

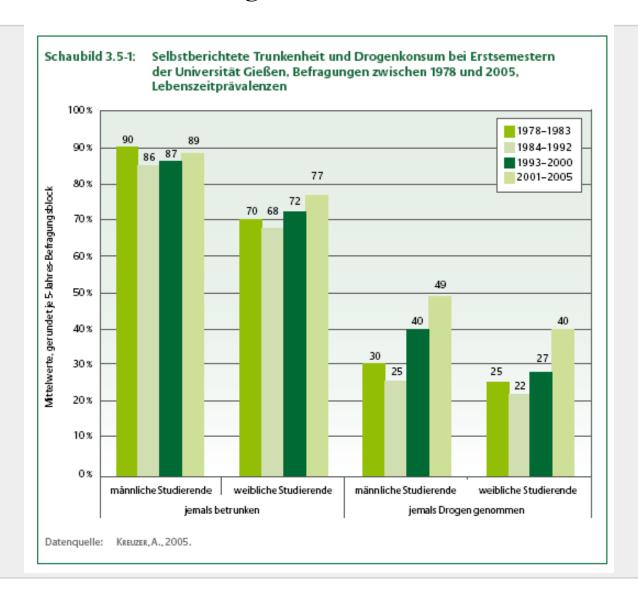
Kriminologie II (3)

Dr. Michael Kilchling

Max Planck Institute for Foreign and International Criminal Law http://www.mpicc.de

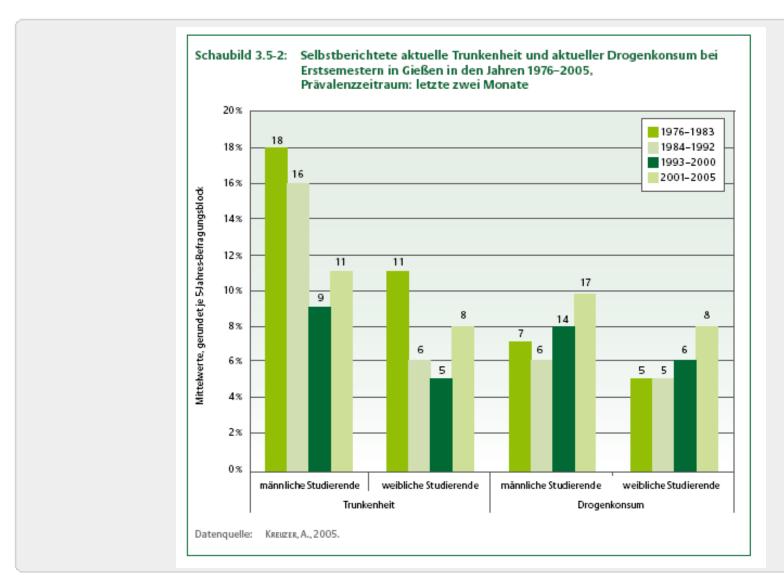
ල

Selbstberichteter Drogenkonsum in Deutschland



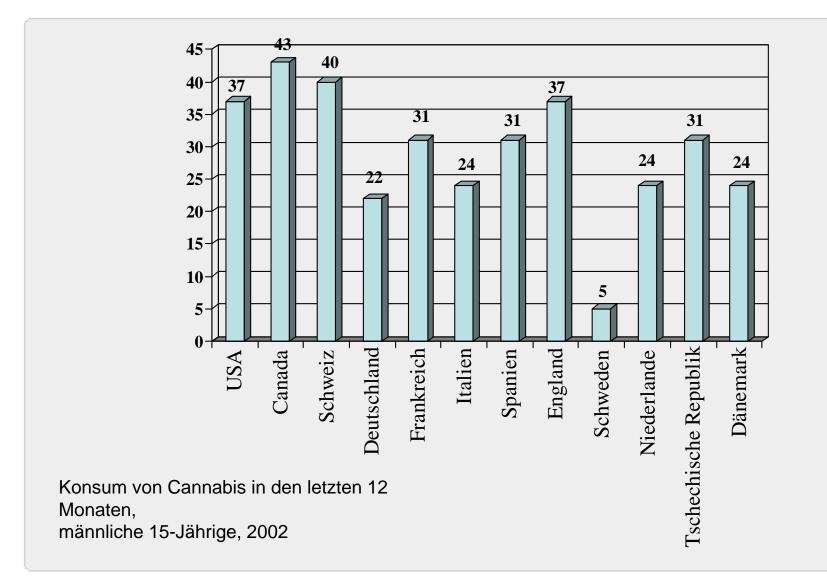
Selbstberichteter Drogenkonsum in Deutschland





