# Falsche Angaben zu Drogentodesfällen

**vorgelegt von**

**Dipl.-Päd. Helmut Scheimann**

Erste Veröffentlichung unter: www.dt-aufklaerung.de, Münster, den 17. Juli 2011.
Vierte Fassung als PDF-Datei a.a.O., Münster, den 09. Oktober 2011.
Eine Veröffentlichung als Print-Fassung konnte bisher nicht realisiert werden.

© Copyright. Alle Rechte liegen beim Autor. Kein Teil dieser Studie darf ohne Hinweis auf die Quelle kopiert oder übernommen werden. Insbesondere gilt dies für eine Verarbeitung mittels elektronischer Systeme oder eine Verwendung und Verbreitung in digitalen Medien. Jede kommerzielle Nutzung ist untersagt.

**Inhalt**


Tabellenverzeichnis ..... V
Abbildungsverzeichnis ..... V
Abkürzungen ..... VI
Minimalfassung ..... VII
Kurzfassung ..... X

Vorbemerkungen ..... 1

**1 Falsche „Detailauswertung“ und falsche „Echtzählung“** ..... 3
1.1 Unglaubwürdige Berichterstattung ..... 3
1.2 Datenerfassung im INPOL ..... 5
1.2.1 Konsumenten harter Drogen und Erstkonsumenten harter Drogen ..... 6
1.2.2 Meldewege ..... 7
1.2.3 Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“, Teil 1 ..... 9
1.2.4 Örtliche Dienststellen oder Landeskriminalämter ..... 10
1.2.5 Erstmalige Polizeiauffälligkeit ..... 11
1.2.6 Legitimation der falschen Berichterstattung ..... 13
1.3 Welche Daten sind falsch? ..... 15
1.4 Grundzüge der „Detailauswertung“ ..... 16
1.5 Schätzverfahren für Polizeidaten ..... 17
1.6 Begriffe und Definitionen ..... 19

**2 „Polizeiunbekannt“ infolge geringer KhD-Einordnung** ..... 27
2.1 Unterschiedliche KhD-Einordnung ..... 27
2.2 Jahrelang ohne KhD-Status ..... 29
2.3 Widersprüchliche Interessen bezüglich der KhD-Einordnung ..... 32
2.4 Korrektur und Auswirkung auf die Mortalitätsraten ..... 33
2.5 Herointodesfälle und Drogentodesfälle ..... 36
2.5 Begriffe und Definitionen ..... 37

**3 Überhöhte EKhD-Daten** ..... 39
3.1 Falsche Angaben ..... 39
3.2 Mögliche Einwände ..... 41
3.3 Am Beispiel der Verhältnisse in Bayern, Teil 1 ..... 46
3.4 Weitreichende Konsequenzen ..... 50
3.5 Angemessene Korrektur ..... 50
3.6 Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“, Teil 2 ..... 51
3.7 Auswirkung auf die Mortalitätsraten ..... 52
3.8 Begriffe und Definitionen ..... 53

**4 Weitere falsche Zuordnungen** ..... 54
4.1 Unterschiedliche Polizeiauffälligkeit und unterschiedliche KhD-Einordnung ..... 54

4.2 Verstoß gegen die eigene Definition des „Polizeilichen Hellfeldes“ ..... 54
4.2.1 Keine KhD-Einordnungen bei weichen Drogen ..... 55
4.2.2 „Polizeiunbekannt“ trotz aktueller Ermittlungen ..... 56
4.3 Angemessene Korrektur ..... 56
4.4 Vorschläge für eine Reform der Drogentodesfallstatistik ..... 57
4.5 Auswirkung auf die Mortalitätsraten ..... 58
4.6 Am Beispiel der Verhältnisse in Bayern, Teil 2 ..... 59
4.7 Begriffe und Definitionen ..... 61

**5 Falsch berechnetes Hellfeld** ..... 62
5.1 Falsche Grundannahme ..... 62
5.1.1 Alter der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ und der Drogentoten ..... 62
5.1.2 Jährlicher Verringerungsfaktor ..... 63
5.2 Abstinenz oder Tod ..... 64
5.3 Auswirkung auf die Mortalitätsraten ..... 65
5.4 Mögliche Abweichungen ..... 66
5.4.1 Geringere Konsumentenzahl ..... 66
5.4.2 Das Dunkelfeld bei den Drogentodesfällen, Teil 1 ..... 67
5.5 Funktion der Schätzung ..... 68
5.6 Begriffe und Definitionen ..... 69

**6 Forcierte Strafverfolgung und die Folgen** ..... 70
6.1 Vorüberlegungen und Vorinformationen ..... 70
6.2 Nachweis 1, anhand der Altersstruktur ..... 71
6.2.1 Mögliche Einwände ..... 78
6.3 Nachweis 2, anhand der KhD-Erfassung ..... 79
6.4 Nachweis 3, anhand des Anteils der „erstmals Tatverdächtigen“ ..... 81
6.5 Verschiebung von Hell- und Dunkelfeld ..... 82
6.6 Das Dunkelfeld bei den Drogentodesfällen, Teil 2 ..... 83
6.7 Mehr als 23.000 Drogentodesfälle verursacht ..... 83
6.8 Gründe für eine forcierte Strafverfolgung ..... 84

**7 Spekulation statt Ursachenanalyse** ..... 85
7.1 Unzureichende Untersuchung ..... 84
7.2 Sogenannte und tatsächliche „Erstkonsumenten“ ..... 87
7.3 Erkenntnis und Interesse ..... 88

Schlussbemerkungen ..... 90

Literaturverzeichnis ..... 93

## Tabellenverzeichnis

1 Vergleich der Schätzergebnisse zu den Opiatabhängigen ..... 18
2 Drogentodesfälle nach Ursachen, 2000 – 2002 ..... 19
3 Tatverdächtige bei Konsumentendelikten mit Heroin nach Ländern, 2000, I ..... 27
4 Tatverdächtige bei Konsumentendelikten mit Heroin nach Ländern, 2000, II ..... 39
5 Alter der Erstauffälligen Heroinkonsumenten und der Drogentoten, 1994 – 2002 ..... 63
6 Altersstruktur der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin und Zuwachsraten, 1985 – 91 ..... 72
7 Altersstruktur Erstauffälliger Heroinkonsumenten und Zuwachsraten, 1985 – 91 ..... 74
8 Altersstruktur der Drogentoten und Zuwachsraten, 1985 – 91 ..... 76
9 Drogentodesfälle in Deutschland, in den alten und neuen Ländern, 1985 – 2010 ..... 78
10 KhD-Erfassung der Drogentoten, 1985 – 91 ..... 79
11 Tatverdächtige und „Bereits Tatverdächtige“ bei Drogendelikten mit Heroin, 1986 – 91.. 81

## Abbildungsverzeichnis

1 Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, I ..... 18
2 Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, II ..... 35
3 Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, III ..... 53
4 Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, IV ..... 59
5 Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, V ..... 65
6 Zuwachsraten bei Altersstufen der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin, 1985 – 91 ..... 73
7 Zuwachsraten bei Altersstufen der Erstauffälligen Heroinkonsumenten, 1985 – 91 ..... 74
8 Zuwachsraten bei Altersstufen der Drogentoten, 1985 – 91 ..... 76
9 Zuwachsraten bei Altersstufen (A) der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin, (B) der Erstauffälligen Heroinkonsumenten und (C) der Drogentoden, 1985 – 91 ..... 77

**Abkürzungen**

| | |
|---|---|
| allg. | allgemein |
| Berechn. | Berechnung/-en |
| BKA | Bundeskriminalamt |
| BtMG | Betäubungsmittelgesetz |
| DBDD | Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Knotenpunkt für die EBDD |
| EBDD | Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht |
| EKhD | Erstkonsument bzw. Erstauffälliger Konsument harter Drogen |
| EKhD-Heroin | Erstkonsument mit Heroin bzw. Erstauffälliger Heroinkonsument |
| Entw. | Entwicklung |
| FDR | Falldatei Rauschgift |
| HEPOLIS | Hessisches Polizeiliches Informationssystem |
| IFT | Institut für Therapieforschung, München |
| illeg. | illegal |
| INPOL | Informationssystem der Polizei |
| jew. | jeweils |
| KhD | Konsument harter Drogen |
| L. | (Bundes-) Länder |
| LKA, LKÄ | Landeskriminalamt, -ämter |
| MV | Mecklenburg-Vorpommern |
| NI | Niedersachsen |
| NW | Nordrhein-Westfalen |
| PKS | Polizeiliche Kriminalstatistik |
| RJB | Rauschgiftjahresbericht, Rauschgift Jahresbericht |
| sonst. | sonstige |
| Tab. | Tabelle |
| TV | Tatverdächtiger |

## Minimalfassung

Das Bundeskriminalamt (BKA) nutzt seit Jahrzehnten auf vielfältige Weise seine Berichterstattung zur Drogenkriminalität, um Drogentodesfälle möglichst unauffällig erscheinen zu lassen. Diese Todesfälle stehen vor allem in Zusammenhang mit Heroin,[1] sind jedoch zum weit überwiegenden Anteil auf die Strafverfolgung des Drogengebrauchs zurückzuführen.

### Falsche Angaben zur „Polizeiauffälligkeit“

Laut Definition des BKA gehören die Personen zum „Polizeilichen Hellfeld“, welche die Polizei als Tatverdächtige ermittelt hat.[2] Bezüglich der Drogentodesfälle gibt das BKA aber nicht an, ob die Verstorbenen bereits als Tatverdächtige ermittelt worden sind. Dessen Kategorien lauten: „Als Konsument harter Drogen erfasst“, „Als Erstkonsument harter Drogen erfasst“ oder „Als Erstauffälliger Konsument harter Drogen erfasst“. Diese Kategorien werden fälschlich mit „polizeibekannt“ gleichgesetzt. Doch die entsprechenden Quoten fallen als solche viel zu niedrig aus.

Ein Präzedenzfall sind hier die Drogentodesfälle aus Bayern aus dem Jahr 1999. Das BKA gibt an, dass „27,6 % der Rauschgifttoten als Erstkonsumenten harter Drogen ... bekannt gewesen“ seien.[3] Nach einer Studie von Kraus et al. waren jedoch in diesem Jahr in Bayern mehr als 90 % der Verstorbenen zuvor „polizeibekannt“.[4] Es wird also systematisch verschleiert, dass fast nur „polizeibekannte“ Drogenkonsumenten sterben.

### Forcierte Strafverfolgung

Von 1985 – 91 ließ sich eine einmalige Entwicklung beobachten: Die Anzahl der Tatverdächtigen bei den „Konsumentendelikten mit Heroin“[5] und die Zahl der sogenannten „Erstkonsumenten von Heroin“ legten auf etwa das 4-Fache zu, die Zahl der Drogentodesfälle gar auf das 6,5-Fache.[6] Das erzeugte die Illusion einer zunehmenden Konsumentenzahl. Tatsächlich wurde jedoch lediglich die Strafverfolgung forciert, was eindeutig nachzuweisen ist.

Nachweis 1

Es ist auszuschließen, dass eine Verlängerung der Konsumdauer zu einer Verdopplung oder Verdreifachung der Konsumentenzahl geführt haben könnte, denn die Konsumdauer hätte sich dann gleichfalls verdoppeln oder verdreifachen müssen, was in 6 Jahren gar nicht möglich ist. Zudem begründen das BKA und das Institut für Therapieforschung (IFT) im Jahr 1997 die durchschnittlich 10-jährige Konsumdauer bei Heroin mit Untersuchungsergebnissen von 1979 – 90. Folglich gab es keinen Hinweis auf eine nennenswerte Verlängerung des durchschnittlichen Konsums.[7]

---

[1] Siehe Abschnitt 2.5.

[2] Siehe Abschnitt 1.6 u. 4.2.

[3] Siehe Abschnitt 3.3. Bezüglich der Verfahren zur Senkung der fraglichen Quote siehe Abschnitt 1, 2 u. 4.

[4] Siehe Abschnitt 4.6.

[5] Es handelt sich um „allg. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz“, die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von Rauschgiften betreffen. Hier werden zahlenmäßig die meisten Tatverdächtigen ermittelt.

[6] Siehe Abschnitt 6.2.

[7] Siehe Abschnitt 6.1.

Eine derart dynamische Progression wäre allenfalls durch einen massenhaften Zustrom von Konsumanfängern möglich gewesen. Dieser wäre zuerst bei den jüngeren Altersstufen festzustellen gewesen, da Konsumanfänger vorwiegend hier vertreten sind. Erst nach mehreren Jahren hätte sich ein solcher Anstieg auch bei den älteren Jahrgängen bemerkbar gemacht. Doch es verhält sich gerade umgekehrt: Von Anfang an fällt die Zunahme bei den älteren Jahrgängen deutlicher aus als bei den jüngeren. Das gilt für Tatverdächtige bei den „Konsumentendelikten mit Heroin“, für „Erstkonsumenten von Heroin“ und für Drogentote.[8]

Einen solchen Effekt kann nur eine Forcierung der Strafverfolgung erzielen, von der von Beginn an alle Altersstufen betroffen sind. Deshalb erklärt nur eine forcierte Strafverfolgung die fragliche Entwicklung. Es ist dagegen auszuschließen, dass die Anzahl der Heroinkonsumenten zugenommen hat. Die Analyse aller drei Fallgruppen führt zum selben Ergebnis. Aus diesem Umstand resultiert eine sehr hohe Beweiskraft.

Dass in der fraglichen Zeitspanne – entgegen dem sonst üblichen Trend – alle Altersstufen gleichermaßen in den Konsum gedrängt sind, ist nicht möglich, denn eine großangelegten Studie von Heckmann et al. aus dem Jahr 1993 ermittelte bei Personen, die den Heroinkonsum vorwiegend in den 1980er-Jahren begonnen hatten, ein durchschnittliches Einstiegsalter von 22 Jahren.[9] Das bisherige Ergebnis wird somit bestätigt.

Nachweis 2

Hätte die Zahl der Heroinkonsumenten tatsächlich in so kurzer Zeit um ein Mehrfaches zugenommen, wären wohl mehr als 10 Jahre intensiver Ermittlungstätigkeit erforderlich gewesen, um den vorherigen Grad der polizeilichen Erfassung bei den Konsumenten und damit auch bei den Drogentodesfällen wiederzuerlangen – schließlich sind Konsumanfänger zunächst „polizeiunbekannt“. Deshalb hätte der Anstieg der Drogentodesfälle gerade in den ersten Jahren fast ausschließlich beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ erfolgen müssen. Doch auch hier verhält es sich genau umgekehrt: Von 1985 – 87, also in nur 2 Jahren, verdoppelte sich die Zahl der Drogentodesfälle, bei denen die Verstorbenen „als Konsumenten harter Drogen erfasst“ waren, und die Zahl derjenigen, die „nicht erfasst“ waren, nahm ab.[10]

Auch das ist nur möglich bei einer forcierten Strafverfolgung, denn nur dann sterben von Beginn an mehr „polizeibekannte“ Konsumenten und weniger „polizeiunbekannte“. Auch deshalb kann die Anzahl der Heroinkonsumenten nicht zugenommen haben.

Ab 1988 werden diese Angaben dann völlig unglaubwürdig. Offenbar wurde die Zählweise geändert, da man registriert hatte, wie verräterisch diese Daten waren.[11]

Nachweis 3

Bleibt die Anzahl der Drogenkonsumenten über Jahre konstant, ändert sich das Verhältnis von Neu- und Altkonsumenten kaum. Das dürfte sich in der Polizeilichen Kriminalstatistik bei den Drogendelikten mit Heroin in einem relativ konstanten Verhältnis der „erstmals Tatverdächtigen“ zu den „als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getretenen Personen“ niederschlagen.

---

[8] Siehe Abschnitt 6.2.

[9] Siehe Abschnitt 6.2.1.

[10] Siehe Abschnitt 6.3.

[11] ebenda.

Bei einer dramatischen Erhöhung der Konsumanfängerzahl wäre dagegen zu erwarten, dass sich das genannte Verhältnis zugunsten der „erstmals Tatverdächtigen“ deutlich verschiebt, da Konsumanfänger zunächst nur in geringem Maße als Tatverdächtige bereits ermittelt worden sind. Doch das ist nicht der Fall. Insgesamt ist bei den Drogendelikten mit Heroin der Anteil der „erstmals Tatverdächtigen“ von 1985 – 91 sogar rückläufig. Deshalb kann es nicht ungewöhnlich viele Konsumanfänger gegeben haben – eine Progression der Konsumentenzahl ist auszuschließen.[12] Auch diese Daten haben eine sehr hohe Beweiskraft, wurden diese doch unabhängig von der BKA-Berichterstattung zu den Drogentodesfällen erhoben.

**Resümee**

Infolge der forcierten Strafverfolgung wurden 1991 etwa viermal mehr Tatverdächtige bei den „Konsumentendelikten mit Heroin“ und etwa viermal mehr „Erstkonsumenten von Heroin“ ermittelt als 1985 bei einer weitgehend stagnierenden Anzahl an Konsumenten. Diese polizeilichen und strafrechtlichen Maßnahmen verursachten offenbar den Anstieg der Drogentodesfälle auf das 6,5-Fache. Damit ist allerdings keine ***direkte*** Einwirkung der Polizei gemeint.

**Mehr als 23.000 Drogentodesfälle verursacht**

Wäre die jährliche Anzahl der Drogentodesfälle bei einer unveränderten Strafverfolgung auf dem Niveau von 1985 geblieben, hätte es von 1986 – 2010 etwa 8.100 Todesfälle geben müssen. Es wurden jedoch fast 28.000 Drogentodesfälle mehr registriert. Räumt man eine großzügige Toleranz von 60 % ein, da auch andere Umstände mehr Todesfälle verursacht haben könnten, kostete die Strategieänderung der Polizei bzw. die entsprechende Änderung der Drogenpolitik bis zum Jahr 2010 voraussichtlich mehr als 23.000 Menschen das Leben.[13]

Noch heute ist die deutsche Drogenpolitik von einem hohen Niveau der Strafverfolgung geprägt, die weiterhin Tausende Menschenleben fordert. Vor diesem Hintergrund bemüht man sich um eine Politik der Schadensbegrenzung, um die Todesrate zu senken.

**Spekulation statt Ursachenanalyse**

Warum die Zahl der Drogentodesfälle von 1985 – 91 auf das 6,5-Fache angestiegen ist, wurde nicht genauer untersucht. In entsprechenden Forschungsarbeiten wurde dieser Anstieg stattdessen kleingerechnet und es wurde lediglich spekuliert, dass für diesen Anstieg u. a. eine angebliche Verdoppelung der Konsumentenzahl die wesentliche Ursache gewesen sein könnte. Dieses Ergebnis bloßer Spekulation wird in der diesbezüglichen Wissenschaft bis heute als allgemeingültige Theorie anerkannt. Obwohl die hier vorgelegte Studie bereits mehreren Drogenexperten zugänglich gemacht worden ist, wurde bisher ohne Begründung eine Auseinandersetzung mit den hier vorgetragenen Thesen verweigert.[14]

---

[12] Siehe Anschnitt 6.4

[13] Siehe Abschnitt 6.7.

[14] Siehe Abschnitt 7.

## Kurzfassung

Das Bundeskriminalamt (BKA) nutzt seit Jahrzehnten auf vielfältige Weise seine Jahresberichte zur Rauschgiftkriminalität, um Drogentodesfälle möglichst unauffällig erscheinen zu lassen. Diese Todesfälle stehen vor allem in Zusammenhang mit Heroin,[15] sind jedoch zum weit überwiegenden Anteil auf die Strafverfolgung des Drogengebrauchs zurückzuführen.

In seinen Jahresberichten veröffentlicht das BKA Tabellen und Zeitreihen u. a. zu den jährlich neu in einem Polizeilichen Informationssystem (INPOL) registrierten „Erstkonsumenten …“ bzw. „Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen“ (EKhD) und zu den Drogentodesfällen, die ebenfalls im INPOL erfasst werden. Bezüglich der Todesfälle kommt der Tabelle 5.2 „Rauschgifttote nach Geschlecht und Altersstruktur“ eine besondere Bedeutung zu. Diese wies bis 1994 die Kategorie „Als Konsument harter Drogen (KhD) erfasst“ auf, die dann durch „Als Erstauffälliger Konsument harter Drogen erfasst“ ersetzt wurde. Diese Kategorien werden vom BKA mit „polizeibekannt“ gleichgesetzt.[16] Auf diese Weise werden jedoch mehr als die Hälfte der verstorbenen Drogenkonsumenten, die der Polizei bekannt waren, fälschlich für „polizeiunbekannt“ erklärt, was noch näher erläutert wird.

### Schätzverfahren für Polizeidaten

1993 wurde die „Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ (EBDD) gegründet. Aus diesem Anlass entwickelten das „Institut für Therapieforschung“ (IFT), das „Institut für Rechtsmedizin“ der Universität Hamburg und das BKA verschiedene Schätzverfahren weiter, um die Anzahl der „Konsumenten harter Drogen“ und insbesondere der Heroinkonsumenten möglichst genau zu ermitteln.

