

Unzureichende Untersuchung der Hamburger Drogentodesfälle

– Replik zur Studie „Drogennot- und -todesfälle“ von Heckmann et al. (1993) –

Von Dipl.-Päd. Helmut Scheimann, Münster, 08/2013, auf <http://www.dt-aufklaerung.de>.
Ergänzung zur Studie „Falsche Angaben zu Drogentodesfällen“, Münster 07/2011, 4. Fassung 10/2011. [<http://www.dt-aufklaerung.de/fa111009.pdf>, 1071 KB, Stand: 2013-08-09]
© Copyright: Alle Rechte liegen beim Autor.

Als Reaktion auf die in den Jahren 1985 bis 1991 auf das 6,6-fache angestiegenen Drogentodeszahlen¹ gab der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer die aufwendige Studie „Drogennot- und -todesfälle“ in Auftrag. Im Geleitwort erklärt Seehofer: „Ziel beider Studien war es, Ansätze für präventive Strategien zu entwickeln, die Drogentod und -notfälle so weit wie möglich reduzieren sollen, um das Elend und Leid von Drogenabhängigen und ihren Angehörigen zu mildern (...)“

Als Ziel wurde also nicht angegeben, die Ursache des rasanten Mortalitätsanstiegs zu ermitteln. Somit erfolgte hier eine Weichenstellung mit fatalen Folgen, wie in dem vorliegenden Beitrag nachgewiesen wird.

Die fragliche Studie wurde von acht Suchtexperten erarbeitet: W. Heckmann, K. Püschel, A. Schmoldt, V. Schneider, W. Schulz-Schaeffer, R. Soellner, Ch. Zenker und J. Zenker.

Untersucht wurden die Drogentodesfälle in Berlin, Bremen und Hamburg vom 01.07.1991 bis zum 30.06.1992 und die Drogennotfälle in Bremen und Hamburg vom 01.10.1991 bis zum 30.06.1992. Die Ergebnisse wurden gemeinsam unter der Leitung von W. Heckmann interdisziplinär ausgewertet.

Bagatellisierung der dramatischen Entwicklung

Im ersten Abschnitt dieser Studie versuchen Heckmann et al., die Entwicklung bis 1991 historisch einzuordnen. Beispielhaft dazu präsentieren sie die „Tabelle 1–2“ mit Daten aus Hamburg von 1976 bis 1991 (hier Tab. 1).

In dieser Tabelle sind die „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“ und die Drogentoten aufgelistet. Deren jeweiliges Verhältnis wird prozentual angegeben. In der letzten Spalte werden die Verhältniszahlen halbiert, da bei den „Konsumenten harter Drogen“ generell eine etwa 50-prozentige Dunkelziffer vermutet wird.

Die auf diese Weise erhaltenen Verhältniszahlen werden auch als „Mortalitätsraten“ bezeichnet. Eine solche Rate gibt die Anzahl der Todesfälle pro 100 „Konsumenten harter Drogen“ in einem Jahr an.

Die Präsentation und Interpretation der „Tabelle 1–2“ bei Heckmann et al. weist eklatante Mängel auf. So fehlt eine Angabe zur Quelle der verwendeten Daten. Zudem bleiben wesentliche Aspekte der zugrundeliegenden Datenerhebung ohne Erläuterung.

¹ 1985: 324 Drogentote, 1991: 2.125 Drogentote. Siehe BKA (1992 b), Tab. 26.

Beispielsweise werden die „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“ bis auf die letzte Zahlenstelle genau angegeben. Hierzu sind jedoch keine exakten Angaben möglich. Man kann zwar ermitteln, wie viele Personen in einem festgelegten Zeitraum als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst worden sind. Man kann aber nicht wissen, wie viele den Konsum eingestellt haben, wie viele (teils obdachlose) KonsumentInnen die Stadt verlassen haben usw. Auf welcher Grundlage wurde also gezählt?

Auch wird nicht erklärt, nach welchen Kriterien Personen als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft worden sind.

Tab. 1: Relation zwischen der Anzahl der polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen und den Drogentoten in Hamburg, 1976–1991

	Konsumenten harter Drogen	Drogentote	Relation	50 % Relation
1976	1.070	9	0,84	0,4
1977	1.201	8	0,67	0,3
1978	1.320	18	1,36	0,7
1979	1.446	27	1,87	0,9
1980	1.439	36	2,50	1,3
1981	1.628	18	1,11	0,6
1982	1.602	29	1,81	0,9
1983	1.742	23	1,32	0,7
1984	1.849	12	0,65	0,3
1985	1.489	18	1,21	0,6
1986	1.622	22	1,36	0,7
1987	2.054	51	2,48	1,2
1988	2.567	75	2,92	1,5
1989	3.493	88	2,52	1,3
1990	4.375	136	3,11	1,6
1991	4.761	184	3,96	2,0

Quelle: Heckmann et al. (1993), Tabelle 1–2, S. 19.

Die Daten von 1985 bis 1991 – dem Zeitraum, in dem sich auf Bundesebene der rasante Mortalitätsanstieg vollzogen hat – lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Zahl der Drogentoten nahm von 18 pro Jahr auf 184 jährlich zu (plus 922 Prozent). Bei den „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“ ist ein Anstieg von 1.489 auf 4.761 Personen zu verzeichnen (plus 220 Prozent). Auf Basis dieser Daten erhöhte sich die „50 % Relation“ von 0,6 auf 2,0 Prozent (plus 233 Prozent). Im Kontext der Tabelle erklären Heckmann et al.:

„Davon ausgehend, daß etwa 50 % der Drogenabhängigen nicht bekannt sind, errechnen sich bis 1986 Mortalitätsraten unter 1 % (Püschel et al. 1984), zwischen 1987 und 1991 liegt der Prozentsatz der jährlich Gestorbenen dann zwischen 1 % und 2 % (mit ansteigender Tendenz).“²

Diese lapidare Bemerkung relativiert in unangemessener Weise die dramatische Entwicklung von 1985 bis 1991. Hierbei handelt es sich um mehr als nur um eine Bagatellisierung. Dies wird deutlich, wenn man den Hintergrund der Daten von Tabelle 1 analysiert.

² Heckmann et al. (1993), S. 19.

Doppelte Erfassung der sog. „Erstkonsumenten harter Drogen“

Bezieht man die Daten der sog. „Erstkonsumenten harter Drogen“ in die Betrachtung ein, lässt sich nachweisen, dass fast alle Daten der Tabelle 1 falsch sind. Bei den sog. „Erstkonsumenten“ handelt es sich nicht um tatsächliche „Erstkonsumenten“. Deshalb werden diese Personen seit 1994 als „Erstauffällige Konsumenten harter Drogen“ bezeichnet.

In Tabelle 2 sind wie in Tabelle 1 die „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“ aufgelistet, hier jeweils um die jährlichen Änderungen ergänzt. Zudem sind die Zahlen der sog. „Erstkonsumenten harter Drogen“ angegeben. Der Zeitraum im Focus dieser Untersuchung wurde bis 1993 erweitert, da auch die Daten nach 1991 von Interesse sind.³

Tab. 2: „Polizeilich registrierte Konsumenten harter Drogen“ und „Erstkonsumenten harter Drogen“ in Hamburg, 1985–1995

Jahr	Konsumenten harter Drogen		Erstkonsumenten harter Drogen	
			BKA	LKA Hamburg
1985	1.489	– 360		155
1986	1.622	+ 133		208
1987	2.054	+ 432	411	597
1988	2.567	+ 513	409	828
1989	3.493	+ 926	669	1.256
1990	4.375	+ 882	723	1.459
1991	4.761	+ 386	259	1.042
1992	4.885	+ 124	1.288	877
1993	4.734	– 151	779	866

Quelle: Eigene Entwicklung, Datenbasis: IFT (1997), Tab. 19, S. 123;^x BKA (1988 ff. b), Tab. 15, 16 oder 18; LKA Hamburg (1986–1990 und 1995), Einzeldarstellung: „Rauschgiftkriminalität“.^x

^x Siehe auch Fußnote 3 und 4.