Selbstberichteter Cannabiskonsum international





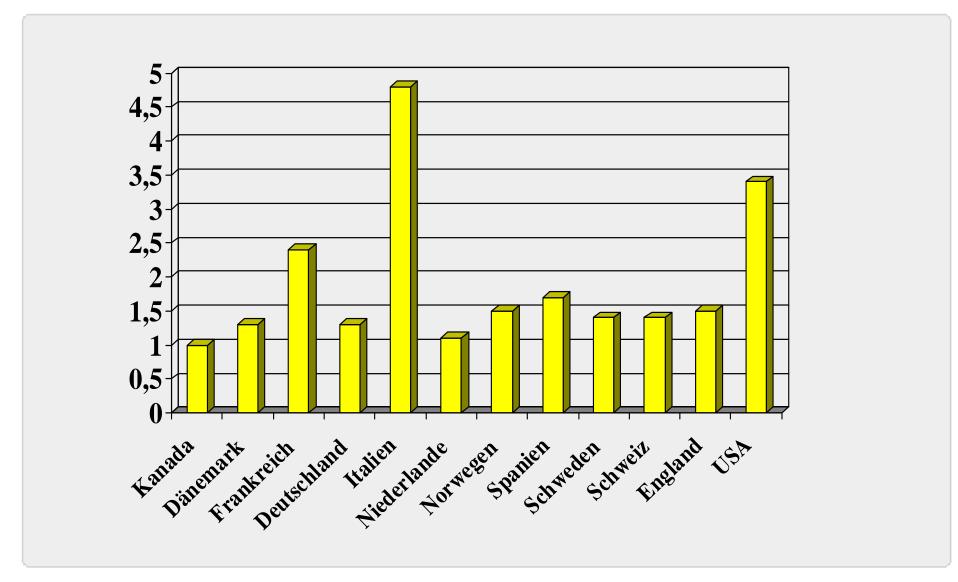
Probleme in der Untersuchung von (selbstberichtetem) Drogenkonsum