Eines dieser Verfahren beruht auf Polizeidaten. Von der Annahme ausgehend, dass die Sterbewahrscheinlichkeit bei den „polizeibekannten“ und bei den „polizeiunbekannten“ Konsumenten gleich sei, folgert man, dass das Verhältnis „Polizeiliches Hellfeld“ : „Dunkelfeld“ bei den Konsumenten demjenigen bei den Drogentodesfällen entspreche. Verschiedene Untersuchungen hatten bezüglich Heroin eine durchschnittliche Konsumdauer von 10 Jahren ergeben. So werden zunächst die im INPOL erfassten „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ der letzten 10 Jahre zum „Polizeilichen Hellfeld“ der Konsumenten addiert. Dann wird Jahrgang für Jahrgang mittels des Anteils der Drogentoten, die nicht als „Erstauffällige“ erfasst waren, das „Dunkelfeld“ bei den Konsumenten und schließlich deren Gesamtzahl berechnet.[17] Gerade bei dieser Kalkulation wirken sich die falschen Zuordnungen der Todesfälle aus.

Im „Rauschgiftjahresbericht 2002“ wird zum letzten Mal über diese Schätzungen berichtet. Man ermittelte 188.000 Heroinkonsumenten. Eine solche Anzahl bewegt sich im Bereich der Schätzergebnisse anderer Verfahren.[18] Jedoch ließ sich dieses Ergebnis nur durch falsche Zuordnungen erreichen.

In dieser Studie wird nicht demonstriert, wie absurd gering das Ergebnis bei einer korrekten Zuordnung ausfallen würde. Stattdessen wird, den anderen Schätzergebnissen entsprechend, von 188.000 Heroinkonsumenten ausgegangen. Auf dieser Basis werden dann die falschen

---

[15] Siehe Abschnitt 2.5.

[16] Siehe Abschnitt 1.1.

[17] Siehe Abschnitt 1.5.

[18] ebenda.

Zuordnungen zum „Hell-“ und „Dunkelfeld“ bei den Todesfällen und auch bei den Konsumenten korrigiert. Das Ergebnis von Modellberechnungen lautet schließlich, dass die Sterbewahrscheinlichkeit etwa 60-mal höher liegt, wenn Heroinkonsumenten der Polizei bekannt geworden sind, bzw. bei Berücksichtigung weitgefasster Toleranzen etwa 32 – 122-mal höher.

**Falsche Zuordnung von Drogentodesfällen**

Obwohl etwa 89 – 94 % der verstorbenen Heroinkonsumenten „polizeibekannt“ waren, weist das BKA jährlich bundesweit nur etwa 40 % als solche aus. Diese geringen Werte werden u. a. mit folgenden Verfahren erzielt:

Verstoß gegen die Definition des „Polizeilichen Hellfeldes“

Laut Definition des BKA gehören die Personen zum „Polizeilichen Hellfeld“, welche die Polizei als Tatverdächtige ermittelt hat. Die örtlichen Polizeidienststellen geben aber nicht an, ob verstorbene Drogenkonsumenten bereits als Tatverdächtig ermittelt worden sind. Deren Kategorie lautet: „Als Konsument harter Drogen (KhD) erfasst“. Auf diese Weise werden systematisch Drogentote vom „Polizeilichen Hell-“ zum „Dunkelfeld“ verschoben, denn das „Hellfeld“ ist mit absurden Folgen eingeschränkt: So können verstorbene Konsumenten weicher Drogen gar nicht „polizeibekannt“ sein, da sie nicht „als Konsumenten harter Drogen erfasst“ werden. Selbst Heroinkonsumenten, die in Polizeigewahrsam starben, gelten als „polizeiunbekannt“, wenn sie nicht „als KhD erfasst“ waren.[19]

Geringe KhD-Einordnung

Die Kategorie „Als Konsument harter Drogen erfasst“ bei den Drogentodesfällen wird zu einer zusätzlichen Verfälschung der Daten genutzt. In vielen Bundesländern werden Heroinkonsumenten bei Ermittlungen wegen Drogendelikten wider besseres Wissen erst nach Jahren und etlichen Vorstrafen als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft. Sterben sie vorher, wird ihr Todesfall dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugerechnet, da sie nicht „als KhD erfasst“ waren.[20]

Falsche „Detailauswertung“ und falsche „Echtzählung“

Die örtlichen Polizeidienststellen melden etwa 70 % der Drogentoten „als Konsumenten harter Drogen erfasst“. Seit 1992 reduziert das BKA diese Quote mittels einer „Detailauswertung“ und behauptet, nur etwa 40 % seien „polizeibekannt“ gewesen. Es wurde jedoch lediglich das „Polizeiliche Hellfeld“ auf Konsumenten eingeschränkt, die aktuell im INPOL „als Erstauffällige Konsumenten harter Drogen erfasst“ waren. So waren viele Einträge infolge einer 2-jährigen Speicherfrist gelöscht. Zudem sind viele Konsumenten noch nicht als „Erstauffällige“ im INPOL registriert worden, da sie während eines nicht abgeschlossenen Ermittlungsverfahrens starben, obwohl sie bereits von den örtlichen Polizeidienststellen als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft worden sind.

Die Zählweise nach Durchführung der „Detailauswertung“ nennt das BKA „Echtzählung“. So wird ein beträchtlicher Anteil der Drogentodesfälle vom „Polizeilichen Hell-“ zum „Dunkelfeld“ verschoben.[21]

---

[19] Siehe Abschnitt 4.2.

[20] Siehe Abschnitt 2.1 und 2.2.

[21] Siehe Abschnitt 1.

**Bestätigung durch Daten aus Bayern**

Das Analyseergebnis „89 – 94 % ‚polizeibekannte' Drogentote" wird durch reale Daten bestätigt. Ein Präzedenzfall sind hier die Drogentodesfälle aus Bayern aus dem Jahr 1999. Das BKA gibt an, dass „27,6 % der Rauschgifttoten als Erstkonsumenten harter Drogen ... bekannt gewesen" seien.[22] Nach einer Studie von Kraus et al. waren jedoch in diesem Jahr in Bayern mehr als 90 % der Verstorbenen zuvor „polizeibekannt".[23]

**Falsche Zuordnung von Heroinkonsumenten**

Obwohl nur etwa 11 – 20 % der Heroinkonsumenten dem „Polizeilichen Hellfeld" zuzurechnen sind, geht das BKA von etwa 40 % aus. Das wird mit folgenden Verfahren erreicht:

Falsche Daten

Infolge der geringen KhD-Einordnung der örtlichen Dienststellen bei Ermittlungsverfahren wegen Drogendelikten werden weniger Tatverdächtige im INPOL als „Erstauffällige Konsumenten harter Drogen" erfasst. Die meisten Bundesländer veröffentlichen deshalb überhöhte Daten zu den „Erstauffälligen", teilweise sogar ein Mehrfaches. Es sind also weniger Konsumenten „polizeibekannt" und dem „Polizeilichen Hellfeld" zuzuordnen, als veröffentlicht wird.[24]

Mehrfacherfassung als „Erstauffälliger Konsument harter Drogen"

Wurden EKhD-Einträge im INPOL infolge der 2-jährigen Speicherfrist gelöscht, werden die Betroffenen bei der nächsten Eingabe erneut als „Erstauffällige" gezählt. Obwohl diese Mehrfacherfassungen leicht zu vermeiden wären, wird so eine überhöhte Anzahl an „Erstauffälligen Konsumenten harter Drogen" veröffentlicht und dem „Polizeilichen Hellfeld" zugerechnet.[25]

Falsch berechnetes Hellfeld

Bei dem fraglichen Schätzverfahren werden die letzten 10 Jahrgänge der im INPOL erfasste „Erstauffälligen Heroinkonsumenten" zum „Polizeilichen Hellfeld" der Konsumenten addiert, da man bezüglich Heroin eine durchschnittlich 10-jährige Konsumdauer ermittelt hat. Fälschlich wird vorausgesetzt, dass Konsumenten von Anfang an „polizeibekannt" seien. Doch Konsumenten werden durchschnittlich erst in der Mitte ihrer Drogenkarriere polizeiauffällig und waren zuvor 5 Jahre „polizeiunbekannt". Deshalb dürften nur 5 Jahrgänge der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten" zum „Polizeilichen Hellfeld" addiert werden. Abgesehen von den übrigen Verfälschungen ist das „Hellfeld" nur etwa halb so groß ist, wie vom BKA berechnet.[26]

**Forcierte Strafverfolgung**

Von 1985 – 91 ließ sich eine einmalige Entwicklung beobachten: Die Anzahl der Tatverdächtigen bei den „Konsumentendelikten mit Heroin"[27] und die Zahl der sogenannten „Erstkonsu-

---

[22] Siehe Abschnitt 3.3.

[23] Siehe Abschnitt 4.6.

[24] Siehe Abschnitt 3.1 bis 3.3.

[25] Siehe Abschnitt 3.6.

[26] Siehe Abschnitt 5.1.

[27] Es handelt sich um „allg. Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz", die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von Rauschgiften betreffen. Hier werden zahlenmäßig die meisten Tatverdächtigen ermittelt.

menten von Heroin“ legten auf etwa das 4-Fache zu, die Zahl der Drogentodesfälle gar auf das 6,5-Fache.[28] Das erzeugte die Illusion einer zunehmenden Konsumentenzahl. Tatsächlich wurde jedoch lediglich die Strafverfolgung forciert, was eindeutig nachzuweisen ist.

Nachweis 1

Es ist auszuschließen, dass eine Verlängerung der Konsumdauer zu einer Verdopplung oder Verdreifachung der Konsumentenzahl geführt haben könnte, denn die Konsumdauer hätte sich dann gleichfalls verdoppeln oder verdreifachen müssen, was in 6 Jahren gar nicht möglich ist. Zudem begründen das BKA und das IFT im Jahr 1997 die durchschnittlich 10-jährige Konsumdauer bei Heroin mit Untersuchungen von 1979 – 90. Folglich gab es keinen Hinweis auf eine nennenswerte Verlängerung des durchschnittlichen Konsums.[29]

Eine derart dynamische Progression wäre allenfalls durch einen massenhaften Zustrom von Konsumanfängern möglich gewesen. Dieser wäre zuerst bei den jüngeren Altersstufen festzustellen gewesen, da Konsumanfänger vorwiegend hier vertreten sind. Erst nach mehreren Jahren hätte sich ein solcher Anstieg auch bei den älteren Jahrgängen bemerkbar gemacht. Doch es verhält sich gerade umgekehrt: Von Anfang an fällt die Zunahme bei den älteren Jahrgängen deutlicher aus als bei den jüngeren. Das gilt für Tatverdächtige bei den „Konsumentendelikten mit Heroin“, für „Erstkonsumenten von Heroin“ und für Drogentote.[30]

Einen solchen Effekt kann nur eine Forcierung der Strafverfolgung erzielen, von der von Beginn an alle Altersstufen betroffen sind. Deshalb erklärt nur eine forcierte Strafverfolgung die fragliche Entwicklung. Es ist dagegen auszuschließen, dass die Anzahl der Heroinkonsumenten zugenommen hat. Die Analyse aller drei Fallgruppen führt zum selben Ergebnis. Aus diesem Umstand resultiert eine sehr hohe Beweiskraft.

Dass in der fraglichen Zeitspanne – entgegen dem sonst üblichen Trend – alle Altersstufen gleichermaßen in den Konsum gedrängt sind, ist nicht möglich, denn eine großangelegten Studie von Heckmann et al. aus dem Jahr 1993 ermittelte bei Personen, die den Heroinkonsum vorwiegend in den 1980er-Jahren begonnen hatten, ein durchschnittliches Einstiegsalter von 22 Jahren.[31] Das bisherige Ergebnis wird somit bestätigt.

Nachweis 2

Hätte die Zahl der Heroinkonsumenten tatsächlich in so kurzer Zeit um ein Mehrfaches zugenommen, wären wohl mehr als 10 Jahre intensiver Ermittlungstätigkeit erforderlich gewesen, um den vorherigen Grad der polizeilichen Erfassung bei den Konsumenten und damit auch bei den Drogentodesfällen wiederzuerlangen – schließlich sind Konsumanfänger zunächst „polizeiunbekannt“. Deshalb hätte der Anstieg der Drogentodesfälle gerade in den ersten Jahren fast ausschließlich beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ erfolgen müssen. Doch auch hier verhält es sich genau umgekehrt: Von 1985 – 87, also in nur 2 Jahren, verdoppelte sich die Zahl der Drogentodesfälle, bei denen die Verstorbenen „als Konsumenten harter Drogen erfasst“ waren, und die Zahl derjenigen, die „nicht erfasst“ waren, nahm ab.[32]

---

[28] Siehe Abschnitt 6.2.
[29] Siehe Abschnitt 6.1.
[30] Siehe Abschnitt 6.2.
[31] Siehe Abschnitt 6.2.1.
[32] Siehe Abschnitt 6.3.

Auch das ist nur möglich bei einer forcierten Strafverfolgung, denn nur dann sterben von Beginn an mehr „polizeibekannte“ Konsumenten und weniger „polizeiunbekannte“. Auch deshalb kann die Anzahl der Heroinkonsumenten nicht zugenommen haben.

Ab 1988 werden diese Angaben dann völlig unglaubwürdig. Offenbar wurde die Zählweise geändert, da man registriert hatte, wie verräterisch diese Daten waren.[33]

Nachweis 3

Bleibt die Anzahl der Drogenkonsumenten über Jahre konstant, ändert sich das Verhältnis von Neu- und Altkonsumenten kaum. Das dürfte sich in der Polizeilichen Kriminalstatistik bei den Drogendelikten mit Heroin in einem relativ konstanten Verhältnis der „erstmals Tatverdächtigen“ zu den „als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getretenen Personen“ niederschlagen.

Bei einer dramatischen Erhöhung der Konsumanfängerzahl wäre dagegen zu erwarten, dass sich das genannte Verhältnis zugunsten der „erstmals Tatverdächtigen“ deutlich verschiebt, da Konsumanfänger zunächst nur in geringem Maße als Tatverdächtige bereits ermittelt worden sind. Doch das ist nicht der Fall. Insgesamt ist bei den Drogendelikten mit Heroin der Anteil der „erstmals Tatverdächtigen“ von 1985 – 91 sogar rückläufig. Deshalb kann es nicht ungewöhnlich viele Konsumanfänger gegeben haben – eine Progression der Konsumentenzahl ist auszuschließen.[34]

Auch diese Daten haben eine sehr hohe Beweiskraft, wurden diese doch unabhängig von der BKA-Berichterstattung zu den Drogentodesfällen erhoben.

**Resümee**

Infolge der forcierten Strafverfolgung wurden 1991 etwa viermal mehr Tatverdächtige bei den „Konsumentendelikten mit Heroin“ und etwa viermal mehr „Erstkonsumenten von Heroin“ ermittelt als 1985 bei einer weitgehend stagnierenden Anzahl an Konsumenten. Diese polizeilichen und strafrechtlichen Maßnahmen verursachten offenbar den Anstieg der Drogentodesfälle auf das 6,5-Fache. Damit ist allerdings keine ***direkte*** Einwirkung der Polizei gemeint.

**Mehr als 23.000 Drogentodesfälle verursacht**

Wäre die jährliche Anzahl der Drogentodesfälle bei einer unveränderten Strafverfolgung auf dem Niveau von 1985 geblieben, hätte es von 1986 – 2010 etwa 8.100 Todesfälle geben müssen. Es wurden jedoch fast 28.000 Drogentodesfälle mehr registriert. Räumt man eine großzügige Toleranz von 60 % ein, da auch andere Umstände mehr Todesfälle verursacht haben könnten, kostete die Strategieänderung der Polizei bzw. die entsprechende Änderung der Drogenpolitik bis zum Jahr 2010 voraussichtlich mehr als 23.000 Menschen das Leben.[35]

Noch heute ist die deutsche Drogenpolitik von einem hohen Niveau der Strafverfolgung geprägt, die weiterhin Tausende Menschenleben fordert. Vor diesem Hintergrund bemüht man sich um eine Politik der Schadensbegrenzung, um die Todesrate zu senken.

---

[33] ebenda.

[34] Siehe Anschnitt 6.4

[35] Siehe Abschnitt 6.7.

**Spekulation statt Ursachenanalyse**

Warum die Zahl der Drogentodesfälle von 1985 – 91 auf das 6,5-Fache angestiegen ist, wurde nicht genauer untersucht. In entsprechenden Forschungsarbeiten wurde dieser Anstieg stattdessen kleingerechnet und es wurde lediglich spekuliert, dass für diesen Anstieg u. a. eine angebliche Verdoppelung der Konsumentenzahl die wesentliche Ursache gewesen sein könnte. Dieses Ergebnis bloßer Spekulation wird in der diesbezüglichen Wissenschaft bis heute als allgemeingültige Theorie anerkannt. Obwohl die hier vorgelegte Studie bereits mehreren Drogenexperten zugänglich gemacht worden ist, wurde bisher ohne Begründung eine Auseinandersetzung mit den hier vorgetragenen Thesen verweigert.[36]

[36] Siehe Abschnitt 7.

**Vorbemerkungen**

Von 2009 zum Folgejahr 2010 war bei den Drogentodesfällen ein Rückgang von 1.331 auf 1.237 zu verzeichnen. Bereits im Vorjahr bewegte sich der Rückgang in derselben Größenordnung. Das scheint eine positive Entwicklung zu signalisieren. Doch tatsächlich wären die meisten Drogentodesfälle zu vermeiden gewesen, denn deren weit überwiegender Anteil wurde durch Kriminalisierung und Strafverfolgung des Drogengebrauchs und nur ein kleiner Teil ausschließlich durch den Konsum von Drogen verursacht.

Diese Erkenntnis ist das Ergebnis umfangreicher Recherchen. Die Berichterstattung des Bundeskriminalamtes (BKA) zur Drogenkriminalität wurde jahrelang analysiert im Hinblick auf Unstimmigkeiten. So wurden immer weitere Methoden nachgewiesen, mit denen das BKA seit Jahrzehnten systematisch falsch über Drogentodesfälle berichtet, um diese möglichst unauffällig erscheinen zu lassen. Dies beinhaltet folgende Aspekte:

- Für Heroinkonsumenten liegt die Sterbewahrscheinlichkeit etwa 60-mal höher, wenn sie der Polizei bekannt geworden sind. Das BKA gibt dagegen vor, dass polizeibekannte und -unbekannte Konsumenten mit derselben Wahrscheinlichkeit sterben würden. Mehrere Schätzverfahren basieren auf dieser falschen Annahme.

- Das BKA hat aufwendig verschleiert, dass eine ab 1985 forcierte Strafverfolgung von Heroinkonsumenten – als Reaktion auf die Ausbreitung von AIDS – bislang mehr als 23.000 Todesfälle verursacht hat.

Die wesentlichen Inhalte: Nach Angaben des BKA waren in den letzten Jahren jeweils etwa 40 % der verstorbenen Drogenkonsumenten zuvor polizeibekannt, was unauffällig erscheint. Doch diese Prozentsätze basieren auf falschen Zuordnungen. Wenn man diese korrigiert, belaufen sich die Quoten auf etwa 89 – 94 %. Das wird in den Abschnitten 1, 2 und 4 nachgewiesen.

Dieses Analyseergebnis wird in Abschnitt 4.6 anhand einer Untersuchung von Kraus et al. bestätigt. Daten aus Bayern belegen, dass entgegen anderslautender Darstellungen des BKA fast nur polizeibekannte Drogenkonsumenten sterben.

Auch über die Anzahl der polizeibekannten Konsumenten wird falsch berichtet. Nach Angaben des BKA sind etwa 40 % der Heroinkonsumenten dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzurechnen. Doch die Analyse von Abschnitt 3 und 5 ergibt, dass diese Quote nur etwa 11 – 20 % beträgt.

Insgesamt gibt es ein ausgeklügeltes System aufeinander abgestimmter Verfahren. Wenn man die einzelnen Elemente richtigstellt und das Puzzle neu zusammensetzt, lautet nach jetzigem Kenntnisstand das Ergebnis: Für Heroinkonsumenten liegt die Sterbewahrscheinlichkeit etwa 60-mal höher, wenn sie der Polizei bekannt geworden sind.

Von 1985 – 91 stieg in Deutschland die Zahl der Drogentoten von 324 auf 2.125. Dieser Anstieg schien durch eine Zunahme der Konsumentenzahl verursacht zu sein; denn zeitgleich nahmen auch die Anzahl der Tatverdächtigen bei Drogendelikten und die Zahl der sogenannten „Erstkonsumenten harter Drogen“ (EKhD) rapide zu. In Abschnitt 6 wird jedoch nachgewiesen, dass fast nur eine verschärfte Strafverfolgung zu Tausenden zusätzlichen Drogentodesfällen geführt hat.

Damit ist allerdings nicht gemeint, dass eine ***direkte*** Einwirkung der Polizei die Ursache für diesen Anstieg der Todesfallzahlen gewesen ist, sondern eine mit höherem Personalaufwand zunehmend systematisch betriebene Strafverfolgung der Konsumenten – als Reaktion auf die Ausbreitung von AIDS.

U. a. stellt das BKA die Realität falsch dar mittels einer einfachen, aber wirksamen Methode: Manche Begriffe sind missverständlich, manche haben eine vom allgemeinen Sprachgebrauch abweichende Bedeutung und manche nehmen sogar die entgegengesetzte Bedeutung wie sonst üblich an. Aus diesem Umstand resultiert eine besondere Herausforderung, denn es ist nicht möglich, von Beginn an endgültige Definitionen zu geben. Die folgenden Untersuchungsergebnisse würden dann bereits vorweggenommen. Manche Bedeutungen ändern sich bei fortschreitender Analyse bzw. es ergeben sich zusätzliche Aspekte. Um dennoch eine Orientierung zu geben, werden die Schlüsselbegriffe am jeweiligen Ende eines Abschnitts noch einmal nach dem derzeitigen Analysestand erklärt. – Abschnitt 1.6 beinhaltet auch eine Definition des Drogentodesfalls. In Tabelle 9 sind diese Fälle von 1985 – 2010 aufgelistet.