Zunächst fällt auf, dass die Daten der sog. „Erstkonsumenten“ doppelt angegeben sind. Das liegt daran, dass in den „Rauschgift Jahresberichten“ des Bundeskriminalamtes (BKA), die ab Jahrgang 1987 vorliegen, andere Daten als in den Polizeilichen Kriminalstatistiken des Landeskriminalamtes Hamburg (LKA Hamburg) veröffentlicht sind.⁴

Hierbei handelt es sich um einen bemerkenswerten Vorgang, da die Daten des BKA auf den Angaben des LKA Hamburg basieren. Dies lässt auf eine doppelte Erfassung der sog. „Erstkonsumenten“ und auf eine falsche Berichterstattung des LKA Hamburg schließen.

Hintergrund der Datenerfassung

Um klären zu können, welche „Erstkonsumentenzahlen“ und welche Daten der Tabelle 1 aller Voraussicht nach korrekt und welche hingegen falsch sind, muss der Hintergrund der Datenerfassung erläutert werden. Zudem sind einige Zwischenuntersuchungen erforderlich.

³ Die „Tabelle 1–2“ bei Heckmann et al. ist auch in einer Expertise des IFT enthalten, ergänzt um die Jahrgänge bis 1995. Siehe IFT (1997), Tab. 19, S. 123. Weitere Angaben zu dieser Veröffentlichung sind auf Seite 13 zu finden.

⁴ Siehe LKA Hamburg (1986–1996), Einzeldarstellung: „Rauschgiftkriminalität“. Der Jahrgang 1994 enthält rückwirkend die „Erstkonsumentenzahlen“ von 1990–1993.

Nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungsverfahren werden relevante Daten in den Polizeilichen Kriminalstatistiken der Bundesländer erfasst und in ein elektronisches „Informationssystem der Polizei“ (INPOL) – ebenfalls auf Länderebene – eingegeben. Das INPOL unterstützt die Polizei bei der Aufklärung von Straftaten. Auch hier werden statistische Daten erhoben und in Jahrestabellen veröffentlicht. Das BKA führt die Statistiken der Bundesländer jeweils zu Bundesstatistiken zusammen.

Örtliche Polizeidienststellen stufen Tatverdächtige bei Drogendelikten teilweise als „Konsumenten harter Drogen“ ein. Solche Daten werden in der Polizeilichen Kriminalstatistik veröffentlicht, in der Regel in Tabelle 22 „(Sonstige) Angaben zum Tatverdächtigen“.

Wurden Angaben zu dieser Kategorie im INPOL eingetragen und es lag bezüglich der Betroffenen noch kein Eintrag zu dieser Kategorie vor, wurden diese Personen bis 1993 in entsprechenden Jahrestabellen als „Erstkonsumenten harter Drogen“ erfasst, danach als „Erstauffällige Konsumenten harter Drogen“.⁵ Somit dürfte es zu dieser Kategorie eigentlich keine unterschiedlichen Daten geben.

Unterschiedliche Kriterien in den Bundesländern

In den Bundesländern werden Tatverdächtige nicht nach einheitlichen Kriterien als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft. Beispielsweise waren im Jahr 1990 bei den Drogendelikten mit Heroin in Nordrhein-Westfalen 88,0 Prozent der Tatverdächtigen als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst, in Hamburg dagegen nur 62,5 Prozent (siehe Tab. 3).

Es werden hier die Delikte mit Heroin verglichen, da bekanntermaßen der weit überwiegende Anteil der Drogentodesfälle in Zusammenhang mit Heroin steht. Die Daten der Tabelle 3 fassen die drei Deliktarten mit Heroin zusammen, die „allg. Verstöße nach § 29 BtMG“ – auch „Konsumentendelikte“ genannt –, auf die der überwiegende Anteil der Tatverdächtigen entfällt, den „illeg. Handel mit und Schmuggel von Rauschgiften“ und die „illeg. Einfuhr von BtM“.

Nicht alle Tatverdächtigen bei den genannten Delikten konsumieren selbst Heroin bzw. harte Drogen. Somit haben die ermittelnden Kriminalbeamten einen Ermessensspielraum bei der Einstufung als „Konsument harter Drogen“. Dennoch ist davon auszugehen, dass der Anteil der Tatverdächtigen, die den „Usern“ zuzurechnen sind, von Bundesland zu Bundesland nur in relativ geringem Maße variiert. Folglich müssten sich die diesbezüglichen Daten in den Bundesländern zumindest annähernd in derselben Größenordnung bewegen.

Laut BKA wurden im Jahr 1990 in Hamburg 723 Personen erstmals als „Konsumenten harter Drogen“ registriert, davon 667 erstmals als Konsumenten von Heroin.⁶ Dieser hohe Anteil spiegelt vor allem den Schwerpunkt der polizeilichen Ermittlungstätigkeit in Hamburg wider.

Derartige Daten können nur vom LKA Hamburg erhoben worden sein. Dennoch hat das LKA Hamburg in der eigenen Kriminalstatistik eine andere Zahl angegeben, und zwar 1.459 sog. „Erstkonsumenten harter Drogen“ (siehe Tab. 2). Da die weitere Analyse ergibt, dass in diesem Fall nur die BKA-Daten korrekt sein können, wurden diese in Tabelle 3 berücksichtigt.

⁵ Dieses Verfahren wurde eingehend untersucht. Siehe Scheimann (2011), Abschnitt 1, vor allem Abschnitt 1.2 und 1.6.

⁶ Siehe BKA (1991 b), Tab. 16.

Tab. 3: Tatverdächtige bei Drogendelikten mit Heroin in Hamburg und Nordrhein-Westfalen, 1990

	Hamburg		NRW	
Tatverdächtige	3.742		8.353	
bereits als TV in Erscheinung getreten	3.093	82,7 %	7.499	89,8 %
noch nicht als TV in Erscheinung getreten	649	17,3 %	854	10,2 %
als Konsument harter Drogen erfasst	2.337	62,5 %	7.350	88,0 %
nicht als Konsument harter Drogen erfasst	1.405	37,5 %	1.003	12,0 %
Erstkonsumenten von Heroin	667	17,8 %	2.026	24,3 %

Quelle: Eigene Entwicklung, Datenbasis: LKA Hamburg (1991), Tab. 22; LKA NRW (1991), Tab. 103; BKA (1991 b), Tab. 16; eigene Berechnungen.

Die wesentlichen Zusammenhänge zu Tabelle 3: Der Anteil der Tatverdächtigen, die zuvor bereits als solche in Erscheinung getreten sind, fällt in Hamburg mit 82,7 Prozent geringer aus als in Nordrhein-Westfalen mit 89,8 Prozent. Das Niveau ist jeweils hoch und lässt auf einen entsprechend hohen Anteil von Wiederholungstätern schließen. Vor diesem Hintergrund fällt vor allem auf, dass in Hamburg nur 62,5 Prozent der Tatverdächtigen als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst worden sind.

Berücksichtigt man ferner, dass in Hamburg laut BKA die Erfassung als Heroinkonsument bei 17,8 Prozent der Tatverdächtigen erstmals im Berichtsjahr erfolgt ist, waren zuvor nur etwa 45 Prozent der Tatverdächtigen als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft, etwa 55 Prozent jedoch nicht.