- Verlässlichkeit der Aussagen
- Ausfälle
- Hidden Populations

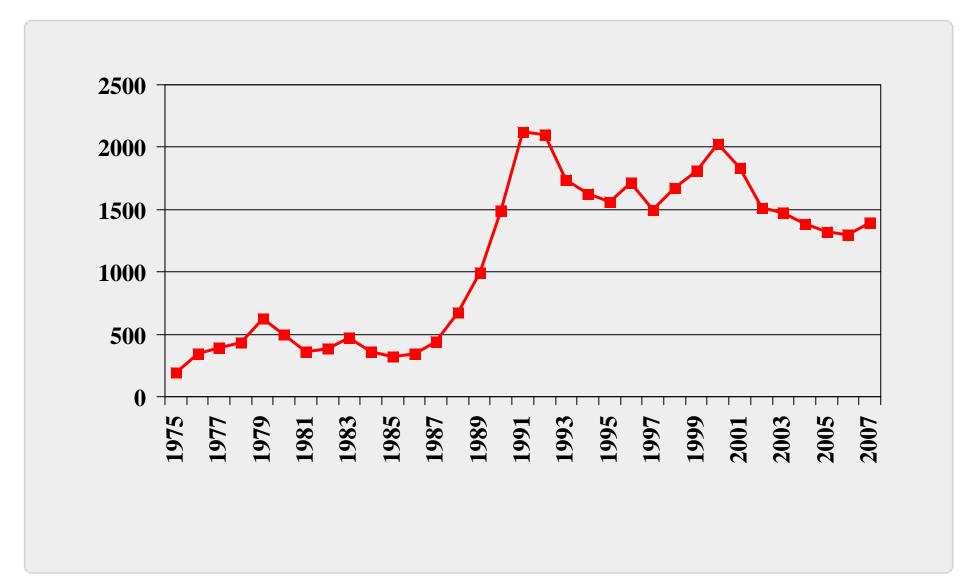
Heroinabhängige pro 100.000 in Europa





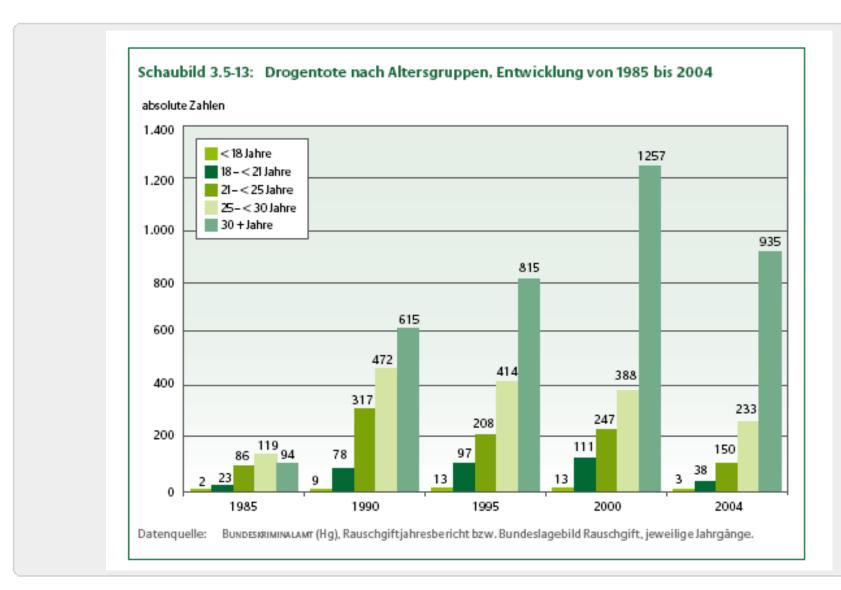
Entwicklung der Drogentoten





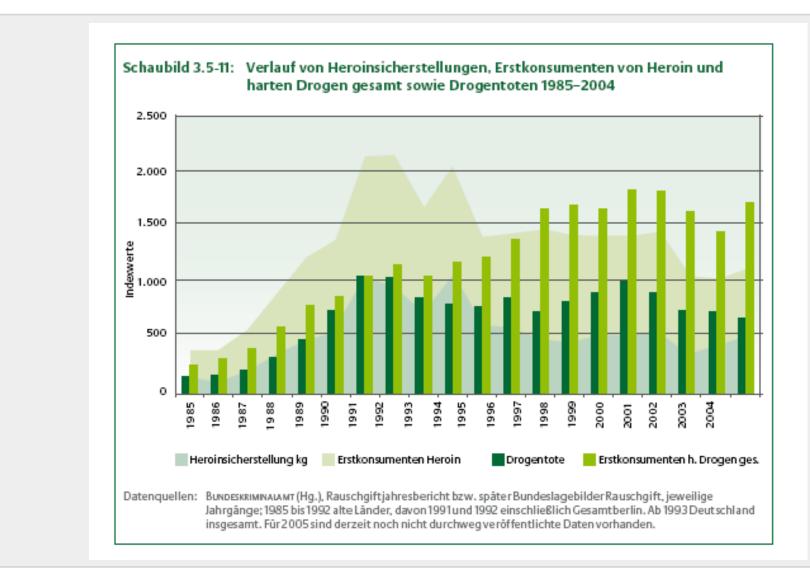
Zusammenhangsbefunde





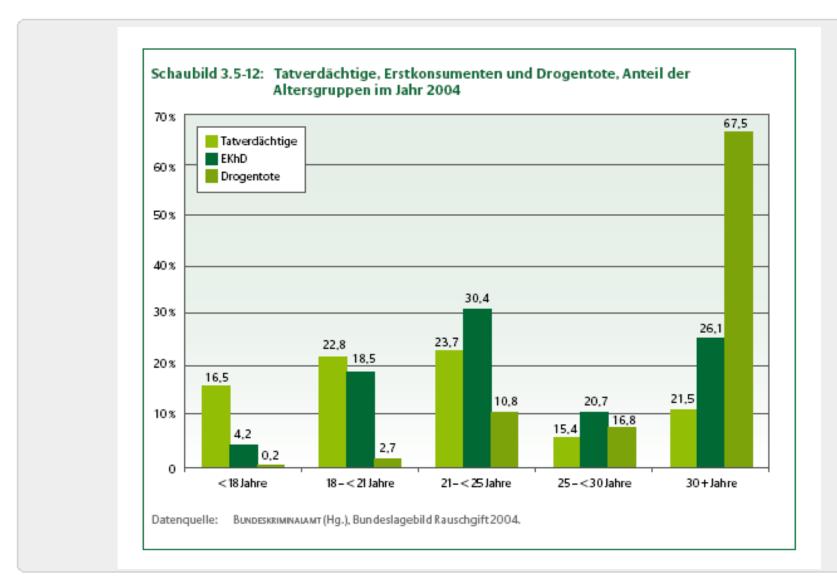
Zusammenhangsbefunde





Zusammenhangsbefunde





Ursachen von Drogenkonsum



- Neugier
- Peergroup
- Selbstmedikation
- Angebot

Kontroll-/Präventions-/Interventionsmodelle



Fiskalisches Modell

- Nachfragereduzierung
- Verteuerung

Monopol-/Lizenzmodell

- Angebotsreduzierung
- Verknappung

Jugendschutzmodell

- Nachfragereduzierung
- Beschränkung des Zugangs

Kontroll-/Präventions-/Interventionsmodelle



Medizinisches Modell

- Nachfragereduzierung
- Beschränkung des Zugangs durch Verschreibungspflicht

(strafrechtliches) Prohibitionsmodell

- Angebots- und Nachfragereduzierung
- Verbot, Repression

Prohibitionsmodell



Angebotsreduzierung durch

- Eradikationsprogramme
- Alternativen für Hersteller
- Beschlagnahme von Drogen