Eine besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Begriffe „Konsument harter Drogen“, „Erstkonsument harter Drogen“ und „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“. Die Erfassung und Auswertung der entsprechenden Fallgruppen auf den verschiedenen Ebenen – von örtlichen Polizeidienststellen über Landeskriminalämter bis hin zum BKA – wird in Abschnitt 1.2 untersucht.

Im Mittelpunkt dieser Analyse stehen die Verhältnisse bei den Heroinkonsumenten, gibt es doch beim weit überwiegenden Anteil der Drogentodesfälle einen Zusammenhang mit Heroin. Allerdings werden auch die übrigen Fälle einbezogen, da keine exakte Abgrenzung möglich ist.

Zur Methode: Die relevanten Daten sind für Außenstehende nicht zugänglich und das BKA informiert über diese falsch. Deshalb bleibt nur die Möglichkeit, Unstimmigkeiten in der Berichterstattung nachzuweisen und zu versuchen, möglichst angemessen auf die tatsächlichen Verhältnisse zu schließen. Diese Methode wird hier angewandt, um auf die Notwendigkeit einer unabhängigen Untersuchung hinzuweisen. Eine solche hat es bisher nicht gegeben. Trotz diverser Studien sind die aufgezeigten Zusammenhänge bisher nicht hinterfragt worden. Stattdessen hat die deutsche Suchtforschung, die sich mit dem Konsum von Heroin befasst, die falschen Darstellungen und falschen Daten des BKA übernommen und verbreitet. Zur Rolle wissenschaftlicher Forschung in dieser Angelegenheit informiert vor allem auch Abschnitt 7.

# 1 Falsche „Detailauswertung“ und falsche „Echtzählung“

## 1.1 Unglaubwürdige Berichterstattung

Seit 2005 veröffentlicht das BKA statt der „Bundeslagebilder Rauschgift“ nur noch wenige Seiten lange Kurzberichte. Darin werden Drogentote kaum noch erwähnt. Allerdings bietet das BKA auf seiner Website noch detaillierte Angaben in einem umfangreichen Tabellenanhang an, u. a. die Tabelle bzw. Zeitreihe 5.2 „Rauschgifttote nach Geschlecht und Altersstruktur“.[1] Diese beinhaltet die Kategorie „Als EKhD erfasst“. Nur, ist das auch dasselbe wie „polizeibekannt“? EKhD ist die Abkürzung für „Erstauffällige Konsumenten harter Drogen“. Die letzte ausführlichere Erklärung im „Bundeslagebild Rauschgift 2004“ lautet:

> „EKhD sind solche Personen, die im Berichtsjahr erstmals von den Strafverfolgungsbehörden in Verbindung mit dem Missbrauch so genannter harter Drogen ... bekannt wurden ... Der Ausdruck ‚erstauffällig‘ ist also nicht zu verwechseln mit Erstkonsum, denn Erstauffällige können bereits mehrere Jahre unerkannt konsumieren.“[2]

Unter der genannten Kategorie ist in den meisten Jahren eine Quote von etwa 40 % angegeben. Sind also 40 % der Verstorbenen erst im selben Jahr der Polizei bekannt geworden? Das ist nicht gemeint, sondern, dass diese zuvor schon als EKhD registriert worden sind. Es ist allerdings verwirrend, dass alle Registrierten als „Erstauffällige“ bezeichnet werden.

„Als EKhD erfasst“ und „polizeibekannt“ scheinen dasselbe zu sein. Zu derselben Tabelle wird jedoch mitgeteilt:

> „Seit 1999 wird eine Echtzählung der EKhD-Einträge vorgenommen, d. h. EKhD-Einträge zeitgleich mit dem Sterbetag bleiben unberücksichtigt.“[3]

Danach wurden bis 1998 zu viele Todesfälle mit einem EKhD-Eintrag gezählt. Doch das kann nicht sein; denn der Rückgang zum Folgejahr 1999 beträgt nur 1 %. Von 1995 – 99 lauten die Quoten: 39 %, 40 %, 45 %, 40 % und 39 %. Entweder wurde also kaum falsch gezählt oder die Erklärung ist aus einem anderen Grund falsch. Für letzteres spricht diese Fußnote im „Rauschgiftjahresbericht 1997“ (RJB), Vorläufer des „Bundeslagebildes Rauschgift“:

> „Die EKhD-Erfassung schließt seit 1996 die erst am Sterbetag erkannten RG-Toten aus.“[4]

Folglich wurde die „Echtzählung“ schon 1996 eingeführt. Doch von 1995 – 96 stieg die Quote sogar um 1 %. Was wurde also korrigiert?

Die Vorgeschichte: Von 1991 – 95 war der Anteil der Verstorbenen mit einem EKhD-Eintrag noch viel höher und betrug: 66 %, 71 %, 72 %, 70 % und 68 %.[5] Im RJB 1992 wird erstmals erklärt, dass diese Daten angeblich falsch seien:

---

[1] Siehe: http://www.bka.de, Pfad: Publikationen/Jahresberichte und Lagebilder/Rauschgiftkriminalität. In Tabelle 9 der hier vorgelegten Analyse sind die Drogentodesfälle von 1985 – 2010 aufgelistet und eine Definition des Rauschgifttodesfalls findet sich in Abschnitt 1.6.

[2] BKA (2005 b), S. 19.

[3] BKA (2005 b), S. 88.

[4] BKA (1998 b), Tab. 30. RG-Tote = Rauschgifttote.

[5] BKA (1996 b), Tab. 29.

> „Von den 2.060 ausgewerteten Rauschgifttodesfällen waren **1.470 (71,4 %) als Erstkonsumenten harter Drogen (EKhD)** erfaßt. Bei 655 Rauschgifttoten liegt der EKhD-Eintrag im Todesjahr 1992, bei 546 von diesen fällt die Erfassung sogar mit dem Todestag zusammen. Demzufolge waren 1992 lediglich 109 Rauschgifttote **tatsächlich** zuvor polizeibekannt. Zusammen mit den bereits in den Vorjahren erfaßten EKhD verstarben 1992 **924 polizeibekannte Personen** an den Folgen ihres Rauschgiftkonsums.“[6]

Von 1.470 „zunächst als EKhD Erfassten“ werden 546 angeblich „erst am Todestag Erfasste“ abgezogen. So ergeben sich 924 „polizeibekannte Personen“ und eine Quote von 45 %. In der Tabelle zu den Todesfällen sind aber 71 % eingetragen unter „Als Konsument harter Drogen erfasst“ (KhD). – So lautete die Kategorie bis 1994, die dann durch „Als EKhD erfasst“ ersetzt wurde. – Waren die angeblich „erst am Todestag Erfassten“ also doch schon vorher bekannt? Diese Daten werden seit 1975 veröffentlicht. Stets wurde vermittelt, die Verstorbenen seien vorher bekannt gewesen. Ansonsten wären diese Angaben irrelevant. Sie wären dann auch falsch; denn nach oder mit dem Tod wurden alle bekannt.

Es geht um nicht natürliche Todesfälle und zu mehr als jedem vierten Fall waren die Angaben angeblich falsch. Zunächst lässt das auf eine skandalöse Inkompetenz der Ermittlungsbeamten schließen. Im RJB 1993 führt das BKA dann ein eigenes Schätzverfahren ein und erklärt:

> „1992 wurden 2.099 Rauschgifttote registriert. In 71,4 % aller Fälle lag ein EKhD-Eintrag vor. Erst durch Detailauswertung – diese wird erst seit 1992 durchgeführt – konnte festgestellt werden, daß tatsächlich in lediglich 44,85 % aller Fälle die Betroffenen bei der Polizei bereits vorher als Konsumenten harter Drogen bekannt waren; d. h. in 26,55 % dieser Fälle erfolgte der EKhD-Eintrag nachweislich erst im Zusammenhang mit den Todesursachenermittlungen ...“[7]

Kann man glauben, dass die im Umgang mit Definitionen und Dienstanweisungen geübten Polizeibeamten vor Ort jahrzehntelang einen derart simplen Sachverhalt falsch beurteilt haben? Ob die Verstorbenen dort schon vor dem Tod bekannt waren oder erst seitdem? Wer die „Detailauswertung“ vornimmt und nach welchen Kriterien, erfährt man nicht.

Der Begriff „Detailauswertung“ vermittelt wie „Echtzählung“ den Eindruck, dass die Erfassung fortan mit gewissenhafter Genauigkeit erfolgt sein muss. Wie ist es dann aber zu erklären, dass die Quoten noch drei Jahre etwa 70 % betragen und auch in der genannten Tabelle eingetragen sind, so dass sie auf 52,2 %, 41,6 % und 39,0 % korrigiert werden müssen?[8] Sind die Ermittlungsbeamten gegen jede Belehrung resistent? – Ab 1996 werden nur noch die geringen Daten veröffentlicht und im RJB 1998 werden in der genannten Tabelle/Zeitreihe die hohen Daten von 1992 – 95 rückwirkend durch die niedrigen ersetzt, und das ohne eine Erklärung. – Schließlich erhält man mit dem RJB 1996 weitere Informationen:

> „Lediglich 680 (39,7 %) der 1996 wegen ihres Rauschgiftkonsums verstorbenen Personen waren vor dem Todeszeitpunkt als Erstauffällige Konsumenten harter Drogen im Polizeilichen Informationssystem (INPOL) registriert. Somit waren insgesamt 1.032 Personen (60,3 %) als Rauschgiftkonsumenten zuvor nicht bekannt.“[9]

---

[6] BKA (1993 b), S. 119. Hervorhebung: BKA.

[7] BKA (1994 b), S. 122.

[8] Siehe BKA (1994 b), S. 124 u. Tab. 26; BKA (1995 b), S. 155 f u. Tab. 26; BKA (1996 b), S. 69 u. Tab. 28.

[9] BKA (1997 b), S. 76.

Die geringen 39,7 % erklären sich aus der Definition, zu der man sich nach Jahren bekennt: „als EKhD im Polizeilichen Informationssystem registriert“. Die widersprüchlichen Quoten haben also unterschiedliche Bezüge: die Akten der örtlichen Dienststellen und das INPOL. Die Datenerfassung im INPOL wird in Abschnitt 1.2 näher erläutert.

Ab dem RJB 1996 fehlt jeder Hinweis zur „Detailauswertung“, obwohl der niedrige Prozentsatz nur durch diese zustande gekommen sein kann; denn wenn noch für das Jahr 2004 mitgeteilt wird, dass bei der Auswertung der Todesfälle „EKhD-Einträge zeitgleich mit dem Sterbetag unberücksichtigt bleiben“,[10] werden diese weiterhin vorgenommen. Die örtlichen Behörden haben dann angeblich seit Beginn der „Detailauswertung“ in 13 Jahren nicht gelernt, diesen Sachverhalt korrekt anzugeben. Zur Speicherung im INPOL erklärte das BKA ferner:

> „Aufgrund der vorgeschriebenen Löschungsfristen / zulässigen Speicherungsdauer ist eine Mehrfachzählung von ‘Erstkonsumenten’ im Zeitraum von 10 Jahren möglich.“[11]

Das ist der entscheidende Hinweis, um die Berichterstattung zu durchschauen: Bei einem Drogentod prüfen die Kriminalbeamten anhand der Akten vor Ort, ob der Verstorbene schon „als KhD erfasst“ war. Ein positives Ergebnis wird ins INPOL eingegeben. Wurde ein vorheriger EKhD-Eintrag im INPOL infolge der „vorgeschriebenen Löschungsfristen / zulässigen Speicherungsdauer“ gelöscht, wird der Verstorbene erneut als „Erstkonsument“ bzw. „Erstauffälliger“ registriert. Doch das BKA ordnet diesen Todesfall mittels „Detailauswertung“ den „Polizeiunbekannten“ zu, da der Verstorbene aktuell nicht im INPOL registriert war und angeblich „erst am Sterbetag / mit den Todesursachenermittlungen“ bekannt geworden ist.

In vielen Fällen waren sicher auch aktuelle polizeiliche Ermittlungen noch nicht abgeschlossen, so dass eine bereits vorgenommene KhD-Einstufung noch nicht zu einem EKhD-Eintrag im INPOL geführt hat. Doch auch diese Verstorbenen waren natürlich „polizeibekannt“.

## 1.2 Datenerfassung im INPOL

„Das polizeiliche Informationssystem INPOL ist ein Verbundsystem von Bund und Ländern.“[12] Hier werden u. a. Angaben zu allen Delikten und Tatverdächtigen gespeichert, welche die örtlichen Dienststellen ermittelt haben, und zwar getrennt nach Fall- und Personaldaten. Es gibt Dateien entsprechend der Einteilung der Kriminalität. Die Daten zur Rauschgiftkriminalität werden in der Falldatei Rauschgift (FDR) erfasst. Obwohl die FDR auf die Erfassung von Straftaten ausgerichtet ist, werden Drogentodesfälle in derselben Datenbank registriert.[13]

Das INPOL erfüllt eine wichtige Funktion bei der Strafverfolgung. König und Kreuzer fassen diese so zusammen:

> „Bestandteil des Systems INPOL-Bund sind verschiedene Dateien ... Die Falldateien verfolgen den Zweck des Kriminalpolizeilichen Meldedienstes, nicht aufgeklärte Straftaten einem bekannten Straftäter zuzuordnen. Innerhalb der Falldatei werden nicht aufgeklärte Straftaten nach ihrer Art, Tatzeit, Tatmittel und weiteren Kriterien registriert. Daten über

---

[10] Siehe oben, S. 2.

[11] BKA (1994 b), S. 122.

[12] Voß/Roschke/Tretkowski (2002), S. 5. Eine Einführung zur Geschichte und Funktion des INPOL.

[13] König/Kreuzer (1998), S. 281.

> Rauschgifttodesfälle werden in der Falldatei Rauschgift (FDR) und im Datenbereich Personen gespeichert.“[14]

Hier wird auch deutlich, warum Drogentodesfälle gespeichert werden: um den Verstorbenen noch nachträglich Straftaten zuordnen zu können. Deren Auswertung für statistische Zwecke ist nur ein Nebenprodukt.

Es ist leicht zu recherchieren, wer unter welchen Voraussetzungen und auf welche Weise eine Auskunft über die gespeicherten Daten erhält. Nur unvollständig erfährt man dagegen, wie die Daten erfasst werden. Teilweise gibt es hierzu missverständliche und sogar falsche Angaben. Nur durch eine genaue Analyse kann man nachweisen, dass gerade entscheidende Aspekte so dargestellt sind, dass die tatsächlichen Verhältnisse verschleiert werden.

### 1.2.1 Konsumenten harter Drogen und Erstkonsumenten harter Drogen

Wie bereits mitgeteilt hat das BKA ein Schätzverfahren für Polizeidaten eingeführt. Das geschah im RJB 1993 und in der „Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland“ des Instituts für Therapieforschung (IFT).[15] An deren Verfassung war das BKA maßgeblich mit vier Mitarbeitern beteiligt. Zu diesem Schätzverfahren erklärt das IFT – und/oder das BKA – in einer einleitenden Kurzbeschreibung:

> „Die Polizeidienststellen in der Bundesrepublik Deutschland registrieren die im Zusammenhang mit Rauschgiftstraftaten festgestellten Tatverdächtigen, bei denen Anzeichen oder Aussagen den Gebrauch harter Drogen ... belegen, gesondert als sog. Erstkonsumenten harter Drogen. Ebenfalls werden alle in einem Jahr gemeldeten Rauschgifttoten erfaßt.“[16]

Danach registrieren „Polizeidienststellen ... Tatverdächtige bei Rauschgiftstraftaten“ als „EKhD“. Man kann das eigentlich nur so verstehen, dass mit „Polizeidienststellen“ die Dienststellen gemeint sind, die vor Ort die Ermittlungen in Rauschgiftsachen durchführen, und dass diese Dienststellen „Tatverdächtige ... gesondert als sog. Erstkonsumenten harter Drogen“ registrieren – seit 1994 als „Erstauffällige Konsumenten ...“ –. Es lässt sich jedoch nachweisen, dass das nicht stimmt. In der ausführlicheren Beschreibung wird derselbe Vorgang bereits etwas anders dargestellt:

> „Der kriminalpolizeiliche Sachbearbeiter entscheidet je nach Sachverhalt, ob ein in Verbindung mit Rauschgiftdelikten erkannter Verdächtiger auch als Konsument harter Drogen erfaßt wird; d. h., es müssen Anzeichen oder Aussagen den Gebrauch harter Drogen belegen.“[17]

Hier entscheidet der „Sachbearbeiter“, ob ein „Verdächtiger“ als „KhD“ erfasst wird, aber nicht als „EKhD“. Der Zusammenhang lässt darauf schließen, dass der „kriminalpolizeiliche Sachbearbeiter“ in den „Polizeidienststellen vor Ort“ gemeint ist. Das ist jedoch falsch, wie sich herausstellen wird.

---

[14] König/Kreuzer (1998), S 99 f.
[15] IFT (1993).
[16] IFT (1993), S 5.
[17] IFT (1993), S 6.

Bei mehreren Zitaten in Abschnitt 1.1 wurde deutlich, dass die Betroffenen im INPOL als „EKhD“ bezeichnet werden. Nur, nehmen die örtlichen Dienststellen diese Registrierung vor? Und wenn, dann als „KhD“ oder als „EKhD“? Das IFT fährt in seiner Erklärung unmittelbar fort:

> „Die Erfassung als Erstkonsument harter Drogen erfolgt über einen Eintrag im Datenfeld 'ZKK' (kriminologische Kurzbeschreibung) der Datengruppe 'zusätzliche Personeninformation'. Dieser Eintrag berücksichtigt das Feststellungsjahr und die in Verbindung mit dem Konsum festgestellte Rauschgiftart.“[18]

Hier wird wieder als „EKhD“ erfasst. Den „Eintrag im Datenfeld ZKK“ kann eigentlich nur derselbe Sachbearbeiter der örtlichen Dienststellen vornehmen, der im vorherigen Absatz als „KhD“ erfasst hat. Nur, es wird gar nicht erklärt, wo sich dieses Datenfeld befindet. Ist es ein Formular, eine Akte, eine Kartei, eine Computerdatei oder noch etwas anderes?

Zudem ist nicht klar, was mit „Feststellungsjahr“ gemeint ist. Es könnte das Jahr sein, in dem der Eintrag vorgenommen wird, z. B. nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen. Es könnte auch das Jahr sein, in dem diese Feststellung getroffen wurde, also schon während der Ermittlungen, die manchmal monate- oder gar jahrelang andauern. Es wird sich aber zeigen, dass beides nicht zutrifft, jedenfalls nicht bezüglich der Sachbearbeiter vor Ort.

Die Angaben des IFT – und/oder des BKA – scheinen präzise zu sein. Es wird aber nur soviel mitgeteilt, wie unbedingt notwendig ist, damit dieser Eindruck entsteht; denn tatsächlich sind die wesentlichen Umstände unklar. Für das Verständnis der „Detailauswertung“ ist es aber wichtig, die offenen Fragen abzuklären. Deshalb wird diesen weiter nachgegangen, wenn im Folgenden weitere Hintergrundinformationen zur Registrierung im INPOL gegeben werden. Erste Anhaltspunkte erhält man, wenn man die Meldewege nachvollzieht.

### 1.2.2 Meldewege

Bisher wurde kein Text gefunden, der über das Meldeverfahren und die Registrierung von Drogendelikten, Tatverdächtigen und insbesondere der „zusätzlichen Personeninformationen“ detailliert Auskunft gibt.[19] Auch ist die Polizeidienstvorschrift 386, „Informationsaustausch bei Rauschgiftdelikten“ (PDV 386), nicht veröffentlicht und für Außenstehende nur teilweise als Zitat oder Auszug zugänglich.

König und Kreuzer geben aber wichtige Hinweise in ihrer aufwendigen Studie „Rauschgifttodesfälle, kriminologische Untersuchung polizeilicher Mortalitätsstatistiken“ von 1998, einer Forschungsarbeit im Auftrag des BKA. Allerdings geht es dabei um die Registrierung der Drogentodesfälle und nicht der Delikte und Tatverdächtigen. Die Verfahren dürften aber weitgehend identisch sein.

In der Regel melden die örtlichen Dienststellen ihre Ermittlungsergebnisse an die Landeskriminalämter (LKÄ) und diese geben die Daten ins INPOL ein. Es gibt aber Ausnahmen. Die Falldaten werden nur durch die LKÄ eingegeben. Bei den Personaldaten ist die Situation uneinheitlich. In den drei Stadtstaaten und im Saarland tragen nur die LKÄ diese Daten ein, in

---

[18] IFT (1993), S. 6.

[19] In der Polizeilichen Kriminalstatistik werden die „zusätzlichen Personeninformationen“ als „(sonstige) Angaben zum Tatverdächtigen“ bezeichnet. Die Kategorie, die hier von Interesse ist, lautet: „Als KhD erfasst“.