Die Hamburger Verhältnisse präsentieren sich als besonders auffällig bei einem Vergleich der Ersttäter mit den nicht als „User“ eingestuften Tatverdächtigen. Wenn bei einem geringen Anteil Ersttäter etwa 55 Prozent der Tatverdächtigen zuvor noch nicht als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft worden sind, kann dies nur bedeuten, dass diese Einstufung bei HeroinkonsumentInnen erst nach Jahren und etlichen Vorstrafen erfolgt. Und dies wider besseres Wissen der verantwortlichen Kriminalbeamten.

Das aufgezeigte Missverhältnis würde noch extremer ausfallen, wenn in Hamburg nicht, wie vom BKA angegeben, 723 Personen erstmals als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst worden wären, sondern, wie vom LKA Hamburg publiziert, 1.459 Personen, also etwa doppelt so viele.

Ginge man davon aus, dass dementsprechend auch die Teilgruppe der sog. „Erstkonsumenten mit Heroin“ etwa doppelt so hoch ausgefallen wäre, würde deren Anteil in Relation zu den Tatverdächtigen ca. 35 statt 17,8 Prozent betragen. Zuvor wären dann weniger als 30 Prozent der Tatverdächtigen als „User“ registriert gewesen, mehr als 70 Prozent jedoch nicht. Und dies bei einem geringen Anteil Ersttäter. Das Missverhältnis wäre grotesk.

Somit können nur die vom BKA veröffentlichten Daten korrekt sein. Hierfür lässt sich ein weiteres Argument anführen.

Legt man die BKA-Daten zugrunde, ergibt sich bei den Daten der Kategorien „als Konsumenten harter Drogen erfasst“ und „Erstkonsumenten von Heroin“ ein angemessenes Verhältnis zueinander. Jeweils fallen in Hamburg die Prozentanteile in Relation zu den Tatverdächtigen deutlich niedriger aus als in Nordrhein-Westfalen (siehe Tab. 3). Dies ist aus folgendem Grund

angemessen: Wenn weniger Tatverdächtige erstmals als „User“ erfasst worden sind, ist es folgerichtig, dass auch insgesamt weniger als „User“ erfasst worden sind.

Wären dagegen die vom LKA Hamburg angegebenen „Erstkonsumentendaten“ korrekt, würde sich das Verhältnis bei den sog. „Erstkonsumenten“ umkehren, wenn man wie zuvor davon ausginge, dass etwa 35 Prozent der Tatverdächtigen erstmals im Berichtsjahr als sog. „Erstkonsumenten von Heroin“ erfasst worden wären. Dieser Anteil würde 24,3 Prozent dieser Kategorie in Nordrhein-Westfalen deutlich übertreffen (siehe Tab. 3). Dies ist nicht möglich.

Auch dieser Zusammenhang spricht dafür, dass in diesem Fall nur die „Erstkonsumentendaten“ des BKA korrekt sein können. Hierfür lassen sich noch weitere Argumente anführen, wie in den folgenden Abschnitten gezeigt werden soll.

In Nordrhein-Westfalen sind 12 Prozent und in Hamburg 37,5 Prozent der Tatverdächtigen nicht als „User“ erfasst – also dreimal mehr. Dieser Unterschied ließe sich zumindest teilweise erklären, wenn in Hamburg erheblich mehr Tatverdächtige zuvor mit weichen Drogen polizeiauffällig geworden wären als in Nordrhein-Westfalen, denn in diesen Fällen kann zuvor noch keine Einstufung als „Konsument harter Drogen“ erfolgt sein. Die Tatverdächtigenzahlen der drei genannten Deliktarten belegen jedoch, dass es sich genau entgegengesetzt verhält (siehe Tab. 4). Auf diese Weise lässt sich der fragliche Unterschied also nicht erklären.

Tab. 4: Tatverdächtige bei Verstößen gegen das BtMG mit Heroin und Cannabis in Hamburg und Nordrhein-Westfalen, 1990

	Cannabis	Heroin	Relation
Hamburg	1.262	3.742	33,7 %
Nordrhein-Westfalen	15.921	8.353	190,6 %

Quelle: LKA Hamburg (1991), Tab. 01; LKA NRW (1991), Tab. 101.

Das in Hamburg praktizierte Verfahren beeinträchtigt die effektiv Nutzung des elektronischen „Informationssystems der Polizei“ (INPOL). Werden Erkenntnisse zu Tatverdächtigen, die als „Konsumenten harter Drogen“ einzustufen sind, in erheblichem Umfang nicht im INPOL eingetragen, können andere Polizeidienststellen, die beim INPOL Angaben zu tatverdächtigen Personen oder Zeugen abfragen, über diesen wesentlichen Aspekt nicht informiert werden.

Das fragliche Verfahren bedeutet auch, dass die sog. „Erstkonsumenten“ größtenteils bereits zuvor als „User“ polizeibekannt gewesen sind.

Einem solch unsachgemäßen Verfahren müssen entsprechende Anweisungen des LKA Hamburg zugrunde liegen, denn unterschiedliche Beurteilungsweisen der kriminalpolizeilichen Sachbearbeiter in den örtlichen Dienststellen müssten sich auf Landesebene sonst ausgleichen. Somit stellt sich die Frage, welchem Zweck ein solches Verfahren dienen könnte.

Falsche Daten zur „vorherigen Polizeiauffälligkeit der Drogentoten“

Bestandteil der Hamburger Kriminalstatistik ist in der Regel eine Einzeldarstellung zum Thema „Rauschgiftkriminalität“. Bis zum Berichtsjahr 1989 waren dort Angaben zu den Drogentoten der letzten 5 Jahre zu finden. Eine der Kategorien lautete bis 1988 „als BtM-Täter vorher bekannt“ (siehe Tab. 5).

Tab. 5: Drogentote in Hamburg, 1984–1988

	1984	1985	1986	1987	1988
Gesamtzahl	12	18	22	51	75
als Btm-Täter vorher bekannt	10 83 %	11 61 %	10 46 %	32 63 %	39 52 %

Quelle: LKA Hamburg (1989), S. 116.

Die Angaben zu der genannten Kategorie sind falsch bzw. die Bezeichnung selbst ist falsch, denn in der Kriminalstatistik 1989 sind dieselben Daten unter einer nun umbenannten Kategorie eingetragen: „als Konsument harter Drogen vorher bekannt“. – Für 1989 lauten die Zahlen: 88 Drogentote, 53 „als Konsumenten harter Drogen vorher bekannt“ (= 60 Prozent).

Somit kann das maßgebliche Kriterium bis 1988 nicht gewesen sein, wer „als Btm-Täter vorher bekannt“ gewesen ist. Durch die Verwendung dieser Kategorie wurde jedoch der Eindruck erweckt, die entsprechenden Daten hätten sich auf die „vorherige Polizeiauffälligkeit der Drogentoten“ bezogen.

Auch die neu eingeführte Kategorie suggeriert, dass diese sich auf die „vorherige Polizeiauffälligkeit der Drogentoten“ beziehe. Doch auch die Angaben zu dieser Kategorie sind falsch. Da erhebliche Anteile der Tatverdächtigen wider besseres Wissen nicht als „User“ eingestuft worden sind, fallen sie im Todesfall nicht unter diese Kategorie.