- Bestrafung des Handels

Nachfragereduzierung durch

- Bestrafung des Konsums
- (Zwangs-) Behandlung des Konsumenten
- Präventive Programme

Konsequenzen strafrechtlicher Prohibition



Schwarzmarkt

- → Preise steigen (Transaktionskosten reflektieren das Risiko)
 - 1. Konsequenz: Neueinstieg wird verhindert wegen zu hoher Einstiegskosten
 - 2. Bedingung: Elastizität in der Nachfrage
 - 3. Bei fehlender Elastizität: Nachfrage bleibt bestehen
- → Hohe Preise → hohe Gewinnmargen
 - Schätzungen schwierig
 - Modellrechnungen bezogen auf den weltweiten
 Drogenmarkt reichen von 122 bis 800 Mrd. US-\$ p.a.

Konsequenzen des Schwarzmarkts



Hohe Preise

- Beschaffungskriminalität
- Prostitution
- Kleinhandel mit Drogen/Vermittlung

Beschaffungsprobleme

- offene/geschlossene Drogenszenen
- Zeitaufwand (Kosten der Beschaffung)

Konsequenzen der Beschaffungsprobleme

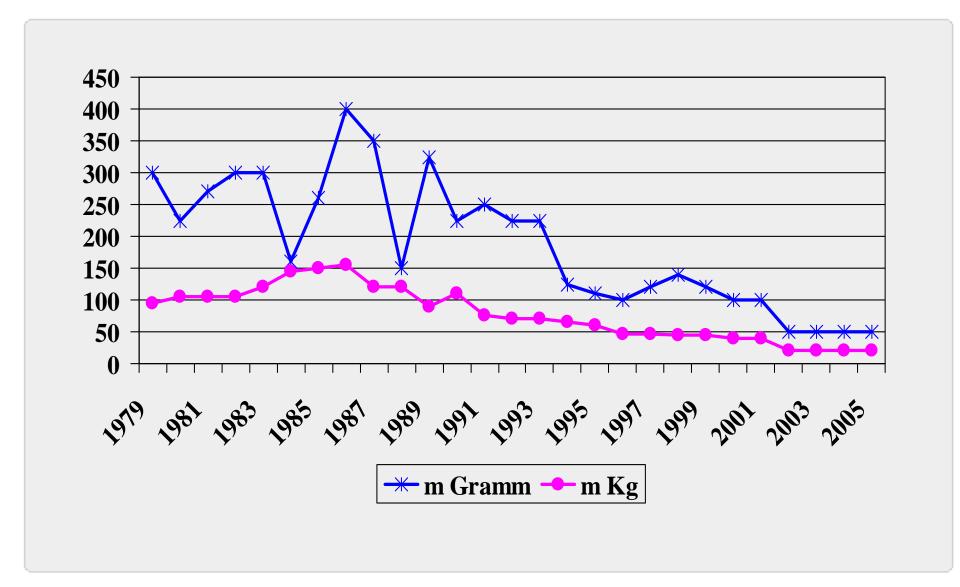


- Soziale Verelendung
- Konsum unter Schwarzmarktbedingungen
 - sofortiger Konsum
 - unhygienischer Konsum
 - risikoreicher Konsum (Überdosierung)
- Physische Verelendung