Rheinland-Pfalz nur die örtlichen Dienststellen und in den 11 übrigen Bundesländern teils die LKÄ und teils die örtlichen Dienststellen.[20]

Folgender Hinweis ist von besonderem Interesse: In den letztgenannten 11 Ländern ändern oder ergänzen die örtlichen Dienststellen bestehende Datenbestände, während die LKÄ die

> „... ‘Ersterfassung‘ (bislang nicht als Betäubungsmittelkonsument in Erscheinung getretener Personen) vornehmen.“[21]

Der in Klammern gesetzte Zusatz bedeutet, dass bei Drogentodesfällen in allen Ländern außer Rheinland-Pfalz nur die LKÄ die EKhD-Einträge im INPOL vornehmen. Das kann bei einer „Ersterfassung“ geschehen oder wenn Einträge der Betroffenen infolge der 2-jährigen Speicherfrist gelöscht worden sind oder wenn die Betroffenen bis dahin nur als Tatverdächtige registriert waren. Die örtlichen Dienststellen tragen also den Hinweis „KhD“ oder „EKhD“ auch im letztgenannten Fall nicht selbst im INPOL ein. Sie nehmen nur Ergänzungen vor, wenn die Betroffenen dort schon als KhD oder EKhD registriert sind.

Hierbei dürfte es sich um das allgemein übliche Verfahren handeln. Deshalb kann man davon ausgehen, dass das für alle EKhD-Einträge gilt, also nicht nur für diejenigen bei Drogentodesfällen.

Allerdings werden die LKÄ bei Drogentodesfällen und bei gravierenden Delikten nicht erst nach Abschluss der Ermittlungen informiert, sondern umgehend. Gemäß der Polizeidienstvorschrift 386 – ein Auszug ist bei König und Kreuzer abgedruckt – sollen die LKÄ per „Rauschgift-Sofortmeldung“ unterrichtet werden über „illeg. Handel und Schmuggel“, „illeg. Einfuhr von BtM“, „illeg. Herstellung von BtM“, über Drogentodesfälle, über verschiedene Delikte der Beschaffungs- und Folgekriminalität usw.[22]

Bei der häufigsten Deliktart, den „allg. Verstößen gegen das BtMG“, soll die „Rauschgift-Sofortmeldung“ dagegen nicht zum Einsatz kommen. Diesbezüglich werden die Meldungen und Registrierungen im INPOL folglich erst nach Abschluss der Ermittlungen vorgenommen.[23]

In einigen Ländern werden die Angaben der „Rauschgift-Sofortmeldung“ umgehend ins INPOL eingegeben und ggf. ergänzt oder korrigiert, wenn weitere Ermittlungsergebnisse gemeldet wurden, in anderen dagegen erst, wenn die Ermittlungen beendet sind.[24]

Es ist zwar naheliegend, dass die örtlichen Dienststellen die LKÄ über einfache Delikte bzw. „allg. Verstöße“ in der Regel erst informieren, wenn ihre Ermittlungen zum Abschluss gekommen sind; denn vorherige Meldungen und ggf. anschließende Korrekturen wären angesichts deren Vielzahl wohl unverhältnismäßig aufwendig. Es wurde (bisher) aber keine Quelle gefunden, die das eindeutig bestätigt.

Immerhin teilte das Hessische Landeskriminalamt (LKA) mit, dass die Datenerfassung mittels des Informationssystems HEPOLIS „für den Fallbereich und die PKS in einem Arbeitsgang ...

---

[20] König/Kreuzer (1998), S. 128, Übersicht 12.

[21] König/Kreuzer (1998), S. 133.

[22] König/Kreuzer (1998), Anhang.

[23] Weitere Angaben zur Erfassung von Drogentodesfällen siehe König/Kreuzer (1998), S 97 ff. u. 271 ff.

[24] König/Kreuzer (1998), S.272 ff.

erfolgt.“[25] Damit ist gemeint: für den Fallbereich im INPOL,[26] also die Falldatei. Und die Registrierung in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) kann nur nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen erfolgen, wenn gesicherte Erkenntnisse vorliegen. Alles andere wäre nicht nachzuvollziehen.

Es bleibt festzuhalten: Die Registrierung der EKhD im INPOL ist die letzte Etappe eines Vorgangs, der auf mehreren Ebenen erfolgt. Zunächst stufen die Ermittler der örtlichen Dienststellen Tatverdächtige als „KhD“ oder „EKhD“ ein und informieren die LKÄ. Dort erfolgt in der Regel die Dateneingabe ins INPOL.

Die Sachbearbeiter der LKÄ erledigen diesen Vorgang aber nicht rein formal, sondern im Gegenteil: Sie üben eine Kontrolle aus. Sie bewerten die gemeldeten Informationen, nehmen ggf. Rücksprache bei unklaren oder missverständlichen Angaben. Sie fordern Begründungen und Belege und veranlassen u. U. weitere Untersuchungen usw.[27]

Nur ist weiterhin unklar, ob die örtlichen Dienststellen als „KhD“ oder „EKhD“ einstufen. Diesbezüglich gibt es einen wichtigen Hinweis: Nach Abschluss der Ermittlungen werden die Ergebnisse nicht nur im INPOL registriert, sondern auch in der PKS. Dort lautet die Kategorie bei den „(sonstigen) Angaben zum Tatverdächtigen“: „Als KhD erfasst“ und nicht „Als EKhD erfasst“. Dort gibt es also KhD-Einträge und keine EKhD-Einträge.

Dieser Widerspruch klärt sich weitgehend auf, wenn man sich näher mit dem dubiosen Vorgang der „Mehrfacherfassung der Erstauffälligen“ befasst.

### 1.2.3 Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“, Teil 1

Seit Einführung des Schätzverfahrens für Polizeidaten im RJB 1993 weist das BKA wiederholt darauf hin, dass im INPOL eine Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“ möglich ist. Man erfährt aber nicht die Länge der Speicherfrist. Erst im RJB 2000 teilt das BKA erstmals mit:

> „Ferner ist zu berücksichtigen, dass wegen der kurzen Speicherfrist (Löschung nach 2 Jahren) Personen erneut als Erstauffällige registriert werden, die schon vor Jahren der Polizei als Konsumenten harter Drogen bekannt geworden sind. Eine Verlängerung der Speicherfristen wird angestrebt.“[28]

In dieser Erklärung sind beide Kategorien enthalten: „KhD“ und „EKhD“. Danach werden die Betroffenen der Polizei „als KhD bekannt“ bzw. von den örtlichen Dienststellen „als KhD eingestuft“ und dann im INPOL „als EKhD registriert“ oder erneut „als EKhD registriert“ wegen der 2-jährigen Speicherfrist. Allerdings gibt es zu dieser Frist auch andere Angaben, wie in Abschnitt 3.6 gezeigt wird.

Bemerkenswerterweise führen auch die örtlichen Dienststellen eigene Karteien. Das teilen König und Kreuzer nebenbei mit, während es eigentlich um das Meldeverfahren bei Drogentodesfällen geht:

---

[25] Hessisches LKA (1985), S. 2. HEPOLIS = Hessisches Polizeiliches Informationssystem = INPOL-Hessen.
[26] König/Kreuzer (1998), S. 133.
[27] Vgl. König/Kreuzer (1998), S. 255 ff.
[28] BKA (2001 b), S. 53.

> „Beamte einer großstädtischen Dienststelle berichteten, sämtliche Sterbefälle derjenigen Personen zu melden, die in der aktuellen Kartei der Polizeidienststelle als Konsumenten harter Drogen ausgewiesen werden ... Eine Löschung aus der Kartei erfolgt nach drei Jahren.“[29]

Offenbar führen also die örtlichen Dienststellen eigene Karteien zu den „KhD“, aber nicht zu den „EKhD“. Hier beträgt die Löschungsfrist drei Jahre und nicht zwei wie im INPOL, wie das BKA wiederholt mitteilt.[30] Auch generell verwenden König und Kreuzer im Zusammenhang mit den örtlichen Dienststellen nur den Begriff „KhD“, aber nicht „EKhD“, bzw. „Konsument von Drogen“, aber nicht „Erstkonsument von Drogen“, oder „Drogenkonsument“, aber nicht „Erstkonsument“.[31]

In Hamburg existiert ebenfalls eine solche Datei. Diese dient als Basis zur Ermittlung der Sterblichkeit von „Konsumenten harter Drogen“.[32] Die fragliche Kategorie lautet also auch hier: „KhD“ und nicht „EKhD“.

Wenn die örtlichen Dienststellen einen Betroffenen aus ihrer Kartei der „KhD“ gelöscht haben, wäre es wohl in höchstem Maße irrational, diesen erneut als „Erstkonsumenten“ oder „Erstauffälligen“ zu zählen, da ja die Kriminalakten vor Ort, die nicht nach drei Jahren gelöscht werden, eine entsprechende Einstufung noch belegen, auch wenn diese abgelaufen ist. Deshalb ist wohl auszuschließen, dass das geschieht.

Nur im INPOL ist es möglich, dass „Erstkonsumenten“ oder „Erstauffällige“ als solche mehrfach registriert werden, wenn nach dem Löschen keine Angaben mehr vorliegen, die das verhindern – so jedenfalls die Begründung, wie noch gezeigt wird –. Eine Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“ ist also nur im INPOL möglich. Auch das spricht dafür, dass EKhD-Einträge nur im INPOL vorgenommen werden.

### 1.2.4 Örtliche Dienststellen oder Landeskriminalämter

Zur Datenerfassung gibt das IFT – und/oder das BKA – in der genannten Expertise diese zusätzlichen Erklärungen:

> „Über besondere Auswertungsprogramme werden von der Abteilung Datenverarbeitung ... in festgeschriebenen Intervallen Listenausdrucke gefertigt, anhand derer die Gesamtzahl der im Auswertungszeitraum erfassten ‚Erstverbraucher‘ nach Rauschgiftarten ermittelt wird ... Daten über Erstkonsumenten harter Drogen sind im Informationssystem der Polizei nur bedingt retrograd recherchierbar ... Zusammenfassende Informationen liegen allerdings in Form von Zeitreihen/Tabellen vor – u. a. nach Alter, Geschlecht, Rauschgiftarten unterteilt.“[33]

Diese Zeitreihen und Tabellen werden regelmäßig in den RJB und später in den „Lagebildern Rauschgift“ abgedruckt. Sie geben detailliert Auskunft darüber, wie viele „Erstkonsumenten“

---

[29] König/Kreuzer (1998), S. 222 f.
[30] Siehe BKA (2002 b), S. 53; BKA (2003 b), S. 55.
[31] Siehe beispielsweise König/Kreuzer (1998), S. 142, 144, 152 u. 162.
[32] Siehe IFT (1993), S. 16; Heckmann et al. (1993), S. 19, Tab. 1-2.
[33] IFT (1993), S. 6 f.

und seit 1994 „Erstauffällige Konsumenten“ in dem jeweiligen Berichtsjahr registriert worden sind.

In diesem Zitat wird die Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“ indirekt mit dem Fehlen von Informationen begründet; denn die Daten zu den Erstkonsumenten seien „nur bedingt retrograd recherchierbar“. Diese Ausdrucksweise soll offenbar die unantastbare fachliche Kompetenz der Autoren betonen. Doch in Abschnitt 3.6 wird gezeigt, dass solche Mehrfacherfassungen ohne nennenswerte Umstände zu vermeiden wären.

Bedeutsamer an diesem Zitat ist jedoch dieser Punkt: Die Daten zu den „EKhD“ werden also im INPOL erhoben von der Abteilung Datenverarbeitung. Damit kann nur die Datenverarbeitung des BKA und/oder der LKÄ gemeint sein. In der einleitenden Kurzbeschreibung heißt es aber: „Polizeidienststellen ... registrieren ... gesondert als sog. Erstkonsumenten harter Drogen“, was den Eindruck erweckt, die örtlichen Dienststellen würden die EKhD registrieren. Auch die anderen eingangs von Abschnitt 1.2.1 zitierten Textstellen erwecken diesen Eindruck.

Den entscheidenden Hinweis zum Verständnis liefert folgende Beschreibung von König und Kreuzer, welche fast wortgleich ist mit einer in Abschnitt 1.2.1 zitierten Erklärung des IFT:

> „Im Datenfeld 'Kriminologische Kurzbezeichnung' (Datenfeldkennzeichen ZKK) wird die erstmalige polizeiliche Auffälligkeit eines Betäubungsmittelkonsumenten durch Eintrag eines Kürzels, welches das Jahr und das Betäubungsmittel der primären Polizeiauffälligkeit angibt, festgehalten.“[34]

Entscheidend ist der Kontext, in dem diese Aussage gemacht wird. In dem fraglichen Abschnitt VII. „Registrierung von Rauschgifttodesfällen“ geht es um die Dateneingabe ins INPOL und insbesondere in die FDR, welche die Sachbearbeiter der LKÄ auf Grundlage der Meldungen der örtlichen Dienststellen vornehmen. Punkt für Punkt werden die verschiedenen Eintragungen behandelt, u. a. in Unterabschnitt 4. „Nutzung des Datenfeldes ZKK“, aus dem das hier angeführte Zitat stammt. In diesem geht es um die „Erfassung als EKhD“, obwohl dieser Begriff nicht explizit vorkommt. Ein Vergleich mit der Erklärung des IFT belegt das eindeutig. Die EKhD-Erfassung wird also in den LKÄ vorgenommen und nicht in den örtlichen Dienststellen.

### 1.2.5 Erstmalige Polizeiauffälligkeit

Die letzte zitierte Erklärung von König und Kreuzer verschleiert einen anderen wesentlichen Aspekt; denn was ist mit „erstmaliger polizeilicher Auffälligkeit“ und mit „primärer Polizeiauffälligkeit“ gemeint, welche die Sachbearbeiter der LKÄ im INPOL festhalten? Es gibt verschiedene Möglichkeiten:

- Es könnte das Jahr gemeint sein, in dem ein Betroffener zum ersten Mal von den örtlichen Dienststellen als Tatverdächtiger ermittelt worden ist.

  Nähme man den ersten Teil der Erklärung wörtlich, könnte nur das gemeint sein. Das würde aber keinen Sinn ergeben; denn es könnte dann auch eine Straftat ohne jeden BtM-

[34] König/Kreuzer (1998), S. 296. Fortsetzung folgt.

Bezug gemeint sein, lange vor dem ersten Drogenkonsum. Eine solche Information wäre in diesem Zusammenhang irrelevant. Deshalb scheidet diese Möglichkeit aus.

- Es könnte das Jahr gemeint sein, in dem der Betroffene zum ersten Mal wegen eines Drogendeliktes polizeiauffällig wurde.

  Das ist sehr unwahrscheinlich, da es in diesem Zusammenhang vor allem um die Einstufung als KhD geht und kaum ein Betroffener wird gleich bei seinem ersten Verstoß gegen das BtMG als KhD eingestuft.[35]

  Zudem könnte es dann kaum zu einer Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“ kommen; denn wenn die örtlichen Dienststellen einen Tatverdächtigen als KhD melden und zugleich angeben, dass dieser schon Jahre vorher erstmals wegen eines Drogendeliktes auffällig war, wüssten die Sachbearbeiter der LKÄ, dass sie es mit einem alten Bekannten zu tun haben. Wenn dieser dennoch aktuell nicht als EKhD im INPOL eingetragen ist, wäre das ein Grund, diesen Punkt abzuklären, um eine Mehrfacherfassung als EKhD zu vermeiden. So könnte es kaum dazu kommen. Deshalb ist diese Möglichkeit ebenfalls auszuschließen.

- Es könnte das Jahr gemeint sein, in dem der Betroffene zum ersten Mal von den örtlichen Dienststellen als KhD eingestuft wurde gemäß deren Mitteilung und deren Akten vor Ort.

  Wenn dieser Zeitpunkt in den Meldungen der örtlichen Dienststellen enthalten wäre, würde das einen vorherigen EKhD-Eintrag im INPOL belegen, selbst wenn dieser infolge der 2-jährigen Speicherfrist gelöscht worden wäre. Es könnte somit erst recht nicht zu einer Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“ kommen. Deshalb ist auch diese Möglichkeit auszuschließen.

- Es könnte sein, dass die örtlichen Dienststellen melden, wenn sie einen Tatverdächtigen zum ersten Mal als KhD eingeordnet haben, und dass die Sachbearbeiter der LKÄ das Feststellungsjahr nur dann im INPOL eintragen.

  Auch das ist auszuschließen, da es auch damit nicht zu einer Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“ kommen könnte.

- Es könnte sein, dass die örtlichen Dienststellen mitteilen, wann sie während des Ermittlungsverfahrens, dessen Ergebnisse sie melden, eine KhD-Einordnung vorgenommen haben, unabhängig davon, ob es sich um eine erstmalige oder eine wiederholte Einordnung gehandelt hat, und dass die Sachbearbeiter der LKÄ dieses Feststellungsjahr im INPOL eintragen.

  Das hätte in den meisten Fällen nichts „Erstmaliges“, wie es in der zitierten Erklärung ausdrücklich heißt. Zudem hat dieses Datum kaum eine Bedeutung; denn wäre für die Aufnahme in die genannten Tabellen/Zeitreihen das Feststellungsjahr der örtlichen Dienststellen maßgeblich, wäre in vielen Fällen der entsprechende Erhebungszeitraum infolge der oft monate- oder gar jahrelangen Ermittlungsverfahren bereits abgelaufen. Deshalb ist auch diese Möglichkeit auszuschließen.

---

[35] Dieser Aspekt wird ausführlich in Abschnitt 2 behandelt.

- Es könnte das Jahr oder das Datum gemeint sein, an dem die Sachbearbeiter der LKÄ bei der Dateneingabe ins INPOL den Eintrag im „Datenfeld ZKK“ vornehmen.

  Damit der Eintrag nach zwei Jahren gelöscht werden kann, muss dieses Datum ohnehin angeben werden. Es kann auch nur dieses Datum entscheidend sein, wenn es darum geht, den Betroffenen in die jährlich erstellten Zeitreihen/Tabellen aufzunehmen. Somit verbleibt dies die einzige plausible Möglichkeit. Deshalb kann auch nur dies mit „erstmaliger polizeilicher Auffälligkeit“ gemeint sein, obwohl das dem eigentlichen Wortsinn völlig zuwider läuft.

Das Ergebnis dieser Analyse lautet: Eine „erstmalige polizeiliche Auffälligkeit“ ist nach Auslegung von König und Kreuzer keine „tatsächlich erstmalige Polizeiauffälligkeit“, sondern ein „erstmaliger oder wiederholter EKhD-Eintrag“ im INPOL. Nach dieser Definition gilt ein Dogenkonsument nur als „polizeibekannt“, wenn er als EKhD im INPOL eingetragen ist.

Das ist dieselbe Definition, die das BKA seit Einführung der „Detailauswertung“ im RJB 1992 anwendet und ab dem RJB 1996 offen vertritt: Danach gilt ein Drogentoter nur dann als „polizeibekannt“, wenn der Verstorbene aktuell als EKhD im INPOL eingetragen war.[36]

Ein weiteres Ergebnis dieser Analyse ist bemerkenswert: Bei der Dateneingabe ins INPOL vollzieht sich sozusagen eine „gar wundersame Metamorphose“. Ein von den örtlichen Dienststellen lediglich als „KhD“ eingestufter Tatverdächtiger verwandelt sich in einen „Erstkonsumenten“ oder „Erstauffälligen Konsumenten“ – bzw. er wird verwandelt. Das kann erstmals geschehen oder zum wiederholten Male, wenn ein vorheriger EKhD-Eintrag gelöscht worden ist. In diesem Jahr wird er auch als solcher in den genannten Zeitreihen/Tabellen gezählt.

Es ist sogar davon auszugehen, dass ein Tatverdächtiger auch im INPOL nur als „KhD“ geführt wird und nicht als „EKhD“; denn es ist unsinnig, diesen noch nach Jahren als „Erstkonsumenten“ oder „Erstauffälligen“ zu bezeichnen, vor allem wenn es bereits zu Folgeeinträgen gekommen ist. Wahrscheinlich wird er nur in den Zeitreihen/Tabellen entsprechend gezählt in dem Jahr, in dem er im INPOL eingetragen wurde, wenn vorher kein aktueller Eintrag vorlag. Doch dieser Aspekt ist für das Verständnis der „Detailauswertung“ unerheblich. Deshalb wird die Sprachregelung des BKA beibehalten, um zusätzliche Missverständnisse zu vermeiden: Ein „KhD-Eintrag im INPOL“ ist also ein „EKhD-Eintrag“, obwohl dieser Begriff offenbar nur dazu dient, Verwirrung zu stiften.

Der Begriff „Erstkonsument harter Drogen“ bezeichnet also keine Person, die zum ersten Mal konsumiert, und der Begriff „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“ keine, die zum ersten Mal polizeiauffällig geworden ist. Beide Begriffe bezeichnen vielmehr Personen, die zum ersten oder wiederholten Male als „KhD“ im INPOL registriert worden sind.

### 1.2.6 Legitimation der falschen Berichterstattung

Statt in diesen wichtigen Fragen für Aufklärung zu sorgen, leisten König und Kreuzer einen weiteren wesentlichen Beitrag zur Verschleierung und fahren im Anschluss an das zuletzt analysierte Zitat fort:

---

[36] Siehe Abschnitt 1.1.