Gerade dies ist offenbar Sinn und Zweck des fraglichen Verfahrens. Durch die Verwendung der Kategorie „als Konsument harter Drogen vorher bekannt“ und durch die zahlenmäßig geringe Einstufung der Tatverdächtigen als „User“ wird verschleiert, dass nur in geringem Maße polizeiunbekannte KonsumentInnen sterben. Offenbar wird dieses Verfahren nicht nur in Hamburg, sondern – wie eine Untersuchung bereits ergeben hat – in der Mehrzahl der Bundesländer angewandt.⁷

Zudem ist auf ein weiteres Verfahren hinzuweisen, mit dem man bei den Drogentodesfällen Daten der Kategorie „als Konsument harter Drogen vorher bekannt“ senken kann bzw. senkt. Heckmann et al. machen in ihrer „Tabelle 1–2“ (hier Tab. 1) Angaben zu den „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“. Sie erklären jedoch nicht, wer diese Daten nach welchen Kriterien registriert hat.

Beispielsweise könnten die örtlichen Dienststellen Datensätze zu Tatverdächtigen, die als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft worden sind, in eigenen Dateien speichern und nach festgelegten Fristen löschen, wenn Folgeinträge ausbleiben. Durch eine Senkung der Speicherfrist könnte man dann nach Belieben den Anteil der verstorbenen DrogenkonsumentInnen reduzieren, die „als Konsumenten harter Drogen vorher bekannt“ gewesen sind.

Entsprechend verfährt man auf Bundesebene seit 1992. Seitdem werden Drogentote nur dann „als Konsumenten harter Drogen erfasst“ eingestuft, wenn die Betroffenen als solche zum Todeszeitpunkt im INPOL registriert gewesen sind. Die Speicherfrist dort beträgt zwei Jahre.

Ein Beispiel: Eine Person, die bereits mehrfach als Heroin Konsument im INPOL eingetragen worden ist, wird zwei Jahre lang nicht als Tatverdächtiger wegen eines Drogenvergehens ermittelt. Folglich wird der fragliche Eintrag im INPOL nicht erneuert, sondern gelöscht. Stirbt

⁷ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 2.

diese Person dann an einer Überdosis Heroin, wird dieser Todesfall den „Polizeiunbekannten“ zugeordnet. Nur auf diese Weise werden seit 1992 Raten zur vermeintlich „vorherigen Polizeiauffälligkeit der Drogentoten“ von lediglich 40 Prozent erreicht.⁸

Eine Untersuchung von Kraus et al. der Drogentodesfälle von 1999 in Bayern belegt jedoch, dass fast nur polizeibekannt DrogenkonsumentInnen sterben.⁹

Wenn im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit auf Basis „polizeilich registrierter Konsumenten harter Drogen“ Mortalitätsraten berechnet werden, könnte man erwarten, dass die Umstände dieser Registrierung zunächst geklärt und dann auch mitgeteilt werden, um dem Leser Gelegenheit zu geben, die Ergebnisse der Berechnungen nachzuvollziehen. Dies haben Heckmann et al. unterlassen.

Bei den Kriminalämtern hatte man offenbar registriert, dass fast nur polizeibekannt DrogenkonsumentInnen sterben. In einer solchen Situation hätte man den Schluss ziehen müssen, dass hier ein Kausalzusammenhang bestehen könnte und dass man unter diesen Bedingungen die weitere Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Strafverfolgung der KonsumentInnen nicht verantworten kann. Doch anstatt den Gesetzgeber, die Wissenschaft und die Öffentlichkeit über diesen dringend zu untersuchen Zusammenhang zu informieren, hat man die diesbezügliche Berichterstattung dazu genutzt, diesen Zusammenhang systematisch zu verschleiern.

Offizielle und überhöhte Konsumentendaten

Als Folge des geschilderten Verfahrens, Tatverdächtige nur in geringem Umfang als „User“ einzustufen, wurden zunächst nur relativ wenige Tatverdächtige vom LKA Hamburg offiziell als „Konsumenten harter Drogen“ und als sog. „Erstkonsumenten“ erfasst. Wie bereits aufgezeigt, ist davon auszugehen, dass das BKA die entsprechenden Daten veröffentlicht hat.¹⁰

Eine Beschränkung auf diese geringe Datenquantität hätte eventuelle Forderungen des LKA Hamburg nach einer besseren Personal- und Sachausstattung konterkarieren können. Zudem wären in Relation zu den geringen KonsumentInnenzahlen die rasant steigenden Drogentodeszahlen besonders auffällig erschienen. Offenbar hat man deshalb die KonsumentInnen-daten noch auf eine zusätzliche Weise zusammengestellt, um so die überhöhten Zahlen zu erhalten, die in der Hamburger Kriminalstatistik publiziert worden sind.

Das BKA veröffentlicht offenbar die regulären „Erstkonsumentenzahlen“ auf Basis der offiziellen Einstufungen. Dass das BKA zu dieser Kategorie jahrelang geringere Daten herausgegeben haben könnte, als real verbucht worden sind, ist weitgehend auszuschließen, denn auch das BKA musste diesbezüglich ein Interesse an hohen Datensätzen haben, damit der Anstieg der Drogentodeszahlen von 1985 bis 1991 weniger auffällig erscheint.

Die vom BKA veröffentlichten „Erstkonsumentenzahlen“ der Tabelle 2 sind also insofern als korrekt anzusehen, als dass diese Tatverdächtigen offiziell als „User“ eingestuft worden sind. Hier gibt es jedoch eine Einschränkung. Für 1991 sind mit 259 „Erstkonsumenten harter

⁸ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 1.

⁹ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 4.6.

¹⁰ Siehe Seite 5 f.

Drogen“ etwa 500 weniger angegeben als im Vorjahr und für 1992 mit 1.288 etwa 500 mehr als im folgenden Jahr. Insofern fällt die Abweichung in etwa gleich groß aus, nur mit umgekehrten Vorzeichen. Weder in den BKA-Jahresberichten noch in der Hamburger Kriminalstatistik ließen sich Hinweise auf die Ursache dieser Verschiebung finden.

Dass die meisten Bundesländer überhöhte Daten zu den sog. „Erstauffälligen“ angeben, wurde bereits nachgewiesen.¹¹ In der Regel werden jedoch – auch vom BKA – nur die überhöhten Datensätze veröffentlicht. In Hamburg liegt die Besonderheit darin, dass sowohl die offiziellen (vom BKA), als auch die überhöhten Daten (vom LKA Hamburg) vorliegen.

Landeskriminalämter veröffentlichen überhöhte Erstkonsumenten- bzw. Erstauffälligendaten, damit nicht untersucht wird, ob eventuell die Drogentoten zu einem erheblichen Anteil Opfer der Drogenprohibition sind.

Falsche Mortalitätsberechnungen

Auf Basis der bisherigen Untersuchungen lässt sich weitgehend zuverlässig beurteilen, welche Daten der Tabelle 1 (Tab. 1–2 bei Heckmann et al.) falsch sind.

Es wurde bereits erklärt, warum nur die BKA-Daten der sog. „Erstkonsumenten“ in Hamburg auf den offiziellen Einstufungen der Tatverdächtigen als „User“ basieren können.¹² Diese BKA-Daten und die Daten der in Hamburg „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“ (siehe Tab. 1 und 2) müssten also in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.

Vergleicht man diese Daten der Tabelle 2, stellt man jedoch fest, dass von 1987 bis 1991 der jährliche Zuwachs der „Konsumenten harter Drogen“ im Verhältnis zu den entsprechenden BKA-Zahlen der sog. „Erstkonsumenten“ um bis zu 257 Personen höher ausfällt (1989).