Heroinpreise in Baden-Württemberg





Heroinpreise Baden-Württemberg 2006



Straßenhandel pro Gramm €40,- €

• Großmenge 1 kg – 10 kg pro kg €20.000,-

Großmenge >10 kg pro kg €18.000,-

www.lka-bw.de/jahresberichte/jb2006/JB_RG_2006.pdf

Entwicklungen der Drogenkontrolle



Vom Opiumgesetz zum Betäubungsmittelgesetz

Erhöhung der Strafrahmen

- §§ 29 Abs. 3, 29a, 30, 30a sind Verbrechenstatbestände
- Mindeststrafen von bis zu 5 Jahren

Verstärkung der polizeilichen Kontrolle

Konsequenzen

- Anstieg der Verurteilungen
- Anstieg der langen Freiheitsstrafen
- Anstieg der Drogenstraftäter im Strafvollzug

Strafverfolgungspraxis bei Drogenkriminalität

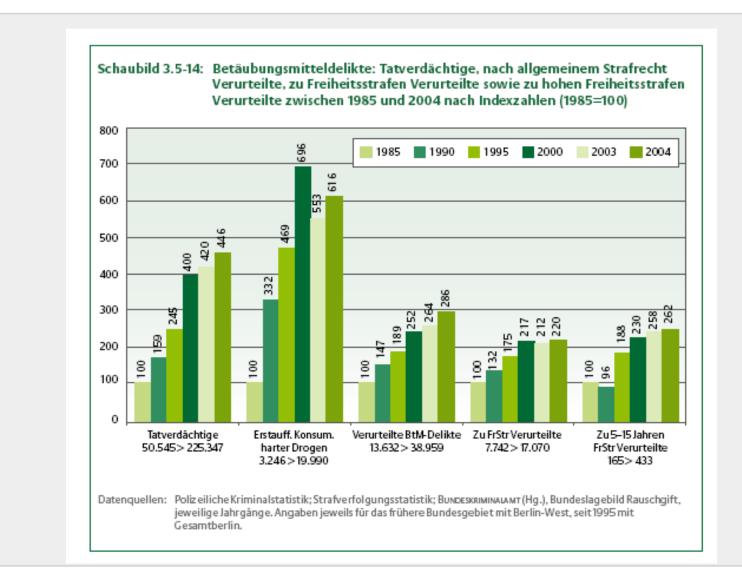


	Alle Straftaten	Straftaten nach dem BtMG
Verurteilte (allg. Strafrecht)	645.485	43.063
Geldstrafen	80,7 %	59,3 %
Freiheitsstrafen, davon:	19,3 %	40,7 %
Freiheitsstrafen mit Bew.	69,8 %	62,3 %
Freiheitsstrafen ohne Bew.	30,2 %	37,7 %
2 bis 5 Jahre	6,8 %	17,5 %
5 bis 10 Jahre	1,3 %	2,6 %
10 bis 15 Jahre	0,1 %	0,1 %
Jugendstrafe	16.886	2.120
	15,9 %	23,3 %

Quelle: Stat. Bundsamt, Strafverfolgungsstatistik 2006.