> „Bei Rauschgifttoten erfolgt ein entsprechender Falleintrag häufig auch dann, wenn der Verstorbene mit seinem Tod zum erstenmal ‚polizeiauffällig' geworden ist. Mehrere Sachbearbeiter bestätigten im Interview, diese Eingabeweise nach wie vor zu praktizieren. Die Auswertungen des BKA zum Anteil der Rauschgifttoten, die bereits als Drogenkonsumenten polizeibekannt waren, sind daher unbrauchbar."[37]

König und Kreuzer argumentieren also weiter ganz im Sinne des BKA, dem Auftraggeber der Studie. Angeblich würden zu viele Drogentote als „polizeibekannt" eingetragen – vor Durchführung der „Detailauswertung", so dass eine solche erforderlich ist. Doch diese Argumentation ist falsch, denn was bedeutet diese im Einzelnen? „Ein entsprechender Falleintrag" ist „ein entsprechender Falleintrag eines LKA-Sachbearbeiters im INPOL", mit dem gerade nicht „die erstmalige polizeiliche Auffälligkeit eines Betäubungsmittelkonsumenten ... festgehalten" wird, sondern das Datum des KhD- bzw. EKhD-Eintrags im INPOL. Wenn das nach dem Tod geschieht und dort noch kein solcher Eintrag vorliegt, kann das zwei Ursachen haben:

1. Eine örtliche Dienststelle meldet einen verstorbenen BtM-Konsumenten „als KhD erfasst", der während eines laufenden Ermittlungsverfahrens wegen eines „allg. Verstoßes gegen das BtMG" verstarb. Die KhD-Einordnung wurde schon vor dem Tod vorgenommen. Da die Ermittlungen nicht abgeschlossen waren, erfolgte noch keine Meldung an das LKA, so dass der Betroffene noch nicht als KhD bzw. EKhD im INPOL eingetragen werden konnte.

   Selbstverständlich ist diese Person als „polizeibekannt" einzustufen und als KhD bzw. EKhD im INPOL einzutragen. Er ist auch in den genannten Tabellen/Zeitreihen als EKhD zu zählen, denn er wurde ja schon vor dem Tod „polizeibekannt" und „als KhD erfasst" und nicht erst „mit seinem Tod", wie König und Kreuzer vorgeben. An diesem Verfahren ist also gar nichts auszusetzen, sondern nur an der Interpretation des BKA und von König und Kreuzer; denn nur nach deren unzulässiger Definition wurde er „mit seinem Tod zum ersten Mal polizeiauffällig", was aber lediglich bedeutet: „zum ersten Mal im INPOL eingetragen", nachdem er den örtlichen Dienststellen bereits bekannt war.

2. Eine örtliche Dienststelle meldet einen verstorbener Drogenkonsument „als KhD erfasst", nachdem ein bereits bestehender EKhD-Eintrag im INPOL gelöscht worden ist.

   Es ist nur korrekt, diesen Verstorbenen als „polizeibekannt" einzustufen und erneut als KhD im INPOL einzutragen. Auch an diesem Verfahren ist also nichts auszusetzen, was diesen Aspekt anbelangt. Es ist aber falsch, diesen zweiten Eintrag als „EKhD-Eintrag" zu bezeichnen und den Verstorbenen erneut als „Erstkonsumenten" oder „Erstauffälligen" in den genannten Tabellen/Zeitreihen zu zählen, denn es liegt keine „Erstauffälligkeit" vor.

Anlässlich ihrer Studie interviewten König und Kreuzer etwa 50 Experten der Polizei auf allen hierarchischen Ebenen. In diesen Interviews sind bzw. wären die hier genannten Fälle zwangsläufig zur Sprache gekommen, da es auf jeden Fall solche Fälle gibt. So verwundert es nicht, dass in Hunderten Auszügen aus diesen Interviews diese Problematik nicht einmal thematisiert wird. Deshalb ist es naheliegend anzunehmen, dass die Experten dieses kritisierte Verfahren gerade so erklärt haben, falls sie überhaupt dazu befragt worden sind.

Der Personenkreis, der aktuell als EKhD im INPOL registriert ist, kann infolge der 2-jährigen Löschungsfrist und da der Eintrag im INPOL mit einer zeitlichen Verzögerung erfolgt, nur eine

[37] König/Kreuzer (1998), S. 296.

Teilgruppe derjenigen sein, die insgesamt der Polizei bekannt sind. Deshalb ist es gar nicht zu vermeiden, dass die örtlichen Dienststellen Drogentote „als KhD erfasst“ melden, die aktuell nicht im INPOL registriert sind. Das lässt nicht darauf schließen, dass die Angaben der örtlichen Dienststellen falsch sind. Falsch ist vielmehr die Interpretation, dass diese Angaben nicht korrekt sind.

König und Kreuzer legitimieren unter dem Deckmantel der Wissenschaft die falsche Berichterstattung des BKA. So könnte man annehmen, sie seien selbst BKA-Mitarbeiter. Deshalb ist es von Interesse, Näheres zu den Autoren zu erfahren.

Die hier behandelte Studie „Rauschgifttodesfälle – Kriminologische Untersuchung polizeilicher Mortalitätsstatistiken“ von 1998 wurde ursprünglich 1997 von W. König als Dissertation vorgelegt unter dem Titel: „Rauschgifttodesfälle – Definition, Strukturen, Erfassung, Aussagekraft und Verwertung polizeilichen Datenmaterials“. Erster Prüfer und Doktorvater war Prof. Dr. A. Kreuzer. Gemeinsam veröffentlichten sie dann die Studie ein Jahr später in leicht abgewandelter Form unter dem erstgenannten Titel.

Schon im RJB 1994 teilte das BKA mit, dass die Datenauswertung bezüglich der Rauschgifttodesfälle „... im Rahmen eines laufenden Forschungsprojektes von Rechtsreferendar W. König unter der Leitung von Prof. Dr. A. Kreuzer von der Universität Gießen untersucht wird.“[38] Prof. Dr. A. Kreuzer hatte zuvor bereits viele Jahre mit dem BKA zusammengearbeitet. In dessen Auftrag führte er u. a. eine sehr umfangreiche Forschungsarbeit zur „Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger“ durch.[39]

Seit der Veröffentlichung von „Rauschgifttodesfälle“ trat Dr. Wolfgang König nicht mehr als Autor in Erscheinung, jedenfalls nicht unter diesem Namen. Da ergibt sich die Frage: Für wen arbeitete und arbeitet er? War er Rechtsreferendar beim BKA? War bzw. ist er ein Mitarbeiter des BKA?

### 1.3 Welche Daten sind falsch?

Alles spricht dafür, dass Drogentote vor dem Tod zu etwa 70 % „als KhD erfasst“ waren und nicht zu etwa 40 %. Die Argumente noch einmal im Überblick:

- Nur die örtlichen Dienststellen können anhand ihrer Akten, die nicht nach zwei Jahren gelöscht werden, feststellen, ob und wann ein Verstorbener „als KhD erfasst“ wurde.
- Das BKA kann nur prüfen, ob ein vorübergehender Eintrag im INPOL vorliegt.
- Das BKA könnte regelmäßige Nachprüfungen veranlassen. Es ist aber ausgeschlossen, dass die Ermittlungsbeamten vor Ort unter solchen Bedingungen in 13 Jahren nicht gelernt habe könnten, diesen Sachverhalt <u>sofort</u> korrekt zu beurteilen.
- Die örtlichen Ermittlungsbeamten sind im Umgang mit Definitionen und Dienstanweisungen geübt.
- Das BKA hätte wegen der Brisanz dieser Daten nicht zugelassen, dass die örtlichen Dienststellen jahrzehntelang zu viele Drogentote „als KhD erfasst“ melden – weder vor noch nach Einführung der „Detailauswertung“.[40]

---

[38] BKA (1995 b), S. 155.

[39] Kreuzer/Römer-Klees/Schneider (1991).

[40] Siehe Abschnitt 1.5.

- Die Sachbearbeiter der LKÄ, welche in der Regel die EKhD-Einträge im INPOL vornehmen, üben eine Kontrolle aus. Sie hätten nicht jahrzehntelang falsche Daten ins INPOL eingegeben.
- Mithilfe dieser wenigen Sachbearbeiter bei den LKÄ hätte man ein fehlerhaftes Eingabeverfahren umgehend abstellen können, anstatt jahrelang eine „Detailauswertung“ vorzunehmen.
- Bei der Berichterstattung zur EKhD-Erfassung der Drogentodesfälle fehlen Hinweise auf einen strukturell bedingten Minderbetrag, da EKhD-Einträge gelöscht oder bezüglich aktueller Ermittlungsverfahren noch nicht vorgenommen worden sind. Deren Anteil beläuft sich offenbar jeweils auf die Differenz von etwa 40 % bis etwa 70 %.
- Trotz „Detailauswertung“ sind in der genannten Tabelle von 1992 – 95 etwa 70 % der Verstorbenen „als KhD erfasst“ / “als EKhD erfasst“ gelistet. Dann waren sie auch bekannt.
- Die Berichterstattung des BKA ist ohnehin unglaubwürdig, denn die sogenannte „Echtzählung“ wurde weder 1997 noch 1999 eingeführt, sondern 1992.

Das Ergebnis ist eindeutig: Die verstorbenen Drogenkonsumenten waren schon vor dem Tod zu etwa 70 % „als KhD erfasst“ und damit „polizeibekannt“, gemäß den Angaben der örtlichen Dienststellen. Seit Einführung der „Echtzählung“ wird nicht „echt“, sondern „falsch“ gezählt. Dafür sprechen noch weitere Argumente in Abschnitt 1.6, 2.3 und 4.6.

### 1.4 Grundzüge der „Detailauswertung“

Die örtlichen Polizeidienststellen stufen Tatverdächtige bezüglich des BtMG als KhD ein, wenn „... Anzeichen oder Aussagen den Gebrauch harter Drogen belegen.“[41] – Das ist jedenfalls die offizielle Version. Diese Darstellung ist aber falsch, wie in Abschnitt 2 gezeigt wird. – Die Daten werden nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen in der PKS erfasst.

Diese Angaben werden auch ins INPOL eingegeben. Das geschieht vorwiegend ebenfalls nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungen, aber bei gravierenden Verstößen teilweise auch umgehend durch die LKÄ, nachdem diese per „Rauschgift-Sofortmeldung“ unterrichtet worden sind.[42]

Werden Tatverdächtige zum ersten Mal als KhD im INPOL registriert, werden sie als „Erstauffällige KhD“ verzeichnet. So werden KhD zu EKhD. Paradoxerweise werden sie auch dann als „Erstauffällige“ gezählt, wenn ein vorheriger EKhD-Eintrag im INPOL infolge einer zweijährigen Speicherfrist gelöscht worden ist. Die Anzahl der EKhD-Einträge pro Jahr wird veröffentlicht und häufig mit den Drogentodesfällen in Beziehung gesetzt. Deshalb sind diese Daten von besonderem Interesse.

Die Daten verstorbener Drogenkonsumenten werden ebenfalls ins INPOL eingegeben. Bis 1995 meldeten die örtlichen Dienststellen etwa 70 % „als KhD erfasst“. Seit dem RJB 1992 reduziert das BKA diese Quoten mittels der „Detailauswertung“ und behauptete mehrfach, dass nur etwa 40 % „tatsächlich polizeibekannt“ gewesen seien. Doch diese Quoten beziehen sich auf aktuelle EKhD-Einträge im INPOL. Folglich sind viele Einträge gelöscht oder noch nicht vorgenommen worden, da die Betroffenen während eines laufenden Ermittlungsverfahrens starben.

---

[41] IFT (1993), S. 6.

[42] Siehe Abschnitt 1.2.2.

## 1.5 Schätzverfahren für Polizeidaten

Welchen Sinn macht die „spezielle“ Berichterstattung des BKA? 1993 wurde die „Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht“ (EBDD) gegründet, ...

> „... um der Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten objektive, zuverlässige und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen ... zu liefern.“[43]

Aus diesem Anlass entwickelten das IFT und das Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg unter Beteiligung von vier Mitarbeitern des BKA – das BKA führt die entsprechende Expertise aber stets als unabhängigen Beitrag an – verschiedene Schätzverfahren weiter, um die Anzahl der KhD und insbesondere der Heroinkonsumenten möglichst genau zu ermitteln.[44]

Eines dieser Verfahren beruht auf Polizeidaten. Von der ***Grundannahme*** ausgehend, dass die Sterbewahrscheinlichkeit bei den polizeibekannten und -unbekannten Konsumenten gleich sei, folgert man, dass das Verhältnis „Polizeiliches Hellfeld“ : „Dunkelfeld“ bei den Konsumenten demjenigen bei den Drogentodesfällen entspreche. Verschiedene Untersuchungen hatten bezüglich Heroin eine durchschnittliche Konsumdauer von 10 Jahren ergeben. So werden zunächst die im INPOL erfassten „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ der letzten 10 Jahre zum „Polizeilichen Hellfeld“ der Konsumenten addiert. Dann wird Jahrgang für Jahrgang mittels des Anteils der Drogentoten, die nicht „als EKhD erfasst“ waren, das „Dunkelfeld“ bei den Konsumenten und schließlich deren Gesamtzahl berechnet.

Das Verhältnis „Hellfeld“ : „Dunkelfeld“ bei allen Drogentodesfällen wird also auf Herointodesfälle übertragen. Das ist problematisch. Zwar stehen Drogentodesfälle zum weit überwiegenden Anteil im Zusammenhang mit Heroin.[45] Doch bei Todesfällen infolge der verschiedenen Drogen gibt es gravierende Unterschiede beim Verhältnis „Hellfeld“ : „Dunkelfeld“, was in Abschnitt 4.1 näher erläutert wird. Unter anderem wegen dieser Problematik, aber vor allem wegen der ungeklärten durchschnittlichen Konsumdauer bei anderen Drogen wird in der zweiten Expertise des IFT von 1997 mitgeteilt, dass „... zuverlässig nur eine Schätzung der Heroinkonsumenten möglich“ sei.[46] Ursprünglich wurde dieses Verfahren auf alle Konsumenten harter Drogen angewandt.

Nur wenn etwa 40 % der Drogentoten „als KhD erfasst“ waren, sind die Ergebnisse dieses und der anderen Verfahren in derselben Größenordnung. Im RJB 2002 wird letztmals über diese Schätzungen berichtet. Man ermittelte 188.000 Heroinkonsumenten, „Polizeiliches Hellfeld“: 79.000 (42 %), „Dunkelfeld“: 109.000 (58 %).[47] Im Kontext präsentiert das BKA eine Tabelle mit Schätzergebnissen aus dem Jahr 2000 – hier Tabelle 1, Opiate und Heroin sind synonym verwandt – und lobt das eigene Verfahren:

> „... wird die Schätzung auf Grundlage der polizeilichen Datenbasis allgemein als relativ zuverlässig betrachtet. Dies zeigt sich auch in der Schätzung der Anzahl der Opiatabhängigen ... Die Schätzungen anhand polizeilicher Daten sowie anhand von Daten aus der Behandlung und zur Mortalität liegen im selben Zahlenbereich.“

---

[43] BKA (2003 b), S. 22.

[44] IFT (1993). Alle Beteiligten sind namentlich aufgeführt.

[45] In Abschnitt 2.5 werden Anhaltspunkte für eine ungefähre Dimension gegeben.

[46] IFT (1997), S. 106. Siehe auch IFT (1993), S. 5 ff.

[47] EKhD-Heroin 1993 – 2002, Summe: 78.743 (42 % von 188.000). Siehe BKA (2003 b), S. 67 u. Tab. 21.

**Tabelle 1: Vergleich der Schätzergebnisse zu den Opiatabhängigen**

| Methode | Schätzung zur Anzahl der Opiatkonsumenten auf der Basis von Daten aus dem Jahr 2000 |
|---|---|
| Polizei | 150.000 – 190.000 |
| Mortalität | 170.000 |
| Behandlung | 175.000 – 210.000 |

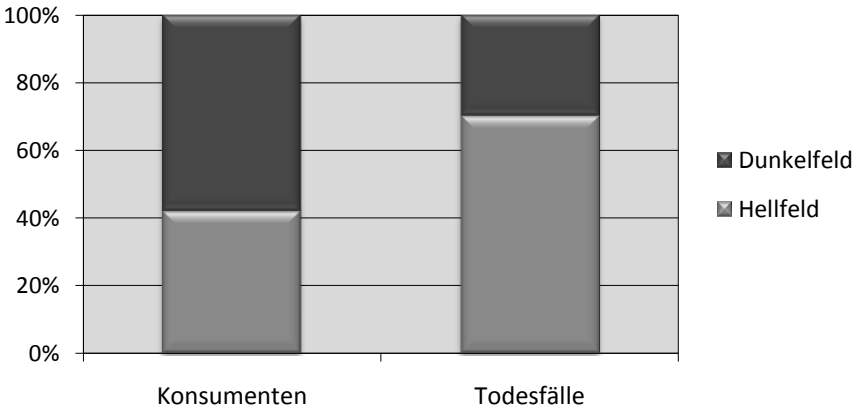
Quelle: BKA (2003 b), S. 67, aus: DBDD, „Jahrbuch 2001“.

Doch wie gezeigt wurde, waren etwa 70 % der Drogentoten zuvor „als KhD erfasst“ und gehörten somit zum „Polizeilichen Hellfeld“. Bei der vorgenommenen Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation waren somit 30 % der Drogentoten falsch zugeordnet. Nach einer Korrektur ergibt diese Schätzung nur 113.000 Heroinkonsumenten.[48] Das ist auffallend gering.

Die folgende Analyse macht noch weitere Korrekturen erforderlich. So würden die Ergebnisse schließlich absurd gering ausfallen. Deshalb wird hier ein anderes Verfahren gewählt. Es wird, den anderen Schätzergebnissen entsprechend, von 188.000 Heroinkonsumenten ausgegangen. Auf Dieser Basis werden dann die falschen Zuordnungen zum „Hell-„ und „Dunkelfeld“ bei den Konsumenten und Todesfälle korrigiert. Im Rahmen von Modellberechnungen wird jeweils gezeigt, wie sich das auf die Mortalitätsraten auswirkt. Schließlich werden die Raten auch berechnet für den Fall, dass es nur 140.000 Konsumenten geben haben sollte.

Bei zunächst veranschlagten 188.000 Konsumenten entfielen 70 % der Todesfälle auf 42 % der Konsumenten beim „Hellfeld“, und 30 % der Todesfälle auf 58 % der Konsumenten beim „Dunkelfeld“. Die Wahrscheinlichkeit zu sterben war dann etwa 3,2-mal höher für diejenigen, die der Polizei bekannt waren.[49] Das macht die Brisanz dieser Daten aus und das führte wohl zur „Falschzählung“ seit Gründung der EBDD. Und die Analyse steht erst am Anfang.

**Abbildung 1: Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, I**




Quelle: eigene Entw., Basis: (BKA 2003 b), S. 67 u. Tab. 21.

[48] Da die Daten der örtlichen Dienststellen vor Durchführung der „Detailauswertung“ nicht vorliegen, kann nur pauschal mit 70 % gerechnet werden, Hellfeld: 79.000. 79.000 : 70 % ∗ 100 % = 113.000

[49] In der Grundkonstellation beinhaltet das Hellfeld 42 % der Konsumenten und der Todesfälle. Hier bleibt das Verhältnis bei den Konsumenten gleich, während es sich bei den Todesfällen verschiebt.
Quotient Hellfeld: 70 % : 42 % = 1,67 Quotient Dunkelfeld: 30 % : 58 % = 0,52 1,67 : 0,52 = 3,2

## 1.6 Begriffe und Definitionen

Die in Abschnitt 1.1 zitierten Textstellen sind typisch für die Berichterstattung des BKA. Scheinbar sind die Aussagen sinnvoll und korrekt. Doch eine Analyse der Schlüsselbegriffe ergibt, dass die Realität falsch dargestellt wird. Diese Begriffe sind hier nicht alphabetisch, sondern nach inhaltlichen Gesichtspunkten geordnet.

**Rauschgifttod (Drogentod, Drogentodesfall)**

Der Rauschgifttot ist in der Polizeidienstvorschrift 386 definiert. Diese zitiert das BKA beispielsweise im Rauschgiftjahresbericht 2002 (RJB):

> „Unter dem Begriff ‚Rauschgifttote' sind Todesfälle definiert, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem missbräuchlichen Konsum von Betäubungs- oder Ausweichmitteln stehen. Darunter fallen insbesondere
> – Todesfälle infolge Überdosierung,
> – Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs,
> – Selbsttötungen aus Verzweiflung über die Lebensumstände oder unter der Einwirkung von Entzugserscheinungen,
> – tödliche Unfälle von unter Drogeneinfluss stehenden Personen."[50]

Auf zwei Aspekte wird besonders hingewiesen, da diese leicht zu übersehen sind:

- Bei der Bewertung der Todesfälle ist die Einnahme von Ausweichmitteln dem Betäubungsmittelkonsum gleichgestellt. Das gilt auch für die Einordnung von Tatverdächtigen als KhD.
- Es gibt auch Todesfälle infolge weicher Drogen, welche ebenfalls zu den Betäubungsmitteln zählen. Dieser Sachverhalt wird in Abschnitt 4.2.1 thematisiert.

Im Anschluss an die genannte Definition wird über die Anteile der Ursachen bei den Drogentodesfällen informiert. Die entsprechende Übersicht ist hier wiedergegeben. Es ist zu erkennen, dass die Betroffenen am häufigsten an einer unabsichtlichen Überdosierung sterben. Die Drogentodesfälle von 1985 – 2010 sind in Tabelle 9 aufgelistet.