Dies ist unmöglich. Die Gesamtzahl kann nicht stärker zunehmen als um die Anzahl derjenigen, die erstmals als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst worden sind. Die aufgezeigten Diskrepanzen sind insgesamt noch deutlich größer, da bei den „Konsumenten harter Drogen“ jedes Jahr auch Abzüge für Personen vorzunehmen sind, die den Konsum eingestellt haben, die verstorben sind, die die Stadt verlassen haben usw. Folglich können die Daten der „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“ der Tabelle 1 nicht auf den offiziellen Einstufungen der Tatverdächtigen als „User“ basieren.

Diese Datensätze wurden vom LKA Hamburg zusammengestellt, denn sie sind nicht nur in „Tabelle 1–2“ bei Heckmann et al. aufgelistet, sondern in einigen Jahren auch in der Hamburger Kriminalstatistik veröffentlicht.¹³ Ob diese Daten einen realen Hintergrund haben oder ob es sich um reine Fantasiedaten handelt – darüber ließe sich hier nur spekulieren.

Die von Heckmann et al. ermittelten Relationen zu den Drogentodeszahlen können auf Basis falscher KonsumentInnen Daten nicht korrekt berechnet worden sein. Somit sind auch diese Daten falsch. Doch selbst wenn man die KonsumentInnen Daten korrekt erhoben hätte, hätten die mit dem angewandten Verfahren berechneten Mortalitätsraten falsch ausfallen müssen.

¹¹ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 3.

¹² Siehe Seite 5 f. und 8.

¹³ Siehe LKA Hamburg (1986–1990 und 1994), Einzeldarstellung: „Rauschgiftkriminalität“.

Es wurde nachgewiesen, dass fast nur polizeibekannte DrogenkonsumentInnen sterben und dass dieser Aspekt u. a. durch die Verwendung der Kategorie „als Konsument harter Drogen erfasst“ systematisch verschleiert wird.¹⁴ Auf Basis dieser Erkenntnis lassen sich nur zwei unterschiedliche Mortalitätsraten ermitteln. Die Raten bei den polizeibekanntem KonsumentInnen würden sehr viel höher ausfallen und als Ausgleich dafür die Raten bei den polizeiunbekanntem äußerst gering.

Möglicherweise haben Heckmann et al. nicht realisiert, dass sie von falschen Daten ausgegangen sind. Hätten sie die korrekten Daten zugrunde gelegt, hätte sich die Aufgabe gestellt zu erforschen, warum die Mortalitätsraten bei den polizeibekanntem um ein Vielfaches höher ausfallen als bei den polizeiunbekanntem KonsumentInnen.

Eine Modellrechnung für das Jahr 2002 hat ergeben, dass auf Bundesebene die Sterbewahrscheinlichkeit für HeroinkonsumentInnen um etwa das 60-fache ansteigt, wenn sie der Polizei bekannt geworden sind.¹⁵

Keine Untersuchung zur Entwicklung der KonsumentInnenzahlen

Heckmann et al. diagnostizieren gestiegene KonsumentInnenzahlen als wesentliche Ursache für den Anstieg der Drogentodeszahlen und spekulieren lediglich über andere mögliche Ursachen:

„Einerseits werden die zunehmende Verelendung (...) der gestiegene Reinheitsgehalt des Stoffes, die höhere Verfügbarkeit von Heroin, der steigende Beikonsum von Tabletten oder anderen Suchtstoffen oder die allgemein wirtschaftlich rezessive Lage (...) als mögliche Ursachenfaktoren benannt. Von einer drastischen Zunahme der Population harter Drogenkonsumenten in den letzten Jahren dürfte allerdings ausgegangen werden.“¹⁶

Selbst der als Ursache angenommene Anstieg der KonsumentInnenzahlen basiert offenbar nicht auf einer gesicherten Erkenntnis, sondern lediglich auf einer Vermutung. Dieser Vermutung liegt nur ein Vergleich einiger Fallzahlen zugrunde, u. a. der sog. „Erstkonsumenten“. Dieser Zusammenhang wurde jedoch nicht mit wissenschaftlichen Methoden untersucht.

Die Fallzahlen bei den Tatverdächtigen, den sog. „Erstkonsumenten“, den insgesamt „polizeilich registrierten Konsumenten harter Drogen“, den sichergestellten Drogen und den Drogentodesfällen hätten schließlich auch infolge einer forcierten Strafverfolgung ansteigen können. Ob diese Ursache vorgelegen hat, ist nicht untersucht worden.

Keine steigenden KonsumentInnenzahlen

Der Konsum harter Drogen ist bekanntermaßen gefährlich. Die sich in den 1980er Jahren ausbreitende HIV-Epidemie bedeutete eine zusätzliche Lebensgefährdung gerade in Zusammenhang mit intravenösem Konsum, den vor allem HeroinkonsumentInnen praktizieren. Dieser Umstand musste steigende HeroinkonsumentInnenzahlen als äußerst unwahrscheinlich erscheinen lassen.

¹⁴ Siehe Seite 4 ff. Siehe auch Scheimann (2011 a), Abschnitt 4.6.

¹⁵ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 1–5. Siehe auch Scheimann (2011 b) (= Kurzfassung).

¹⁶ Heckmann et al. (1993), S. 40.

Vor diesem Hintergrund war von 1985 bis 1991 ein erheblich stärkerer Zuwachs bei BtM-Delikten mit harten Drogen, also vor allem auch bei Delikten mit Heroin, als mit weichen Drogen zu verzeichnen (siehe Tab. 6). Dies konnte nur bedeuten, dass man die Strafverfolgung gezielt gegen „Konsumenten harter Drogen“ – und vor allem auch gegen HeroinkonsumentInnen – forciert hat, um letztere möglichst lückenlos zu erfassen, da von ihnen eine letztlich tödlich verlaufende Infektionsgefahr ausgehen konnte.

Tab. 6: Tatverdächtige bei „allg. Verstößen nach § 29 BtMG“, 1985 und 1991

Jahr	Heroin	Kokain	Cannabis
1985	6.477	955	24.612
1991	25.038 + 287 %	3.968 + 315 %	32.174 + 31 %

Quelle: BKA (1986 a und 1992 a), Tab. 01.

Dass die Anzahl der Tatverdächtigen bei den Delikten mit Kokain geringfügig mehr zugenommen hat als bei den Delikten mit Heroin, könnte – gerade infolge der zusätzlichen Lebensgefährdung beim Heroinkonsum – auf eine Umorientierung der KonsumentInnen hindeuten.

Somit hätte es eigentlich als abwegig erscheinen müssen, eine Ausweitung des Heroinkonsums ausgerechnet in dieser Zeit für möglich zu halten. Und es gab seinerzeit noch weitere Anhaltspunkte, die gegen steigende KonsumentInnenzahlen sprachen. Beispielsweise erklären Heckmann et al. zum Alter der Drogentoten auf Bundesebene von 1986 bis 1991:

„(...) daß das Durchschnittsalter der Drogentoten in diesem Zeitraum unverändert bei 28 bis 29 Jahren liegt (...)¹⁷“

Tatsächlich ist das Durchschnittsalter der Drogentoten in diesen Jahren von 28 auf 29 Jahre gestiegen.¹⁸ Da der Drogenkonsum vorwiegend in jungen Jahren begonnen wird, hätte jedoch ein massenhafter Zustrom vor allem junger KonsumentInnen dafür sorgen müssen, dass dieses Durchschnittsalter deutlich sinkt.

Ein weiterer Hinweis: Von 1985 bis 1987 hat sich die Anzahl der Drogentoten, die zuvor als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst worden waren, verdoppelt, während die Anzahl derjenigen, die nicht als solche erfasst worden waren, abgenommen hat.¹⁹ Da KonsumentInnen zunächst polizeiunbekannt sind, hätten jedoch die Todesfälle zunächst bei den nicht als „User“ Erfassten zunehmen müssen. Auch dies sprach gegen steigende KonsumentInnenzahlen.