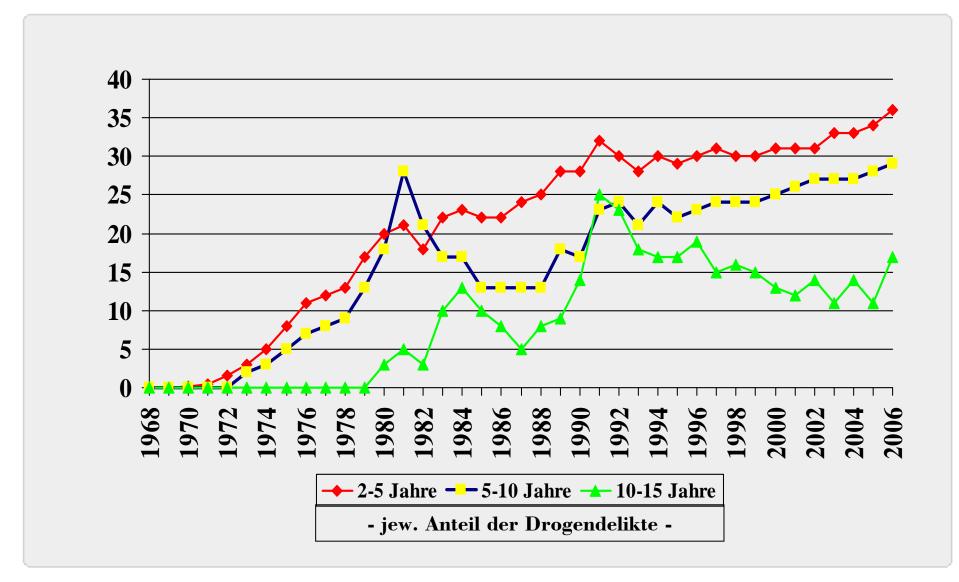
ල

Strafverfolgungspraxis bei Drogenkriminalität



ල

Lange Freiheitsstrafen bei Drogenkriminalität



Lockerung des strafrechtlichen Prohibitionsmodells



→ Vom strengen Abstinenzansatz zur Schadensminimierung ('harm reduction'):

1971: Verabschiedung des BtMG - Cannabis

1981: "Heroin-Gesetz" - Behandlung anstatt Strafe

ab 1985: Debatte zu Aids, intravenösem Heroingebrauch und Schadensreduzierung

ab 1985: Langsame Einführung von Methadonprogrammen angesichts zunächst starkem Widerstand der Ärzteverbände

ab 1990: Einführung von Spritzentauschprogrammen

1991: BGH-Entscheidung zur Verschreibung von Ersatzstoffen durch einzelne Ärzte

Lockerung des strafrechtlichen Prohibitionsmodells



→ Vom strengen Abstinenzansatz zur Schadensminimierung ('harm reduction'):

1992: Formell wird Spritzenaustausch aus dem Bereich der Strafbarkeit des §29 BtMG herausgenommen

Ab Mitte der 1990er Jahre: Einführung von Konsumräumen (Frankfurt)

1999: Beschluss der Bundesregierung, Heroinabgabeexperimente durchzuführen

2000: Gesetzgebung erlaubt die Einführung von Konsumräumen

März 2002: Beginn der Heroinverschreibung in Bonn

Schadensminimierung



Angebotsreduzierung

im wesentlichen wie Prohibitionsmodell

Nachfragereduzierung

- Prävention
- Maßnahmen gegen Sekundärprobleme des Drogenkonsums
 - » Spritzenaustausch
 - » Fixerstuben
- Niedrigschwellige Angebote
 - » Substitutionsbehandlung mit Methadon
 - » Heroinabgabe (sog. Diamorphin)



- Ca. 1.000 Patienten
- Bonn, Essen, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Köln, München
- Ziele der (Arzneimittel-) Studie
 - Stabilisierung der Gesundheit und des Sozialen
 - Integration von Heroinkonsumenten in das Behandlungssystem
 - Motivation f
 ür drogenfreie Behandlung
- Beantwortung der Fragen
 - Kann das Risiko von Heroin bei ärztlicher Abgabe kontrolliert werden
 - Soll Heroin zum verschreibungsfähigen Medikament werden
- Untersuchungszeitraum 36 Monate
- Erster Abschlussbericht 2006



Teilnahmebedingungen:

- 1. Mindestalter 23 Jahre
- 2. Dauer der Abhängigkeit > 5 Jahre
- 3. Hauptdiagnose: Heroinabhängigkeit
- 4. Täglicher Heroinkonsum (intravenös) oder riskanter Heroinkonsum während Methadonbehandlung
- 5. Schwere Erkrankung (HIV oder Hepatitis) oder psychiatrisches Problem oder schwere soziale Marginalisierung (z.B. keine anderen sozialen Kontakte als Drogenkontakte)
- 6. Keine Teilnahme an Drogenbehandlung während der letzten 6 Monate oder keine Wirkung von Methadonbehandlung (permanenter Gebrauch von Heroin/Crack)
- 7. Fähigkeit zur Teilnahme an der Studie
- 8. Freiwillige Teilnahme
- 9. Patient hält sich bereits seit mindestens 12 Monaten am Ort des Heroinexperiments auf