**Tabelle 2: Drogentodesfälle nach Ursachen, 2000 – 2002**

| | Anteil 2000 | Anteil 2001 | Anteil 2002 |
|---|---|---|---|
| Überdosierungen | 81 % | 82 % | 72 % |
| Todesfälle infolge langzeitigen Missbrauchs | 10 % | 10 % | 18 % |
| Selbsttötungen | 2 % | 7 % | 8 % |
| Unfälle unter Drogeneinfluss | 7 % | 2 % | 2 % |

Quelle: BKA (2003 b), S. 68, Basis: INPOL.

**Konsument harter Drogen (KhD)**

Ein „Konsument harter Drogen" bzw. KhD konsumiert Heroin, Kokain, LSD, Amphetamine, Ecstasy, Crack oder sonstige harte Drogen. Meistens verwendet das BKA die Begriffe Opiate und Heroin synonym, obwohl manche Konsumenten nur Opium rauchen und obwohl zu den Opiaten auch Morphium und diverse Ersatzstoffe wie Methadon und Polamidon zählen.

[50] BKA (2003 b), S. 68.

KhD werden von der Polizei im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens bezüglich eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) offiziell „als KhD erfasst“. Am häufigsten geschieht dies bei den „allg. Verstößen gegen das BtMG“. Bei den Tatverdächtigen dieser Deliktart sind in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) der BRD etwa zwei Drittel der KhD-Einordnungen aufgelistet und zusammen etwa ein Drittel bei den Tatverdächtigen des „illeg. Handel und Schmuggel“ und der „illeg. Einfuhr“.[51] „Als KhD erfasst“ ist eine Kategorie bei den „(sonstigen) Angaben zum Tatverdächtigen“, Tabelle 22.

Eine geringe Rolle spielen noch die „sonstigen Verstöße gegen das BtMG“. Diese werden von Konsumenten der verschiedenen harten Drogen begangen, so dass die KhD-Einordnungen nicht nach Drogen zuzuordnen sind, und sie werden auch von Konsumenten weicher Drogen und zu einem erheblichen Anteil auch von Helfershelfern begangen.[52]

Nur ein Teil der KhD-Einordnungen wird während aktueller Verfahren vorgenommen, denn bei vielen Betroffenen handelt es sich um „als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getretene Personen“, eine weitere Kategorie bei den „Angaben zum Tatverdächtigen“ der PKS. Im Jahr 2000 waren das bei den „allg. Verstößen“ 88,5 %, beim „Handel und Schmuggel“ 87,7 % und bei der „illeg. Einfuhr“ 79,1 %. Die Mehrheit war also bereits zuvor „als KhD erfasst“.

Bei der KhD-Erfassung werden die verschiedenen konsumierten Drogen miterfasst. Bei der entsprechenden Kategorie bezüglich der Drogentodesfälle oder bei den „Angaben zum Tatverdächtigen“ der PKS werden hierzu allerdings keine differenzierten Angaben gemacht.

Manche Tatverdächtige werden im anschließenden Gerichtsverfahren freigesprochen. Die KhD-Erfassung ist also nur das Ergebnis des polizeilichen Verfahrens. Deshalb erfolgen einige KhD-Einordnungen auch zu Unrecht.

Nach Abschluss der polizeilichen Ermittlungsverfahren werden diese Angaben wie diejenigen zu allen Tatverdächtigen in der PKS erfasst und in ein Polizeiliches Informationssystem (INPOL) eingegeben. Meistens geschieht letzteres durch die Landeskriminalämter (LKÄ).[53] Angaben zu Drogentodesfällen, inkl. zu der Kategorie „Als KhD erfasst“, werden ebenfalls im INPOL registriert. Die PKS der BRD und die Daten im INPOL-Bund sind jeweils eine Zusammenfassung der Länderdaten.

Bei gravierenden Verstößen gegen das BtMG und bei Drogentodesfällen werden die LKÄ umgehend per „Rauschgift-Sofortmeldung“ unterrichtet. Diese Daten werden aber nur teilweise sofort ins INPOL eingegeben und teilweise erst dann, wenn nach einer weiteren Meldung gesicherte Erkenntnisse vorliegen.[54]

**Erstkonsument harter Drogen (EKhD)**

Zunächst einige einleitende Erklärungen: Abweichend von der wörtlichen Bedeutung bezeichnet dieser Begriff keine Personen, die zum ersten Mal harte Drogen konsumieren. Die

---

[51] Hier ist vor allem das Verhältnis bei den Heroinkonsumenten von Interesse. Für das Jahr 2000 sind folgende Daten verzeichnet (ohne Brandenburg, das keine KhD-Daten geliefert hat): allg. Verstöße: 23.926 TV, 19.028 KhD (79,5 %); Handel/Schmuggel: 12.799 TV, 8.405 KhD (65,7 %); Einfuhr: 1.257 TV, 916 KhD (72,9 %). Siehe BKA (2001 a), Tab. 22. 19.028 : (19.028 + 8.405 + 916) = 67,1 %

[52] Sonst. Verstöße: 3.803 TV, 823 KhD (21,6 %). Siehe BKA (2001 a), Tab. 22.

[53] Siehe Abschnitt 1.2.2.

[54] ebenda.

sogenannten „Erstkonsumenten“ werden von den örtlichen Polizeidienststellen lediglich als „Konsumenten harter Drogen“ eingestuft. Erst bei der Dateneingabe ins INPOL werden sie als „Erstkonsumenten“ erfasst. Das kann erstmals geschehen oder zum wiederholten Male, wenn ein vorheriger EKhD-Eintrag gelöscht worden ist. In diesem Jahr werden die Betroffenen auch als „EKhD“ in Tabellen/Zeitreihen gezählt, die jährlich veröffentlicht werden.

Es ist davon auszugehen, dass Tatverdächtige auch im INPOL nur als „KhD“ geführt werden und nicht als „EKhD“. Wahrscheinlich werden sie nur in den genannten Tabellen/Zeitreihen als „Erstkonsumenten“ gezählt im Jahr des Dateneintrags im INPOL, wenn vorher kein aktueller Eintrag vorlag. Doch um zusätzliche Missverständnisse zu vermeiden, wird die Sprachregelung des BKA beibehalten: Ein „KhD-Eintrag im INPOL“ ist also ein „EKhD-Eintrag“.[55]

Nun die wesentlichen Aspekte im Einzelnen: Nach allgemeinem Verständnis ist ein „Erstkonsument harter Drogen“ eine Person, die zum ersten Mal harte Drogen konsumiert. In der Regel geschieht dies ohne Kenntnis der Polizei und die Wahrscheinlichkeit ist sehr gering, dass „Erstkonsumenten“ noch im selben Jahr polizeiauffällig werden. Die Polizei lernt also nur sehr wenige „Erstkonsumenten“ kennen. Doch das BKA verwendet diesen Begriff in inflationärer Weise mit drei unterschiedlichen Bedeutungen, von 1991 – 93 sogar mit zwei unterschiedlichen gleichzeitig, wie sich bei näherer Betrachtung zeigt.

Bedeutung 1

Seit Mitte der 1980er-Jahren bis zum „Rauschgift Jahresbericht 1993“ (RJB) nutzt das BKA diesen Begriff gemäß dieser Definition:

> „‘Erstkonsumenten harter Drogen‘ sind solche Personen, die im Berichtsjahr erstmals der Polizei als Konsumenten bekannt wurden. Sie können durchaus bereits seit mehreren Jahren unerkannt konsumiert haben.“[56]

Anschließend berichtet man ausführlich über EKhD-Einträge eines Jahres in der „Falldatei Rauschgift“ (FDR), einer Unterdatei im INPOL, und veröffentlicht mehrere Tabellen/Zeitreihen, z. B. differenziert nach Drogenarten, zu männlichen und weiblichen EKhD, zu Altersstufen, zu EKhD in den Ländern usw.

Doch der Vorgang ist nicht korrekt wiedergegeben: Ein EKhD-Eintrag im INPOL wird nicht vorgenommen, wenn die örtlichen Polizeidienststellen einen Konsumenten als Tatverdächtigen ermitteln oder wenn sie diesen als KhD einstufen, sondern wenn diese Einordnung nach Abschluss monatelanger oder teilweise sogar jahrelanger polizeilicher Ermittlungen ins INPOL eingegeben werden. Erst dann werden sie als „Erstkonsumenten“ gezählt.[57] Das bedeutet aber, dass die genannte Definition aus zwei Gründen nicht korrekt sein kann:

1. Der zeitliche Ablauf ist falsch dargestellt, denn alle „Erstkonsumenten harter Drogen“ (im INPOL) wurden schon vorher als „Konsumenten harter Drogen“ erfasst (von der Polizei vor Ort) ... erst „Konsument“ ... dann „Erstkonsument“.
2. Der Bezug ist falsch: Die „Erstkonsumenten“ wurden nicht der Polizei bekannt, sondern im INPOL eingetragen.

---

[55] Siehe Abschnitt 1.2.5.

[56] BKA (1994 b), S. 94.

[57] Siehe Abschnitt 1.2.5.

EKhD-Einträge im INPOL werden außer in Rheinland-Pfalz nur durch Sachbearbeiter der LKÄ vorgenommen, nach Meldung der örtlichen Dienststellen.[58] Seit 1988 werden die Betroffenen bei jeder Rauschgiftart registriert und nicht mehr nur bei der am höchsten eingestuften.[59] Deshalb kann ein Tatverdächtiger offenbar als „Erstkonsument von Heroin“ erfasst werden, nachdem er in den Vorjahren bereits als „Erstkonsument von Kokain“ registriert worden ist.

Im Bundesdurchschnitt resultieren etwa zwei Drittel der EKhD-Einträge aus „allg. Verstößen gegen das BtMG“ und etwa ein Drittel zusammen aus „illeg. Handel und Schmuggel“ und „illeg. Einfuhr“, denn entsprechend viele KhD-Einordnungen kommen bei diesen Delikten vor.[60] Es ist allerdings nicht zu erkennen, welche KhD-Einordnungen bei den aktuellen oder bei vorherigen Verfahren vorgenommen wurden. Bei einer entsprechenden Zuordnung der EKhD-Daten sollten die Abweichungen aber minimal sein.

Laut BKA werden EKhD-Einträge im INPOL nach 2 Jahren gelöscht, wenn Folgeeinträge ausbleiben.[61] Deshalb kommt es zu Mehrfacherfassungen. Die Betroffenen werden erneut als „Erstkonsumenten“ registriert, wenn ein Eintrag gelöscht worden ist. In erheblichem Umfang geschieht das auch bei Drogentodesfällen, deren Daten ebenfalls ins INPOL eingegeben werden.

Aus den verschiedenen Umständen ergeben sich Bedeutungsmöglichkeiten, die bemerkenswert sind: Ein „Erstkonsumenten harter Drogen“ bzw. EKhD kann jemand sein,

- der erstmals „als KhD erfasst“ wurde, nachdem er bereits zehn Jahre lang konsumiert hat,
- der bereits in den Vorjahren als „Erstkonsument einer anderen harten Drogen“ registriert worden ist,
- der während eines laufenden Ermittlungsverfahrens starb, in dem er bereits „als KhD erfasst“ worden ist, so dass er erst nach seinem Tod als „Erstkonsument“ im INPOL registriert werden konnte,
- der den örtlichen Polizeidienststellen schon vor der KhD-Erfassung jahrelang wegen diverser Straftaten bekannt war,
- der nach einer beispielsweise 20-jährigen Drogenkarriere zum zweiten (oder sogar dritten) Mal als „Erstkonsument“ gezählt wurde, da sein vorheriger EKhD-Eintrag im INPOL gelöscht worden ist,
- der also bereits seit Jahrzehnten bei den örtlichen Dienststellen „als KhD erfasst“ ist,
- der nach seinem Tod als „Erstkonsument“ registriert wurde, nachdem man seinen vorherigen EKhD-Eintrag im INPOL gelöscht hat, und
- der gar keine Drogen konsumiert, da ja einige KhD-Einordnungen zu Unrecht vorgenommen werden.

Bedeutung 2

Nachdem in den Vorjahren noch über Rauschgifttote berichtet wurde, die „als Konsumenten harter Drogen bekannt“ waren – also als „KhD“ gemäß der Kategorie der örtlichen Dienststel-

---

[58] Siehe Abschnitt 1.2.2.

[59] Siehe z. B. BKA 2003 a, Tab. 21.

[60] Siehe unter KhD.

[61] Siehe Abschnitt 1.2.3.

len und nicht als „EKhD“ –,[62] fand im RJB 1991 – noch vor Einführung der „Detailauswertung“ im Jahr 1992 – der Begriff „Erstkonsument“ erstmals auch in dieser Bedeutung Anwendung:

> „Von den 2.093 ausgewerteten Rauschgifttodesfällen waren 1.390 (66,4 %) als Erstkonsumenten harter Drogen erfaßt.“[63]

Die Quote 66,4 % ist dieselbe, die unter „Als KhD erfasst“ in der Tabelle zu den Todesfällen angegeben ist, welche auf den Angaben der örtlichen Polizeidienststellen basiert, entsprechend den Kriminalakten vor Ort. Danach wären „Erstkonsumenten harter Drogen“ all diejenigen, die von den örtlichen Dienststellen „als KhD erfasst“ worden sind.

Doch diese Darstellung ist falsch, denn die örtlichen Dienststellen registrieren keine „Erstkonsumenten harter Drogen“, sondern „Konsumenten harter Drogen“.[64] Es ist also unzulässig, den Begriff auf diese Weise zu verwenden. Es gibt auch eine Diskrepanz hinsichtlich der betroffenen Personen. Der Personenkreis, der bei den örtlichen Dienststellen „als KhD erfasst“ ist, ist größer als derjenige, der befristet als „Erstkonsument“ im INPOL eingetragen ist.[65]

Bedeutung 3

Nach Einführung der „Detailauswertung“, ab dem RJB 1992, bezieht das BKA bei der Auswertung der Drogentodesfälle den Begriff „Erstkonsument harter Drogen“ auf die Personen, die aktuell als EKhD im INPOL eingetragen sind. Der Personenkreis wurde also im Vergleich zu Bedeutung 2 eingeschränkt. So erlangt der fragliche Begriff zusätzliche Bedeutungsmöglichkeiten. Ein „Erstkonsumenten harter Drogen“ bzw. EKhD kann seitdem auch jemand sein,

- der während eines laufenden Ermittlungsverfahrens „als KhD erfasst“ wurde und dann starb, so dass er erst nach seinem Tod als „Erstkonsument“ im INPOL gezählt werden konnte, dessen Todesfall aber mittels „Detailauswertung“ dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugerechnet wurde, da er zum Todeszeitpunkt noch nicht im INPOL „als EKhD erfasst“ war,

- der nach seinem Tod als „Erstkonsument“ registriert wurde, nachdem man seinen vorherigen EKhD-Eintrag im INPOL gelöscht hat, so dass er bei Prävalenzschätzungen noch jahrelang doppelt beim „Polizeilichen Hellfeld“ mitgezählt wird, da für ihn nun zwei EKhD-Einträge in den jährlich erstellten Zeitreihen enthalten sind, nachdem man aber seinen Todesfall mittels „Detailauswertung“ dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugeordnet hat.

Auch in den RJB 1992 und 93 wird wie zuvor über „Erstkonsumenten harter Drogen“ berichtet, die in einem Jahr im INPOL registriert worden sind, so dass zeitgleich zur Bedeutung 3 auch die Bedeutung 1 Anwendung findet.

**Erstauffälliger Konsument harter Drogen (EKhD)**

Dieser Begriff wird seit dem RJB 1994 anstelle des Begriffs „Erstkonsument harter Drogen“ verwendet, und zwar in der Bedeutung 1 – all die Personen, die in einem Jahr im INPOL neu

---

[62] Siehe z. B. BKA (1991 b), S. 92.
[63] BKA (1992 b), S. 99.
[64] Siehe Abschnitt 1.2.5.
[65] Siehe Abschnitt 1.2.6.

als „Erstauffällige“ erfasst worden sind – und in der Bedeutung 3 – all die Personen, die insgesamt aktuell im INPOL als „Erstauffällige“ erfasst sind, auch wenn die dortige Registrierung aufgrund von Folgeeinträgen schon seit Jahrzehnten andauert.

Abweichend von seiner wörtlichen Bedeutung bezeichnet dieser Begriff keine „erstmals polizeiauffällig gewordenen Personen“, denn wie in Abschnitt 1.2.5 gezeigt wurde, werden die Betroffenen nicht als „Erstauffällige“ erfasst, wenn sie der Polizei bekannt werden, sondern wenn sie nach monatelangen oder gar jahrelangen polizeilichen Ermittlungen als EKhD im INPOL registriert werden.

Dass dieser Begriff keine „erstmals polizeiauffällig gewordenen Personen“ bezeichnet, ergibt sich auch aus der Aufzählung unter „Erstkonsument harter Drogen“, Bedeutung 1.

Dieser Begriff hat vor allem die Funktion, die Dauer der „Polizeiauffälligkeit“ zu definieren als den Zeitraum, in dem ein Betroffener aktuell als EKhD im INPOL eingetragen ist. Auf dieser Basis werden Drogenkonsumenten für „polizeiunbekannt“ erklärt, die vor Abschluss polizeilicher Ermittlungen verstarben, so dass noch kein EKhD-Eintrag im INPOL vorgenommen werden konnte. Zudem werden verstorbene Drogenkonsumenten für „polizeiunbekannt“ erklärt, wenn ihr EKhD-Eintrag im INPOL infolge einer 2-jährigen Speicherfrist gelöscht worden ist.

**Polizeiliches Hellfeld (bzw. Dunkelfeld)**

Das BKA nutzt diesen Begriff in vier verschiedenen Bedeutungen – so wie es den eigenen Zwecken dienlich ist. Die ersten drei entsprechen teilweise denjenigen bei den „Erstkonsumenten harter Drogen“.

Bedeutung 1

Bei dem im RJB 1993 eingeführten Schätzverfahren für Polizeidaten wird ein „Polizeiliches Hellfeld“ der Heroinkonsumenten ermittelt. Als Basis dienen die im INPOL registrierten EKhD-Einträge.

Man nutzt allerdings nicht die aktuell gespeicherten Einträge, sondern die jährlich neu registrierten. Die „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ der letzten 10 Jahre werden zum „Polizeilichen Hellfeld“ der Konsumenten addiert, da verschiedene Untersuchungen bezüglich Heroin eine durchschnittliche Konsumdauer von 10 Jahren ergeben haben. Es handelt sich also um eine theoretische Konstruktion und nicht um eine real überprüfbare Größe.

Bedeutung 2

Im RJB 1991 – vor Einführung der „Detailauswertung“ – definiert das BKA bei der Auswertung der Drogentodesfälle den Personenkreis als „Polizeiliches Hellfeld“, der von den örtlichen Polizeidienststellen „als KhD erfasst“ worden ist. Das entspricht der Bedeutung 2 bei den „Erstkonsumenten harter Drogen“.

Entsprechend verfährt man beim Schätzverfahren für Polizeidaten ab dem RJB 1993. – Die Methode wird in Abschnitt 1.5 erläutert. – Bei diesen Schätzungen wird das „Polizeiliche

Hellfeld“ bei den Drogentoten bis 1991 bestimmt durch die Quoten derjenigen, die von den örtlichen Dienststellen „als KhD erfasst“ worden sind.[66]

Bedeutung 3

Seit Einführung der „Detailauswertung“ im RJB 1992 behandelt das BKA bei der Auswertung der Drogentodesfälle den Personenkreis als „Polizeiliches Hellfeld“, der aktuell als EKhD im INPOL registriert ist, entsprechend Bedeutung 3 bei den „Erstkonsumenten harter Drogen“.[67]

Bedeutung 4

Die PKS der BRD wird regelmäßig eingeleitet mit einer Erklärung dazu, was unter „Polizeilichem Hell-“ und „Dunkelfeld“ zu verstehen ist. Eine großflächige Grafik dient der Anschaulichkeit. Dort ist definiert, dass das „Hellfeld“ die durch die PKS erfassten Delikte und Tatverdächtigen umfasst.[68] Danach gehören alle ermittelten Tatverdächtigen zum „Polizeilichen Hellfeld“.

Aufgrund der herausragenden Platzierung dieser Definition und auch aufgrund der Art, wie diese Definition Jahr für Jahr immer wieder neu präsentiert wird, ist zu schließen, dass diese in der Kriminalwissenschaft allgemeine Gültigkeit besitzt.

Das BKA verstößt also durch Anwendung der Bedeutungen 1 – 3 systematisch gegen die eigene und gegen die in der Kriminalwissenschaft gültige Definition, und das ohne eine einzige Erklärung. Das geschieht offenbar nur deshalb, damit das „Polizeiliche Hellfeld“ bei den Drogentodesfällen möglichst gering erscheint.

Die Verwendung der Kategorie „Als KhD erfasst“ reduziert das „Hellfeld“ bereits fälschlicherweise auf eine Teilgruppe, denn es sind mehr Konsumenten – lebende wie verstorbene – von den örtlichen Dienststellen als Tatverdächtige ermittelt worden und damit „polizeibekannt“. Die weitere Einschränkung auf die Kategorie „aktueller EKhD-Eintrag im INPOL“ reduziert das „Hellfeld“ noch einmal zusätzlich auf eine noch kleinere Teilgruppe.

