensätze bilden. Zum Zweck dieser Arbeit wurden sozio-politisch erwünschte und unerwünschte Konsequenzen von Drogenpolitik und -konsum festgelegt, gegen die die vorhandenen nationalen Daten abgeglichen werden konnten. In Bezug auf ebendiese Konsequenzen der Drogenpolitiken wurden die quantitativen Daten der Länder verglichen und die Ergebnisse qualitativ interpretiert. Generell verzeichnete Portugal mit dem entkriminalisierten Ansatz deutlich mehr erwünschte und weniger unerwünschte Konsequenzen als der prohibitionistische Ansatz in England und Wales. So sank in Portugal neben der Anzahl an problematischen Drogenkonsumenten und der Prävalenzrate gesundheitlicher Schäden wie HIV/AIDS und Hepatitis C auch die Anzahl an drogenbezogenen Festnahmen und Inhaftierungen, während diese Faktoren in England und Wales stiegen. Zudem waren die drogenbezogenen volkswirtschaftlichen Ausgaben der britischen Länder signifikant höher als die Portugals. Die Zusammenführung der Untersuchungsergebnisse spricht abschließend für das entkriminalisierte drogenpolitische Modell und begründet jedenfalls weitergehende Forschungen in diesen Themenbereichen.