Das Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg hat im Januar 2006 dazu einen ersten klinischen Studienbericht zum Abschluss der 1. Studienphase vorgelegt. Gegenstand der Untersuchung sind 1.032 schwer kranke Menschen, darunter rund 20% Frauen, die seit vielen Jahren Heroin und oftmalszusätzlich Kokain konsumieren und von einer Methadonbehandlung nicht (mehr) profitierten oder die vom therapeutischen System nicht (mehr) erreicht wurden. Die Studie der Hamburger Kliniker überprüft, ob die strukturierte Behandlung mit pharmakologisch reinem Heroin wirksamer ist als eine unter vergleichbaren Bedingungen durchgeführte Methadonbehandlung, und zwar unter folgenden Gesichtspunkten:

- gesundheitliche Stabilisierung,
- Verringerung des Konsums illegaler Drogen sowie
- Abkehr von der Drogenszene,
- Rückgang der Delinquenz,
- Verbesserung der sozialen Situation,
- Veränderung der Lebensqualität und
- Inanspruchnahme von Anschlusstherapien.

Im vorliegenden Rahmen interessieren vor allem die Ergebnisse standardisierter 12-Monats-Verlaufsbeobachtungen bzw. -erhebungen bei den im Verlauf der Studie einbezogenen Drogenabhängigen. Die Hälfte der Heroinbehandlungsgruppe hatte sich aus der Drogenszene gelöst, von der Methadongruppe waren es nur 40 %. Die Verringerung des Konsums illegaler Drogen lag in der Heroingruppe bei 69%, in der Methadongruppe bei 55 %. Konsumwerringerung mit zugleich eintretender gesundheitlicher Verbesserung gab es bei der Heroingruppe zu 57 %, bei der Methadongruppe zu 45 %. Bezüglich der Abnahme der Kriminalität, definiert über den Faktor "Verwicklung in illegale Geschäfte" im Monat vor Abschluss der ersten Studienphase, konnte eine Belastung der Heroingruppe mit 27 %, jedoch der Methadongruppe mit 40 % festgestellt werden. Der Kriminalitätsverlauf und die Kriminalitätsstruktur werden in einer weiteren Auswertephase noch einer detaillierteren Untersuchung zugeführt. 92



- Empfehlung der Wissenschaftler:
 - Aufnahme diamorphingestützter Behandlungsformen in die Regelversorgung Schwerstabhängiger
- Rechtliche Voraussetzung für reguläre medizinische Anwendung:
 - Herausnahme von Diamorphin (Heroin) aus Anlage I und Überführung in Anlage III zum BtMG
 - Modellprojekt als klinische Prüfung im Rahmen von § 3 Abs 2 BtMG und Voraussetzung für die Zulassung als Arzneimittel durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Vorläufige Fortsetzung des Modellversuchs (2. Phase) bis 30.6.2010 auf der Grundlage einer weiteren Ausnahmegenehmigung durch das BfArM



Downloads:

- www.heroinstudie.de
- www.heroinstudie.de/int_forschung.html
 (internationale Forschung CH, E, NL, CAN)
- www.bmg.bund.de
 (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2006, S. 73 f.)
- www.bka.de
 (2. Periodischer Sicherheitsbericht 2006, S. 312ff.)

Begleitforschung zum Schweizer Heroinmodellversuch



Registrierte Straftaten pro Heroinkonsument

Referenzzeitraum	Vor Aufnahme	Nach Aufnahme
12 Monate	2,3	0,8
18 Monate	3,4	1,3

Quelle: Killias, M., Rabasa, J.: Monatsschrift für Kriminologie 1998, S. 8.

Begleitforschung zum Schweizer Heroinmodellversuch



Opfererfahrungen der Heroinkonsumenten

Art des erlittenen Delikts	6 Monate vor	6 Monate nach	12 Monate nach Aufnahme
Raub	11.0	5.7	5.1
Körperliche Angriffe	3.4	0.3	2.6
Sexuelle Angriffe	1.3	0.9	1.3
Betrug bei Drogenkauf	55.2	18.2	18.2
Diebstahl (Geld)	23.2	11.9	12.8
Diebstahl (Zweiräder)	13.8	10.4	9.6

Quelle: Killias, M., Rabasa, J.: Monatsschrift für Kriminologie, 1998, S. 7.

Legalisierung?



Alternative Abgabemodelle

- Ähnlich der Alkohol-, Tabakabgabe
- Ähnlich der Medikamentenabgabe

Konsequenzen

- Abnahme der Sekundärprobleme?
- Zunahme des Drogenkonsums?

Rechtliche Hindernisse

- Geringer Handlungsspielraum
- Internationale Vorgaben verpflichten Deutschland in weiten Bereichen zur strafrechtlichen Verfolgung