**Polizeibekannt (polizeiunbekannt)**

Der Begriff „polizeibekannt“ wird analog zum Begriff „Polizeiliches Hellfeld“ verwendet. Doch im Unterschied zu diesem Fachbegriff ist „polizeibekannt“ auch Bestandteil der Alltagssprache, und die Auslegung des BKA widerspricht dem allgemeinen Sprachverständnis.

Wurden beispielsweise KhD von der Polizei als Tatverdächtige ermittelt, ohne dass die Kriminalbeamten wussten, dass sie es mit KhD zu tun hatten, werden sie nicht „als KhD erfasst“. Nach normalem Sprachgebrauch sind sie dann trotzdem „polizeibekannt“. Doch das BKA berichtet über entsprechende Drogentote, als seien sie „polizeiunbekannt“. Ebenso verfährt das BKA nach Anwendung der „Detailauswertung“ mit KhD, die aktuell nicht „als EKhD im INPOL registriert“ waren.

Nun lassen sich diese scheinbar sinnvollen und korrekten Aussagen aus Abschnitt 1.1 nachvollziehen und als Täuschung entlarven:

---

[66] Siehe BKA (1994 b), S. 121.

[67] ebenda.

[68] Siehe z. B. BKA (2001 a), S. 8.

> „Demzufolge waren 1992 lediglich 109 Rauschgifttote tatsächlich zuvor polizeibekannt.“

Das bedeutet: „... waren tatsächlich zuvor als EKhD im INPOL registriert.“ Nur, nach allgemeinem Sprachverständnis ist die Aussage des BKA damit dennoch „tatsächlich falsch“; denn es waren mehr Verstorbene „polizeibekannt“.

> „... daß tatsächlich in lediglich 44,85 % aller Fälle die Betroffenen bereits vorher ... als Konsumenten harter Drogen bekannt waren; d. h. in 26,55 % dieser Fälle erfolgte der EKhD-Eintrag nachweislich erst im Zusammenhang mit den Todesursachenermittlungen ...“

(Fortsetzung:) ... und zwar der EKhD-Eintrag im INPOL, da ein vorheriger Eintrag gelöscht worden ist oder da aktuelle polizeiliche Ermittlungen noch nicht abgeschlossen waren. Deshalb ist auch diese Aussage „nachweislich falsch“; denn den örtlichen Dienststellen waren mehr „Betroffene bereits vorher ... als Konsumenten harter Drogen bekannt“.

Die manipulative Verwendung der alltagssprachlichen Begriffe „polizeibekannt“ und „polizeiunbekannt“ führt dazu, dass man diese nur noch unter Vorbehalt verwenden kann, d. h. besonders gekennzeichnet.

**Detailauswertung**

Seit Anfang der 1990er-Jahre melden die örtlichen Polizeidienststellen etwa 70 % der Drogentoten „als KhD erfasst“ – entsprechend „Erstkonsument harter Drogen“, Bedeutung 2. Ab dem RJB 1992 reduziert das BKA diese Quote mittels einer „Detailauswertung“ und behauptet, nur etwa 40 % seien „polizeibekannt“ gewesen. Das geschieht jedoch auf dieser Grundlage: In unzulässiger Weise wurde das „Polizeiliche Hellfeld“ auf Konsumenten mit einem aktuellen EKhD-Eintrag im INPOL eingeschränkt – entsprechend „Erstkonsument harter Drogen“, Bedeutung 3. Folglich waren viele Einträge infolge einer 2-jährigen Speicherfrist gelöscht oder sie wurden noch nicht vorgenommen, da die Betroffenen während laufender polizeilicher Ermittlungen verstarben.

Statt über die tatsächliche Bedeutung der „Detailauswertung“ aufzuklären, verschleierte das BKA diese jahrelang. Erst im RJB 1996 teilte die oberste Ermittlungsbehörde nebenbei unauffällig mit, dass nun gilt: „polizeibekannt“ = „aktueller EKhD-Eintrag im INPOL“. Auf dieser Grundlage wird ein Großteil der „polizeibekannten“ Drogentoten für „polizeiunbekannt“ erklärt.

**Echtzählung**

Die Zählweise nach Anwendung der „Detailauswertung“ nennt das BKA „Echtzählung“, obwohl die Daten auf diese Weise gravierend verfälscht werden. Deshalb wäre eher die Bezeichnung „Falschzählung“ angebracht.

# 2 „Polizeiunbekannt“ infolge geringer KhD-Einordnung

## 2.1 Unterschiedliche KhD-Einordnung

Bis zum RJB 1991 erweckt das BKA den Anschein, dass die Kategorie „Als KhD erfasst“ bei den Drogentodesfällen dasselbe sei wie „polizeibekannt“. Grundlage dieser Daten bei den Todesfällen ist die KhD-Erfassung der Tatverdächtigen bei den Drogendelikten. Ob hier aber die KhD-Einordnung möglichst lückenlos erfolgt, wird anhand der „Konsumentendelikte“ überprüft, die vom Volumen her die größte Bedeutung haben.[69] Zu diesen erklärt das BKA:

> „Unter dem Begriff ‚Konsumentendelikte‘ werden ‚allgemeine Verstöße gegen das BtMG‘ verstanden. Diese betreffen Delikte gemäß § 29 BtMG, die den Besitz, den Erwerb und die Abgabe von Rauschgiften sowie ähnliche Delikte umfassen.“[70]

Nach einer Unterbrechung informiert die PKS der BRD ab 1997 wieder über die KhD-Erfassung der Tatverdächtige. Bis 2002 lauten die Quoten bei den Konsumentendelikten mit Heroin: 76,9 %, 76,2 %, 77,0 %, 79,5 %, 80,4 % und 82,1 %.[71] Im Hinblick auf eine weitere Korrektur der Hellefeld-Dunkelfend-Kalkulation für das Jahr 2002 wird der Jahrgang 2000 untersucht, da 79,5 % dem Durchschnittswert am nächsten kommt.

**Tabelle 3: Tatverdächtige bei Konsumentendelikten mit Heroin nach Ländern, 2000, I**

| Land | TV[1] | Als KhD erfasst | | Bereits TV[2] | | EKhD-Heroin | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | $\%^{TV}$ | n | $\%^{TV}$ | n | $\%^{TV}$ |
| Nordrhein-Westf. | 7.255 | 6.906 | 95,2 | 6.787 | 93,5 | 1.602 | 22,1 |
| Niedersachsen | 3.117 | 2.884 | 92,5 | 2.867 | 92,0 | 944 | 30,3 |
| Bremen | 404 | 313 | 77,5 | 380 | 94,1 | 114 | 28,2 |
| Rheinland-Pfalz | 989 | 748 | 75,6 | 806 | 81,5 | 557 | 56,3 |
| Baden-Württemb. | 2.887 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 954 | 33,0 |
| Bayern | 3.336 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 1.602 | 48,0 |
| Berlin | 945 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 341 | 36,1 |
| Hamburg | 1.290 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 237 | 18,4 |
| Hessen | 1.902 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 587 | 30,9 |
| Mecklenburg-V. | 43[4] | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 41 | 95,3 |
| Saarland | 165 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 105 | 63,6 |
| Sachsen | 551 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 242 | 43,9 |
| Sachsen-Anhalt | 312 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 162 | 51,9 |
| Schleswig-Holst. | 542 | | (67,7)[3] | | (85,9)[3] | 280 | 51,7 |
| Thüringen | 188 | 74 | 39,3 | 65 | 34,5 | 138 | 73,4 |
| BRD | 23.926[5] | 19.028[5] | 79,5 | 21.238[6] | 88,5[6] | 7.885 | 33,0 |
| Brandenburg | 63 | | | | (85,9)[3] | 29 | 46,0 |

Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: BKA (2001 a), Tab. 22; BKA (2001 b), S. 116; LKÄ (jew. 2001), jew. Tab. 22 bzw. NI: Tab. 13, NW: Tab 103; eigene Berechnungen.

1 Tatverdächtige.
2 Als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getreten.
3 Durchschnittswert der Länder, die keine Angaben gemacht haben. Siehe Kontext.
4 Differenz der übrigen Daten, PKS MV ohne Tabellenanhang.
5 Ohne Brandenburg, das keine KhD-Daten geliefert hat.
6 Inkl. Brandenburg.

---

69 Siehe Abschnitt 1.1 und 1.6, KhD.

70 BKA (2005 b), S. 7.

71 BKA (1998 a), S. 123; BKA (1999 – 2003 a), jew. Tab. 22.

In der Tabelle 3 sind die Tatverdächtigen der Bundesländer bei den Konsumentendelikten mit Heroin aufgelistet, die Untergruppe derjenigen, die „als KhD erfasst“ waren und deren Quote die Reihenfolge bestimmt, die Untergruppe derjenigen, die „als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getreten“ sind, und die „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ des Jahres 2000. Vor einer Analyse sind noch einige Anmerkungen zu machen:

- Nicht alle Tatverdächtigen bei den „allg. Verstößen“ sind Konsumenten. Einige sind nur Helfershelfer, die beispielsweise Drogen aufbewahrt oder Kurierdienste verrichtet haben. Deshalb kann man keine 100 %ige KhD-Erfassung erwarten.

- Eigentlich sind auch Probierer zu berücksichtigen, die man nicht als Konsumenten bezeichnen kann. Doch beim Heroin sind diese weitgehend zu vernachlässigen, da dessen Konsum sehr schnell abhängig macht. So ist die Wahrscheinlichkeit sehr gering, dass Probierer, die nach wenigen Versuchen den Konsum wieder einstellen, ausgerechnet in dieser kurzen Zeitspanne „polizeiauffällig“ werden.

- Ein beträchtlicher Teil der KhD-Einordnungen resultiert aus vorherigen Verfahren, sowohl mit Heroin als auch mit anderen harten Drogen.[72] Deshalb sind z. B. in Nordrhein-Westfalen sicher weniger als 95,2 % der Tatverdächtigen als Heroinkonsumenten eingestuft.

- Die „bereits Tatverdächtigen“ waren zuvor nicht nur wegen diverser Delikte mit Heroin tatverdächtig, sondern teilweise auch wegen Delikte mit anderen harten Drogen, mit weichen Drogen oder wegen anderer Straftaten ohne BtM-Bezug. Die jeweiligen Anteile sind nicht bekannt.

- Nur einige Länder haben die „Angaben zum Tatverdächtigen“ veröffentlicht. In den übrigen beträgt die Quote bezüglich der „als KhD Erfassten“ durchschnittlich 67,7 % und bezüglich der „bereits Tatverdächtigen“ durchschnittlich 85,9 %.[73]

Eine erschöpfende Untersuchung vorzunehmen, ist nicht beabsichtigt. Es soll lediglich auf wesentliche Zusammenhänge aufmerksam gemacht werden. Hier geht es zunächst nur um die Kategorie „Als KhD erfasst“. Die „bereits Tatverdächtigen“ werden im folgenden Unterabschnitt behandelt:

- Die KhD-Einordnung reicht von 39,3 % in Thüringen über durchschnittlich 67,7 % in den Ländern, die keine Angaben veröffentlicht haben, bis zu 95,2 % in Nordrhein-Westfalen.

  Bei diesem Verfahren kommt es also offenbar nicht so sehr auf den Sachverstand der örtlichen Ermittlungsbeamten an. Entscheidend sind vielmehr unterschiedliche Strategien und Vorgaben der Landeskriminalämter.

- Außer in Thüringen liegt die KhD-Einordnung in den Ländern, welche diese Daten veröffentlicht haben, über oder nahe dem Bundesdurchschnitt von 79,5 %.

---

[72] Siehe Abschnitt 1.6, KhD.

[73] Durchschnittliche Quote bei den KhD:

TV: 23.926 – 7.255 – 3.117 – 404 – 989 – 188 = 11.973
KhD: 19.028 – 6.906 – 2.884 – 313 – 748 – 74 = 8.103 8.103 : 11.973 = 67,7 %

Durchschnittliche Quote bei den „bereits Tatverdächtigen“: Da Brandenburg diese Daten geliefert hat, sind bei dieser Berechnung die Tatverdächtigen von Brandenburg zu addieren:

11.973 + 63 = 12.036 21.238 – 6.787 – 2.867 – 380 – 806 – 65 = 10.333 10.333 : 12.036 = 85,9 %

Offenbar wird in den übrigen Ländern die KhD-Einordnung auf einem unterdurchschnittlichen Niveau vorgenommen, so dass diese Daten deshalb nicht veröffentlicht werden.

- In vielen Ländern ist der Anteil derjenigen mit einer KhD-Einordnung auffallend gering. Das wird besonders deutlich, wenn man diejenigen vergleicht, die nicht erfasst sind. In Nordrhein-Westfalen sind das 4,8 % und in den Ländern, die keine Angaben veröffentlicht haben, durchschnittlich 32,3 %. Das ist das 6,7-Fache.

- Obwohl in Nordrhein-Westfalen KhD-Einordnungen am häufigsten vorgenommen werden, ist hier die Anzahl der EKhD-Einträge in Relation zu den Tatverdächtigen nahezu am geringsten.

  Man kann also nicht unterstellen, dass man in Nordrhein-Westfalen wahllos und ohne die gebotene Sorgfalt vorgeht, um möglichst viele EKhD-Einträge zu erzielen. So ist auch nicht anzunehmen, dass hier besonders viele KhD-Einordnungen nicht gerechtfertigt sind. Deshalb kommt Nordrhein-Westfalen dem Ideal einer möglichst lückenlosen Erfassung wohl am nächsten, obwohl sicher auch hier einige Tatverdächtige einer gebotenen Einordnung entgehen.

Die entscheidende Erkenntnis ist die, dass man sich auf das Urteil der Ermittlungsbeamten nicht verlassen kann. Diese folgen offenbar unterschiedlichen Anweisungen der LKÄ; denn ein unterschiedliches Niveau nur in den Dienststellen würde sich in den Ländern ausgleichen.

### 2.2 Jahrelang ohne KhD-Status

Welche Dimension die geringe KhD-Einordnung in einigen Ländern hat, wird deutlich, wenn man die „bereits Tatverdächtigen“ in die Betrachtung einbezieht. Es gibt Tatverdächtige mit den unterschiedlichsten Biographien. Manche sind seit 10 Jahren und mehr „als KhD erfasst“, manche werden im Jahr mehrmals tatverdächtig und nur eine Minderheit zum ersten Mal, denn im Bund sind nur 11,5 % zuvor noch nicht als Tatverdächtige in Erscheinung getreten. Die wesentlichen Aspekte im Einzelnen:

- In Thüringen ist das Niveau bei den „bereits Tatverdächtigen“ mit 34,5 % ähnlich niedrig wie bei den KhD-Einordnungen mit 39,3 %.

  Das liegt wohl daran, dass sich in diesem neuen Bundesland die Drogenszene im Jahr 2000 noch entwickelte und weitgehend im Verborgenen verblieb, so dass die Polizei erst einen Zugang finden musste und erst wenige Konsumenten kannte. Damit relativiert sich auch die besonders geringe KhD-Erfassung. Immerhin lassen die Daten darauf schließen, dass nur wenige der „erstmals Tatverdächtigen“ als Konsumenten eingestuft wurden.

- Abgesehen von Thüringen reichen die Quoten der „bereits Tatverdächtigen“ von 81,5 % in Rheinland-Pfalz bis 94,1 % in Bremen. Wie gravierend der Unterschied ist, wird wiederum deutlich, wenn man die „erstmals Tatverdächtigen“ vergleicht, also 5,9 % in Bremen und 18,5 % in Rheinland-Pfalz. Das ist das 3,1-Fache.

  Für eine Interpretation wären zusätzliche Informationen zu den „bereits Tatverdächtigen“ von Interesse. Es wäre z. B. wichtig zu erfahren, wie viele Personen in vorherigen Verfahren bereits „als KhD erfasst“ wurden, wie viele bereits tatverdächtig waren bezüglich einer

oder mehrerer Straftaten im Zusammenhang mit Heroin, mit anderen harten Drogen, mit weichen Drogen oder bezüglich Straftaten ohne BtM-Bezug. Dann könnte man Rückschlüsse ziehen auf die spezifische Strafverfolgung in den Ländern. Anhand dieser zusätzlichen Informationen könnte man auch einschätzen, wie sich diejenigen ohne eine KhD-Einordnung in etwa verteilen und ob sich die Angaben zu den EKhD-Einträgen in einer angemessenen Größenordnung bewegen.

- In Nordrhein-Westfalen sind bei 6,5 % „erstmals Tatverdächtigen“ 4,8 % der Tatverdächtigen nicht „als KhD erfasst“.

  Ein beträchtlicher Anteil der 4,8 % ohne KhD-Erfassung dürfte auf die nur 6,5 % „erstmals Tatverdächtigen“ entfallen sein, auch wenn ebenfalls Tatverdächtige nicht als Konsumenten eingestuft werden, gegen die in vorherigen Verfahren nur wegen weicher Drogen oder wegen Straftaten ohne BtM-Bezug ermittelt wurde.

  Ein beträchtlicher Anteil von 4,8 % ohne KhD-Einordnung bei nur 6,5 % „erstmals Tatverdächtigen“ ist viel. Es gibt also selbst in diesem Land, in dem das Niveau der KhD-Einordnung besonders hoch ist, genügend Spielraum, diese erst dann vorzunehmen, wenn man von dem Konsum der Betroffenen überzeugt ist. So werden wohl auch hier viele Tatverdächtige nicht „als KhD erfasst“, obwohl sie konsumieren. Auch deshalb sind nicht zwangsläufig viele Einordnungen falsch.

  Da die KhD-Einordnung eigentlich noch höher sein müsste als 95,2 %, bedeutet das auch, dass bei den „allg. Verstößen“ nur in sehr geringem Maße gegen Helfershelfer ermittelt wird, die selbst nicht konsumieren. Der Anteil beträgt wohl weniger als 3 %.

  Auch wenn in anderen Ländern weniger Tatverdächtige „als KhD erfasst“ sind und weniger „bereits tatverdächtig“ waren, lässt das nicht auf eine andere Zusammensetzung der Tatverdächtigen schließen und insbesondere nicht auf einen größeren Anteil der Helfershelfer. Das bedeutet wohl nur, dass Konsum seltener bescheinigt wird.

- In Nordrhein-Westfalen ist die Quote der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ in Relation zu den Tatverdächtigen mit 22,1 % sehr viel höher als diejenige der „erstmals Tatverdächtigen“ mit 6,5 % und es sind nur 4,8 % nicht „als KhD erfasst“.

  Im Bundesdurchschnitt resultieren etwa zwei Drittel der EKhD-Einträge aus den „allg. Verstößen“. Bei einer individuellen Berechnung für Nordrhein-Westfalen ergeben sich etwa 1.004 bzw. 13,8 %.[74] Im Hinblick auf nur 6,5 % „erstmals Tatverdächtige“ ist zu folgern, dass die Mehrheit der EKhD-Einträge auf Personen basiert, die bereits in vorherigen Ermittlungsverfahren tatverdächtig und damit „polizeibekannt“ waren.

  Berücksichtigt man zudem, dass ein beträchtlicher Anteil der 4,8 % ohne KhD-Einordnung auf die nur 6,5 % „erstmals Tatverdächtigen“ entfällt, ist dann sogar der weit überwiegende Anteil der EKhD-Einträge auf Personen zurückzuführen, die schon vor dem aktuellen Verfahren „polizeibekannt“ waren.

---

[74] Siehe Abschnitt 1.6, EKhD. Die Daten aus NRW: allg. Verstöße: 6.906 KhD; Handel/Schmuggel: 3.519 KhD; Einfuhr: 590 KhD. Siehe LKA NRW (2001), Tab. 103. Gesamt: 11.015 KhD. Die KhD-Einordnungen bei den allg. Verstößen haben einen Anteil von 62,7 %. 6.906 : 11.015 = 62,7 %

Eine entsprechende Reduzierung der EKhD-Einträge ergibt 1.004 bzw. 13,8 % in Relation zu den Tatverdächtigen. 1.602 ∗ 62,7 % = 1.004 1.004 : 7.255 = 13,8 %

- In Bremen sind einerseits noch weniger Personen „erstmals tatverdächtig“ als in Nordrhein-Westfalen: 5,9 % im Vergleich zu 6,5 %. Gleichzeitig sind aber etwa 4,7-mal mehr Tatverdächtige nicht als Konsumenten eingestuft als in Nordrhein-Westfalen: 22,5 % im Vergleich zu 4,8 %.

  Deshalb kann man davon ausgehen, dass in Bremen diese drei Gruppen fast vollständig nicht als Konsumenten eingestuft wurden: die „erstmals Tatverdächtigen“, diejenigen, gegen die in vorherigen Verfahren nur wegen weicher Drogen ermittelt wurde, und diejenigen, gegen die zuvor nur wegen Straftaten ohne BtM-Bezug ermittelt wurde. Doch offenbar wurden teilweise sogar auch die nicht als Konsumenten eingestuft, die zuvor bereits wegen einer Straftat mit harten Drogen tatverdächtig waren. In Bremen können also KhD mehrere Jahre „polizeibekannt“ sein, da sie Straftaten mit harten Drogen begangen haben, ohne „als KhD erfasst“ zu werden.