Im Hinblick auf die letztgenannte Entwicklung haben das BKA und die Landeskriminalämter nicht die Konsequenz gezogen, die Strafverfolgung zu reduzieren, deren tödliche Wirkung doch offensichtlich war. Stattdessen haben sie diesen Zusammenhang verschleiert, um die Strafverfolgung weiter forcieren zu können, obwohl dadurch noch mehr Menschen gestorben sind. Sie haben die diesbezügliche Datenerfassung ab dem Berichtsjahr 1988 in der Weise geändert, dass der Anteil der Verstorbenen, die zuvor als „User“ erfasst worden waren, deutlich sank. Dieser Anteil ist sogar rückwirkend für das Jahr 1987 von 65 auf 48 Prozent gesenkt worden.²⁰

¹⁷ Heckmann et al. (1993), S. 38.

¹⁸ BKA (1992 b), Tab. 26.

¹⁹ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 6.3, und Scheimann (2012), Abschnitt 3.

²⁰ ebenda.

Das BKA hat zu dieser Erfassungsänderung keinerlei Erklärung abgegeben. Somit wurde diese möglicherweise weder von Politikern, Drogenexperten oder der Öffentlichkeit registriert. Jedenfalls wurde gegen diese Maßnahme nicht wirksam interveniert.

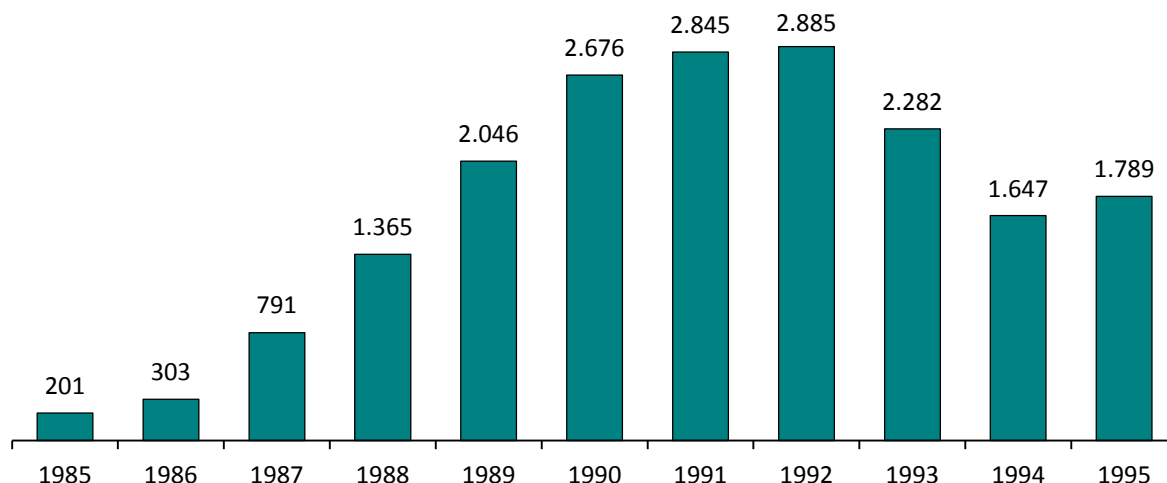
Mittels statistischer Methoden wurde inzwischen nachgewiesen, dass die Anzahl der Heroin-konsumentInnen und damit der „Konsumenten harter Drogen“ insgesamt von 1985 bis 1991 nicht nennenswert zugenommen haben kann. Folglich kann nur eine forcierte Strafverfolgung zum Anstieg der Fallzahlen bei den Tatverdächtigen, den sog. „Erstkonsumenten“, den insgesamt registrierten KonsumentInnen und den sichergestellten Drogen geführt haben. Auch der Anstieg der Drogentodeszahlen ist offensichtlich auf diese Maßnahme zurückzuführen, denn es ist kein anderer Umstand ermittelt worden, der hierfür ursächlich gewesen sein könnte.²¹

Entwicklung der Tatverdächtigen- und der Drogentodeszahlen

Es hat sich gezeigt, dass die Daten der sog. „Erstkonsumenten“ bzw. der „Erstauffälligen“ für eine Lagebeurteilung im Bereich Rauschgiftkriminalität und Drogenmortalität ungeeignet sind, da diese Daten nicht korrekt erhoben werden. Deshalb sollen im Folgenden die Daten der Tatverdächtigen bei den Drogendelikten mit Heroin erneut ins Zentrum der Betrachtung gestellt werden. Wie bereits erwähnt, steht der weit überwiegende Anteil der Drogentodesfälle in Zusammenhang mit Heroin.

In Abbildung 1 sind die Tatverdächtigen bei den „allg. Verstößen nach § 29 BtMG“ (mit Heroin) dargestellt, die auch als „Konsumentendelikte“ bezeichnet werden. Hierunter fallen der Besitz, der Erwerb und die Abgabe von Rauschgiften sowie ähnliche Delikte. Bei dieser Deliktart werden in Relation zu anderen Delikten mit Heroin die meisten Tatverdächtigen ermittelt.

Abb. 1: Tatverdächtige bei allg. Verstößen nach § 29 BtMG mit Heroin in Hamburg, 1985–1995



Quelle: LKA Hamburg (1986–1996), Tab. 01.

Die Anzahl der Tatverdächtigen bei den fraglichen Delikten hat sich von 1985 bis 1991, also in nur sechs Jahren, mehr als vervierzehnfacht. Ein derart sprunghafter Anstieg kann nicht die

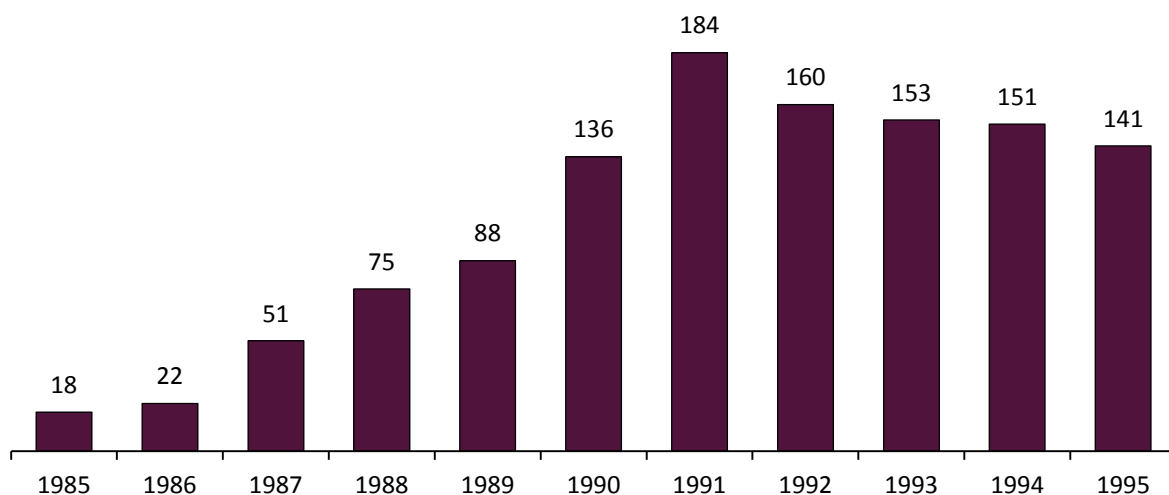
²¹ Siehe Scheimann (2011 a), Abschnitt 6, und Scheimann (2012), Abschnitt 2–5 und 7.

Entwicklung der Population der HeroinkonsumentInnen widerspiegeln. Ein derartiger Anstieg kann nur Folge einer forcierten Strafverfolgung gewesen sein.

Die von Heckmann et al. publizierte „Tabelle 1–2“ (hier Tab. 1) ist auch in der „Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland“ des IFT (Institut für Therapieforschung, München) erschienen. Diese wurde wie die Studie von Heckmann et al. im Jahr 1993 veröffentlicht. An deren Erarbeitung war das BKA mit vier Mitarbeitern beteiligt.

Eine überarbeitete Fassung dieser Expertise wurde 1997 herausgegeben. Erneut ist die fragliche Tabelle enthalten, in diesem Fall ergänzt um die Jahrgänge bis 1995. Die dort angegebenen Drogentodeszahlen fallen in einigen Jahren geringfügig höher aus als die vom BKA veröffentlichten Daten.²² Es ist wohl davon auszugehen, dass einige Fälle nachgemeldet worden sind. Deshalb sind hier die Daten der Expertise berücksichtigt (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Drogentodesfälle in Hamburg, 1985–1995



Quelle: IFT (1997), Tab. 19. S. 123.

Bei der Entwicklung der Drogentodeszahlen ist eine weitgehende Übereinstimmung im Vergleich mit Abbildung 1 unübersehbar. Somit ist hier offensichtlich von einer Kausalität auszugehen, zumal keine anderen Ursachen ermittelt worden sind, die für den rapiden Anstieg der Drogentodeszahlen in Frage kommen könnten. – Es bleibt noch zu berichten, dass AIDS bei den Todesursachen nur eine geringe Rolle spielt. Eine HIV-Infektion wurde beispielsweise 1992 und 1993 bei jeweils nur 79 bzw. 71 Drogentoten festgestellt.²³ Eine solche Infektion bedeutet jedoch nicht, dass Folgekrankheiten schon ausgebrochen oder todesursächlich gewesen sind.

Befangtheit

Heckmann et al. haben die eindeutigen Hinweise ignoriert, die gegen damals steigende KonsumentInnenzahlen sprachen. Sie haben hierzu keine Fragen gestellt und keine entsprechende Nachforschungen durchgeführt. Wie konnte das geschehen?

²² Vgl. BKA (1996 b), Tab. 29, und IFT (1997), Tab. 19, S. 123.

²³ BKA (1993 b), S. 124; BKA (1994 b), S. 129.

Drei weitere Fragen: Warum konnten Heckmann et al. übersehen, dass die Entwicklung der Tatverdächtigenzahlen zwingend auf eine forcierte Strafverfolgung schließen ließ? Warum haben die Autoren nicht bemerkt, dass in der Kriminalstatistik des LKA Hamburg und in den Jahresberichten des BKA unterschiedliche Daten zu den sog. „Erstkonsumenten“ veröffentlicht worden sind? Warum haben sie die in vielen Aspekten unkorrekte Berichterstattung des LKA Hamburg nicht hinterfragt?

Diese Fragen sind leicht zu beantworten. In der Literaturliste ihrer Studie ist die Hamburger Kriminalstatistik nicht aufgelistet und auch nur ein „Rauschgift Jahresbericht“ des BKA (von 1991). Man hat also die Drogentodesfälle von Hamburg untersucht, aber die nächstliegende Quelle zu diesem Forschungsobjekt außer Acht gelassen.

Wie konnte es dazu kommen, dass diese Quelle ignoriert worden ist? Einen Anhaltspunkt liefert ein Beitrag, der 1984 von Püschel et al. vorgelegt worden ist. In diesem werden die Hamburger Rauschgifttodesfälle bis 1982 untersucht. An der Erarbeitung dieses Beitrags war u. a. A. Schmold beteiligt. K. Püschel und A. Schmold gehörten wiederum zum Team von W. Heckmann. In dem genannten Beitrag von 1984 erklären Püschel et al.:

„Eine Besonderheit der vorliegenden Hamburger Untersuchung ist darin zu sehen, daß in unserem Stadtstaat eine enge Kooperation zwischen dem Rauschgiftdezernat der Polizei und dem Institut für Rechtsmedizin besteht. Alle Rauschgifttodes- bzw. entsprechende Verdachtsfälle werden gemeinsam seit mehreren Jahren systematisch untersucht und ausgewertet.“²⁴

Gerade hier lag wohl die Ursache des Problems. Offenbar wollte man eine weitere „enge Kooperation“ nicht durch kritische Fragen beeinträchtigen. Aus dieser mangelnden Distanz resultierte zwangsläufig eine Befangenheit. Somit war auf dieser Basis keine unabhängige Begutachtung der Hamburger Drogentodesfälle möglich.

Fazit

Die Studie „Drogennot- und -todesfälle“ gilt in der Suchtforschung allgemein als richtungsweisendes Standardwerk. Gerade in entscheidenden Aspekten weist sie jedoch derart gravierende Mängel auf, dass sie nie als wissenschaftlicher Beitrag hätte veröffentlicht werden dürfen.

Heckmann et al. haben eindeutige Hinweise ignoriert, die gegen eine steigende Anzahl der „Konsumenten harter Drogen“ sprachen. Sie haben sich auf steigende KonsumentInnenzahlen als wesentliche Ursache des Mortalitätsanstiegs festgelegt. Und dies, ohne diesen Zusammenhang mit wissenschaftlichen Methoden untersucht zu haben, ohne eine forcierte Strafverfolgung als Ursache in Erwägung gezogen zu haben und ohne diesbezüglich eine Abklärung vorgenommen zu haben. Auch wenn nicht explizit als Ziel formuliert worden ist, die Ursache des Mortalitätsanstiegs zu ermitteln, haben sie sich zu dieser Ursache in fahrlässiger Weise geäußert, obwohl sie hierzu nur scheinbar eine Begutachtung vorgenommen haben.

Hätten Heckmann et al. die forcierte Strafverfolgung des Drogenkonsums als Ursache des Mortalitätsanstiegs diagnostiziert, hätte diese Erkenntnis weder in der Suchtforschung noch in

²⁴ Püschel et al. (1984), S. 205.

der Drogenpolitik ignoriert werden können. Eine Rücknahme dieser Maßnahme wäre unausweichlich gewesen. Stattdessen sind weiterhin Tausende Menschen gestorben.

Somit haben Heckmann et al. das von Seehofer vorgegebene Ziel weit verfehlt, „(...) Ansätze für präventive Strategien zu entwickeln, die Drogentod und -notfälle so weit wie möglich reduzieren sollen (...)“,²⁵ denn die wirksamste Strategie wäre gewesen, die seit 1985 forcierte Strafverfolgung ins Blickfeld zu rücken und sich für ihre umgehende Reduzierung einzusetzen.

Obwohl die Strafverfolgung des Drogenkonsums seit dem Jahr 2000 deutlich reduziert worden ist, ist diese noch nicht wieder auf dem niedrigen Niveau von 1985 angelangt.²⁶ Noch heute sterben in Deutschland regelmäßig Menschen infolge der Drogenprohibition.

Es ist wohl zurückhaltend formuliert, wenn man feststellt, dass die Berichterstattung des LKA Hamburg durch eine Vielzahl von „Ungereimtheiten“ gekennzeichnet ist. Diese zielen offenbar darauf ab, die tödliche Wirkung der Drogenprohibition zu verschleiern. Langjährige Recherchen haben ergeben, dass die Berichterstattung der Kriminalämter zu Drogentodesfällen weitgehend von dieser Intention bestimmt wird. Systematisch werden das Parlament, die Wissenschaft und die Öffentlichkeit über die tatsächlichen Verhältnisse falsch informiert.

Bei der hier vorgenommenen Datenanalyse geht es um sehr viel mehr als um lediglich akademische Fragestellungen. Im Fokus steht vielmehr die Lebens- und Sterbenswirklichkeit größerer Bevölkerungsgruppen. In erster Linie sind hier die KonsumentInnen zu nennen, dann deren Eltern und Angehörige und schließlich deren Ärzte, Psychologen, Betreuer und Rechtsanwälte.

Auf der anderen Seite ist diese Analyse von unmittelbarer Bedeutung für die Drogenfahnder in den Kriminalämtern, die Staatsanwälte und Richter und nicht zuletzt für die mit dieser Problematik befassen Drogenexperten und Politiker, die für die Ausgestaltung der Drogenpolitik verantwortlich sind.

Es stellen sich grundsätzliche Fragen nach der Gültigkeit der Menschenrechte in unserer Gesellschaft. Müssten nicht die Kriminalämter gegen sich selbst wegen „fahrlässige Tötung“ und „unterlassener Hilfeleistung“ ermitteln? – Und dies in Tausenden von Fällen?

Müssten nicht die Staatsanwaltschaften von Amts wegen ermitteln, sobald sie von den hier analysierten Vorgängen Kenntnis erlangen? Und wie steht es um die Befangenheit der Staatsanwaltschaften in dieser Angelegenheit? Schließlich waren sie es, die jahrzehntelang an vorderster Front DrogenkonsumentInnen strafrechtlich verfolgt haben.

Kann unter diesen Bedingungen ein Rechtsstaat funktionieren? Oder ist dieser – jedenfalls in diesem Bereich – bereits seit Jahrzehnten außer Kraft gesetzt? Und damit auch das Grundgesetz? Denn nach diesem gebührt dem Schutz des Lebens oberste Priorität.

Sind angesichts dieser Situation nicht vor allem Menschenrechtsorganisationen und investigativ arbeitende Journalisten gefordert?

²⁵ Heckmann et al. (1993), S. 1.

²⁶ Beispiel: Allg. Verstößen nach § 29 BtMG mit Heroin, 1985: 6.477 Tatverdächtige, 1991: 25.038 Tatverdächtige, 2000: 23.989 Tatverdächtige, 2012: 8.334 Tatverdächtige. Siehe BKA (1986 a, 1992 a, 2001 a und 2013 a), Tab. 01. Siehe auch Scheimann (2011 c).

Literaturverzeichnis

- Bundeskriminalamt** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1985 [ff.] Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 1986 ff. (a). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Polizeiliche Kriminalstatistik, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Rauschgift Jahresbericht 1987[–1994]. Wiesbaden 1988–1995 (b).
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 1995[–2000]. Wiesbaden 1996–2001 (b).
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 2001 f. Wiesbaden 2002 f. (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte & Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Bundeslagebild Rauschgift 2003. Wiesbaden 2004 (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte & Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Bundeslagebild Rauschgift 2004 Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 2005 (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte & Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Daten zur Rauschgiftkriminalität 2005 in Deutschland. Wiesbaden 2006 (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Bundeslagebild Rauschgift 2005 – Tabellenanhang. Wiesbaden 2006 (c). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Jahreskurzlage Rauschgift 2006. Wiesbaden 2007 (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Bundeslagebild Rauschgift 2006 – Tabellenanhang. Wiesbaden 2007 (c). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Rauschgift Jahreskurzlage 2007 ff. Wiesbaden 2008 ff. (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2007 [ff.] – Tabellenanhang. Wiesbaden 2008 ff. (c). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Bundeskriminalamt** (Hg.): Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2011. Wiesbaden 2012 (b). [<http://www.bka.de>, Pfad: Publikationen / Jahresberichte und Lagebilder / Rauschgiftkriminalität, Stand 2013-08-09]
- Heckmann, W., K. Püschel, A. Schmoldt, V. Schneider, W. Schulz-Schaeffer, R. Soellner, C. Zenker** und **J. Zenker** (Hg.): Drogennot- und -todesfälle. Eine differentielle Untersuchung der Prävalenz und der Ätiologie der Drogenmortalität: Drogentodesfälle in Berlin, Bremen und Hamburg, Drogennotfälle in Bremen und Hamburg. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 28, Baden-Baden 1993.

- IFT Institut für Therapieforschung** (Hg.): Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. IFT-Berichte Bd. 71, München 1993.
- IFT Institut für Therapieforschung** (Hg.): Schätzverfahren und Schätzungen 1997 zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland. In: SUCHT, Sonderheft 2, Geesthacht 1997.
- Kraus, L., R. Shaw, R. Augustin** und **F. Ritz**: Analyse der Drogentodesfälle in Bayern. In: IFT Institut für Therapieforschung (Hg.), IFT-Berichte Bd. 116, München 2001.
[http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd_116.pdf, PDF/855 KB, Stand 2013-08-09]
- König, W.** und **A. Kreuzer**: Rauschgifttodesfälle – Kriminologische Untersuchung polizeilicher Mortalitätsstatistiken. Mönchengladbach 1998.
- Landeskriminalamt Hamburg** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1985–1988. Hamburg 1986–1989
- Landeskriminalamt Hamburg** (Hg.): Kriminalitätslage Hamburg 1989. Hamburg 1990.
- Landeskriminalamt Hamburg** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1990. Hamburg 1991. Tabelle 022: „Sonstige Angaben zum Tatverdächtigen“, Auszug, auf Anfrage an: lkasp1@polizei.hamburg.de, Stand 2013-07-24.
- Landeskriminalamt Hamburg** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1991. Hamburg 1992.
- Landeskriminalamt Hamburg** (Hg.): Kriminalitätslage Hamburg 1992–1995. Hamburg 1993–1996.
- Landeskriminalamt Hamburg** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1996 ff. Hamburg 1997 ff.
- Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Nordrhein-Westfalen 1985 ff. Düsseldorf 1986 ff.
- Püschel, K., M. Teichner, W. Arnold, A. Schmold, E. Koops, E.-R. Beckmann, W. Janssen, H. Gressmann, E. Dönnecke** und **W. Plawka** (1984): Forensisch-medizinische und kriminologische Aspekte der Hamburger Rauschgifttodesfälle bis Ende 1982. Suchtgefahren 30, 205–211.
- Scheimann, H.**: Falsche Angaben zu Drogentodesfällen. Münster 07/2011, 4. Fassung 10/2011 (a). [<http://www.dt-aufklaerung.de/fa111009.pdf>, PDF/1071 KB, Stand 2013-08-09]
- Scheimann, H.**: Kurzfassung der Studie „Falsche Angaben zu Drogentodesfällen“. Münster 01/2011, 4. Fassung 10/2011 (b). [<http://www.dt-aufklaerung.de/kf111009.pdf>, PDF/105 KB, Stand 2013-08-09]
- Scheimann, H.**: Die Relevanz der Strafverfolgung für die Mortalität der Drogenkonsumenten. Münster 12/2011 (c). [<http://www.dt-aufklaerung.de/bg111212.pdf>, PDF/65 KB, Stand 2013-08-09]
- Scheimann, H.**: Forcierte Strafverfolgung gegen DrogenkonsumentInnen von 1985 bis 1991 und aktuelle Relevanz. In: „Akzeptanzorientierte Drogenarbeit / Acceptance-Oriented Drug Work 2012; 9: 64–76“ des Instituts INDRO e.V., Münster 2012.
[<http://www.indro-online.de/Scheimann2012.pdf>, PDF/337 KB, Stand 2013-08-09]

Korrespondenzadresse

Helmut Scheimann
Schiffarter Damm 25
48145 Münster
E-Mail info@dt-aufklaerung.de
Website www.dt-aufklaerung.de