  Das ist umso bemerkenswerter, da es gerade beim Heroin nicht schwer sein dürfte, den Konsum nachzuweisen; denn die meisten Tatverdächtigen werden schon von sich aus darauf hinweisen, um eine möglichst geringe Strafe zu erreichen nach dem Motto: Sie hätten nur Drogen für den Eigenbedarf besessen. Oder sie führen die eigene Abhängigkeit an, um mit der Auflage „Therapie statt Strafe“ davonzukommen. Auch können sie meist ohne Umstände Einstichstellen vorzeigen, um die Injektion von Heroin nachzuweisen. Unter diesen Gesichtspunkten werden auch in Nordrhein-Westfalen zu wenige Tatverdächtige als Konsumenten erfasst.

  Es ist nicht anzunehmen, dass man in Bremen vor allem Helfershelfer strafrechtlich verfolgt. Es ist auch nicht anzunehmen, dass die Ermittler in Bremen weniger Erfahrung besitzen als in Nordrhein-Westfalen, um Drogenkonsum nachzuweisen. Wenn dann aber die Bremer Ermittler in diesem Ausmaß Tatverdächtige nicht „als KhD erfassen“, kann das nur bedeuten, dass sie in vielen Fällen den Konsum zwar erkennen, aber nicht bescheinigen. Es sind also viele Tatverdächtige als Konsumenten bekannt, aber nicht entsprechend eingestuft. Das kann nur an Vorgaben des LKA liegen.

- In Rheinland-Pfalz sind 75,6 % der Tatverdächtigen „als KhD erfasst“ und in den Ländern, die keine „Angaben zum Tatverdächtigen“ veröffentlicht haben, durchschnittlich 67,7 %. Das ist jeweils noch weniger als 77,5 % in Bremen.

  Das lässt darauf schließen, dass auch in diesen Ländern Konsumenten systematisch nur zu einem geringen Anteil „als KhD erfasst“ werden und dass die meisten LKÄ diese Daten deshalb nicht veröffentlichen, damit dieses Verfahren nicht auffällt.

Es ließen sich noch weitere Daten analysieren. Doch zu viele Details können auch den Blick auf die wesentlichen Zusammenhänge verstellen. Die wichtigsten Erkenntnisse noch einmal zusammengefasst:

- Der Anteil der Helfershelfer bei den Tatverdächtigen beträgt wohl weniger als 3 %. Entsprechend ist von etwa 97 % Konsumenten auszugehen.
- „Erstkonsumenten“ bzw. „Erstauffällig Konsumenten harter Drogen“ waren in den meisten Fällen bereits aufgrund vorheriger Ermittlungsverfahren „polizeibekannt“.
- In den meisten Ländern werden viele Tatverdächtige nicht „als KhD erfasst“, obwohl die Ermittler wissen, dass sie es mit Konsumenten zu tun haben.

## 2.3 Widersprüchliche Interessen bezüglich der KhD-Einordnung

Die unterschiedliche KhD-Einordnung der örtlichen Dienststellen kann nur auf entsprechenden Anweisungen der LKÄ beruhen. Diesen wiederum liegen offenbar widersprüchliche Interessen zugrunde, die mit diesem Verfahren verbunden sind. Ein hohes Datenniveau ist vorteilhaft aus folgenden Gründen:

- Viele Tatverdächtige werden als EKhD im INPOL registriert und diese EKhD-Einträge werden häufig mit den Drogentodesfällen in Beziehung gesetzt. Seitdem im RJB 1993 das Schätzverfahren für Polizeidaten eingeführt wurde, erlangte die Bedeutung hoher EKhD-Daten eine zusätzliche Dimension und damit deren Grundlage: ein hohes Niveau bei der KhD-Einordnung; denn nur auf dieser Basis lassen sich Konsumentenzahlen errechnen, die sich im Bereich anderer Schätzergebnisse bewegen.

- In der ersten Expertise des IFT zu den Schätzverfahren von 1993 wurde unter maßgeblicher Beteiligung von vier Mitarbeitern des BKA u. a. vorgeschlagen, für eine lückenlose KhD-Einordnung zu sorgen, um die Qualität des Datenmaterials zu verbessern.[75] Für die nächsten Jahre war eine Überprüfung bezüglich der vorgeschlagenen Maßnahmen und die Veröffentlichung einer weiteren Expertise vorgesehen. Nur durch eine hohe KhD-Einordnung hätte man vermeiden können, dass das BKA sich dem Vorwurf ausgesetzt sieht, sich nicht entsprechend engagiert zu haben. Doch stattdessen haben die meisten Länder diese Daten nicht veröffentlicht.

- Die „Angaben zum Tatverdächtigen“ in der PKS beziehen sich auf alle Delikte. Wurden also Tatverdächtige wegen eines Drogenvergehens „als KhD erfasst“, werden sie fortan auch beim Diebstahl, Raub, Betrug usw. „als KhD erfasst“ aufgelistet. Damit dient diese Kategorie auch dazu, den Schaden vorzuführen, der durch Drogenkonsumenten verursacht wird. Das wird aber nur erreicht, wenn die KhD-Einordnung hoch ist.

Eine geringe KhD-Einordnung hat dagegen nur diesen einen Vorteil: Sie bewirkt, dass viele verstorbene Drogenkonsumenten zwar „polizeibekannt“ waren, aber infolge eines mangelnden „KhD-Status“ fälschlich als „polizeiunbekannt“ gelten. Wie gezeigt wurde, können Konsumenten jahrelang der Polizei bekannt und mehrmals vorbestraft sein, bis sie einen KhD-Status erhalten. Erst danach werden sie als „Erstauffällige“ gezählt bzw. erhalten einen EKhD-Eintrag im INPOL. Doch bis dahin bescheinigen die örtlichen Dienststellen im Todesfall gerade nicht „als KhD erfasst“. Das wird dann so ausgelegt, als seien sie „polizeiunbekannt“.

Offenbar haben sich nur wenige LKÄ zugunsten einer hohen KhD-Erfassung entschieden. Die Mehrheit zieht es vor, einen beträchtlichen Anteil der „polizeibekannten“ Drogentoten den „polizeiunbekannten“ zuzurechnen. Dabei nehmen sie bezüglich der anderen genannten Aspekte beträchtliche Nachteile in Kauf.

Aufgrund dieses Zusammenhangs ist auch auszuschließen, dass die örtlichen Dienststellen verstorbene Drogenkonsumenten „als KhD erfasst“ melden, die noch keinen offiziellen KhD-Status hatten, aber bekannt waren. Das BKA und die Landeskriminalämter sorgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit dafür, dass das nicht geschieht, denn nur dann macht die geringe KhD-Einordnung Sinn. Sonst könnte man diese gleich erhöhen und alle LKÄ könnten diese Daten veröffentlichen.

---

[75] IFT 1993, 9.

Auf solchen Fällen kann also nicht die Differenz zwischen den Angaben der örtlichen Dienststellen und denjenigen des BKA zur vermeintlichen „Polizeiauffälligkeit“ basieren und erst recht nicht auf solchen, bei denen die Verstorbenen angeblich „erst im Zusammenhang mit den Todesursachenermittlungen“ bekannt geworden sind.[76]

Allerdings sind in den Ländern mit einer geringen KhD-Einordnung teilweise besonders hohe EKhD-Daten zu verzeichnen. Diese sind jedoch unglaubwürdig und werden in Abschnitt 3 analysiert.

Obwohl das IFT und das BKA in der genannten Expertise zu den Schätzverfahren bereits 1993 vorschlugen, für eine lückenlose KhD-Einordnung zu sorgen, setzten die LKÄ diesen Vorschlag nicht um. Das konnte wohl nur in Absprache mit dem BKA geschehen. Erst ab dem Jahr 2000 wurden die Quoten allmählich geringfügig erhöht, wie den zu Beginn von Abschnitt 2.1 angeführten Daten zu entnehmen ist. Zuvor blieben sie jahrelang fast unverändert auf dem Niveau der 1980er-Jahre, denn von 1986 – 90 beliefen sich die entsprechenden Quoten auf: 75,4 %, 77,7 %, 77,0 %, 76,6 %, 79,8 %.[77]

Es ist nicht bekannt, nach welchen Kriterien die örtlichen Dienststellen eine KhD-Einordnung vornehmen. Kaum vorstellbar sind Vorgaben der LKÄ, die sich auf mögliche Situationen beziehen; denn auszuschließen ist, dass Tatverdächtige den Konsum zugeben müssen, wie bereits erläutert wurde. Ebenfalls scheidet aus, dass die Betroffenen Injektionsstellen vorweisen müssen. So könnten nur andere Nachweise, eventuell ärztliche Bescheinigungen, erforderlich sein – ganz im Gegensatz zur bereits mehrfach zitierten Erklärung des IFT:

> „Der kriminalpolizeiliche Sachbearbeiter entscheidet je nach Sachverhalt ... es müssen Anzeichen oder Aussagen den Gebrauch harter Drogen belegen.“[78]

Es ist aber möglich, dass die LKÄ Regeln vorgegeben, die sich auf die Anzahl polizeilicher Ermittlungsverfahren beziehen. Eventuell werden die Betroffenen erst dann „als KhD erfasst“, wenn sie zum zweiten- oder dritten Mal bezüglich bestimmter Delikte tatverdächtig sind. Vielleicht sind auch vorgegebene Prozentsätze einzuhalten.

### 2.4 Korrektur und Auswirkung auf die Mortalitätsraten

In Abschnitt 1.5 wird das Schätzverfahren für Polizeidaten vorgestellt. Für das Jahr 2002 ergab eine Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation 188.000 Heroinkonsumenten. Doch das BKA ordnete bei dieser Kalkulation durch Anwendung einer „Detailauswertung“ einen erheblichen Anteil der Todesfälle dem „Dunkelfeld“ zu, obwohl die Verstorbenen „polizeibekannt“ gewesen sind. Da das Ergebnis „188.000 Heroinkonsumenten“ den Ergebnissen anderen Schätzverfahren entspricht, wird es in der hier vorgelegten Analyse beibehalten. Auf dieser Basis wurde bisher das falsche Verhältnis bei den Todesfällen zurechtgerückt. So ergab sich eine etwa 3,2-mal höhere Mortalitätsrate beim „Polizeilichen Hellfeld“ im Vergleich zum „Dunkelfeld“.

Aufgrund der neuen Erkenntnisse sind bei dieser Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation weitere Verhältnisse zurechtzurücken. Infolge der geringen KhD-Einordnung der meisten Länder wird

---

[76] Siehe Abschnitt 1.1 und 1.3.

[77] BKA (1987 – 91 a), Tab. 22.

[78] IFT (1993), S 6. Siehe auch Abschnitt 1.2.1 und 4.

ein weiterer beträchtlicher Anteil der Drogentoten fälschlich für „polizeiunbekannt“ erklärt. Sie werden sozusagen vom „Polizeilichen Hell-“ zum „Dunkelfeld“ verschoben. Dabei nimmt man in Kauf, dass auch eine entsprechende Anzahl Konsumenten nicht „als KhD erfasst“ wird, so dass im INPOL weniger EKhD-Einträge vorgenommen werden. Diese Konsumenten werden dann bei der Anwendung des fraglichen Schätzverfahrens ebenso fälschlich nicht beim „Hellfeld“ verbucht, sondern beim „Dunkelfeld“. Beides ist zu korrigieren.

Es ist also zu prüfen, wie viele Drogentodesfälle und Konsumenten voraussichtlich betroffen sind. Zu diesem Zweck wird zunächst anhand des Beispiels von Nordrhein-Westfalen geschätzt, wie viele Tatverdächtige fälschlich nicht als Konsumenten eingestuft werden. In NRW sind 95,2 % der Tatverdächtigen bei den Konsumentendelikten mit Heroin „als KhD erfasst“. Wie gezeigt wurde, müsste die KhD-Einordnung auch hier eigentlich sogar noch höher ausfallen, da es voraussichtlich weniger als 3 % Helfershelfer gibt und etwa 97 % Konsumenten.[79] Es wurde auch bereits erklärt, warum bei Heroin Probierer bzw. Gelegenheitskonsumenten weitgehend zu vernachlässigen sind.[80]

Man könnte also auch auf Bundesebene von 97 % Konsumenten ausgehen. Allerdings sind die Daten von Nordrhein-Westfalen nicht 1 : 1 zu übertragen, da die Verhältnisse in anderen Ländern eventuell unterschiedlich sind. Vielmehr ist eine Toleranz einzuräumen. Dem ist wohl hinreichend Rechnung getragen, wenn man im Bund von 5 % Helfershelfern ausgeht – zwei Drittel mehr – und von 95 % Konsumenten. Dann sind etwa 15,5 % der Tatverdächtigen bei den „allg. Verstößen mit Heroin“ zwar Konsumenten, aber nicht „als KhD erfasst“, und es sind entsprechende Korrekturen bei den Todesfällen und bei den Konsumenten vorzunehmen.

Eine solche Korrektur basiert auf der ***Grundannahme***, dass nicht nur im Jahr 2000, sondern dass insgesamt 15,5 % der Konsumenten zwar „polizeibekannt“ waren und somit zum „Polizeilichen Hellfeld“ gehörten, dass diese aber nicht dem „Hellfeld“ zugerechnet wurden infolge der systematischen Mindererfassung von Jahr zu Jahr. Entsprechendes gilt für die Todesfälle. Doch wie fiel die Mindererfassung zu 95 % in den anderen Jahren aus? Das geht aus den eingangs in Abschnitt 2.1 angeführten Daten hervor. Von 1997 – 2002 betrug die Mindererfassung: 18,1 %, 18,8 %, 18,0 %, 15,5 %, 14,6 % und 12,9 %. Also liegt 15,5 % etwa in der Mitte, genau genommen sogar etwas darunter. Deshalb wurde der Jahrgang 2000 untersucht.

Bei einer Korrektur um 15,5 % ist zu berücksichtigen, dass sich dieser Anteil auf die Gesamtzahl der Tatverdächtigen bezieht, also auf 100 %. Da es bei den bisher berechneten „polizeibekannten“ Konsumenten und Todesfällen andere Grundbeträge gibt, können 15,5 % nicht einfach addiert werden. Stattdessen sind die Anteile proportional zu erhöhen. 95 % sind 19,5 % mehr als 79,5 %. Die anderen Beträge sind also um 19,5 % zu erhöhen.

Doch zuvor noch ein Blick auf die Verhältnisse beim „illeg. Handel und Schmuggel“ und der „illeg. Einfuhr“, aus denen etwa ein Drittel der EKhD-Einträge resultiert.[81] Wenn man diese Delikte zusammenfasst, beträgt in Nordrhein-Westfalen die Quote derjenigen, die „als KhD erfasst“ sind, 81,5 %.[82] Ob hier die KhD-Einordnung weniger gründlich vorgenommen wird,

---

[79] Siehe Abschnitt 2.3.

[80] Siehe Abschnitt 2.2.

[81] Siehe Abschnitt 1.6, EKhD.

[82] Jeweils bezüglich Heroin: Handel/Schmuggel: 4.347 TV, 3.519 KhD (81,0 %); Einfuhr: 695 TV, 590 KhD (84,9 %). Siehe LKA NRW (2001), Tab. 103. Gesamt: 5.042 TV, 4.109 KhD (81,5 %).

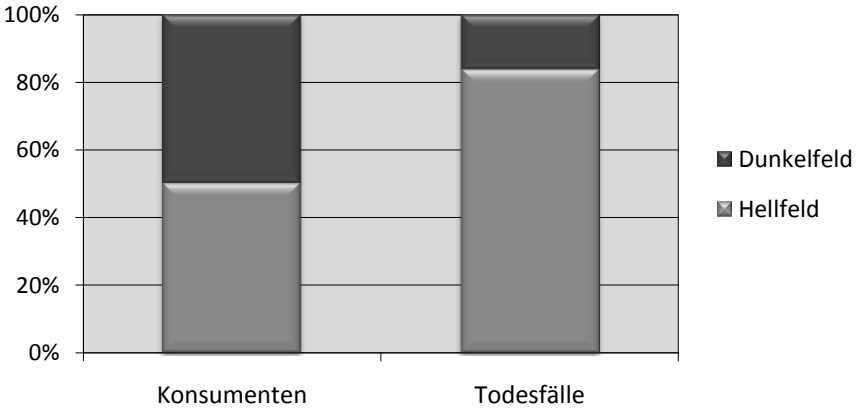
kann nicht beurteilt werden. Es ist aber festzustellen, dass diese Quote auf Bundesebene mit 66,3 % ebenfalls deutlich niedriger ausfällt.[83] 81,5 % sind 22,9 % mehr als 66,3 %. Insgesamt müsste also eine höhere Anpassung vorgenommen werden als um 19,5 %. Wenn man es dennoch bei 19,5 % belässt, ist das ein weiterer Beitrag zu einer zurückhaltenden Kalkulation.

Bei der Einschätzung, wie viele Todesfälle voraussichtlich falsch zugeordnet wurden, wird vorläufig von der ***Grundannahme*** ausgegangen, dass bei den „polizeibekannten" Konsumenten die Wahrscheinlichkeit zu sterben immer gleich ist. Es wird also nicht unterschieden, ob die Betroffenen „als KhD erfasst" waren, ob sie zwar als Konsumenten bekannt waren, aber nicht entsprechend eingestuft, oder ob sie „polizeibekannt" waren, ohne dass die Ermittler wussten, dass sie es mit KhD zu tun hatten.

Da Herointodesfälle von den übrigen Drogentodesfällen nicht exakt zu trennen sind – im folgenden Unterabschnitt werden zumindest Anhaltspunkte für eine ungefähre Dimension dieses Verhältnisses gegeben –, kann nicht mit konkreten Fallzahlen operiert werden. Es ist nur möglich, den Anteil beim „Hellfeld" um 19,5 % zu erhöhen. Der Effekt ist aber der gleiche. Ebenso wird mit den Konsumenten verfahren. Nach dieser Anpassung sind etwa 83,7 % der Todesfälle und etwa 50,2 % der Konsumenten dem „Polizeilichen Hellfeld" zuzuordnen.[84]

Wenn man mit diesen Daten die Korrektur der Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation von Abschnitt 1.5 fortsetzt und wie zuvor von etwa 188.000 Heroinkonsumenten im Jahr 2002 ausgeht, entfielen 83,7 % der Todesfälle auf 50,2 % der Konsumenten beim „Polizeilichen Hellfeld" und 16,3 % der Todesfälle auf 49,8 % der Konsumenten beim „Dunkelfeld". Die Wahrscheinlichkeit zu sterben war dann etwa 5,2-mal höher für diejenigen, die der Polizei bekannt waren.[85]

**Abbildung 2: Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, II**




Quelle: eigene Entw., Basis: BKA (2003 b), S. 67 u. Tab. 21.

---

[83] Jeweils bezüglich Heroin (ohne Brandenburg, das keine KhD-Daten geliefert hat): Handel/Schmuggel: 12.799 TV, 8.405 KhD (65,7 %); Einfuhr: 1.257 TV, 916 KhD (72,9 %). Siehe BKA (2001 a), Tab. 22. Gesamt: 14.056 TV, 9.321 KhD ((66,3 %).

[84] Ergebnis von Abschnitt 1: Hellfeld : Dunkelfeld bei den Konsumenten: 42 % : 58 %, bei den Todesfällen: 70 % : 30 %. Hier wird bei beiden Bereichen der Anteil beim Hellfeld proportional um 19,9 % erhöht.

Todesfälle: Hellfeld: 119,5 % ∗ 70 % = 83,7 % Dunkelfeld: 100 % – 83,7 % = 16,3 %
Konsumenten: Hellfeld: 119,5 % ∗ 42 % = 50,2 % Dunkelfeld: 100 % – 50,2 % = 49,8 %

[85] Quotient Hellfeld: 83,7 % : 50,2 % = 1,67 Quotient Dunkelfeld: 16.3 % : 49,8 % = 0,32
1,67 : 0,32 = 5,2

Die Daten werden exakt berechnet, damit sich mögliche Abweichungen bei den noch folgenden Korrekturen nicht potenzieren. Obwohl Schätzungen immer nur Annäherungswerte ergeben, wird als Ergebnis kein Bereich von ... bis ... angegeben, da dann bei weiteren Schritten jeweils doppelte Berechnungen bezüglich einer oberen und unteren Bereichsgrenze erforderlich wären. Erst am Schluss wird eine großzügige Toleranz eingeräumt.

Nur durch eine geringe KhD-Einordnung von etwa 75 – 80 % bei den Konsumentendelikten – auf Bundesebene – wurde erreicht, dass die örtlichen Dienststellen nur etwa 70 % der Drogentoten „als KhD erfasst“ melden konnten. Sonst hätten diese Quoten fast 85 % betragen und hätte somit reichlich Anlass gegeben, die Arbeit der Polizei in Frage zu stellen.

Trotz Einführung der „Detailauswertung“ im Jahr 1992 wurden die Quoten der örtlichen Dienststellen noch bis 1995 veröffentlicht, allerdings mit falschen Erklärungen versehen.[86] Danach waren diese hohen Quoten noch bis zum RJB 1997 in der Tabelle „Rauschgifttote – Altersstruktur – Zeitreihe“ aufgelistet und wurden im RJB 1998 rückwirkend durch die niedrigen Quoten nach Durchführung der „Detailauswertung“ ersetzt.

Da ist es nur allzu verständlich, dass die LKÄ dem Vorschlag des IFT nicht nachgekommen sind, für eine lückenlose KhD-Erfassung zu sorgen, bis die hohen Daten ohne Anwendung der „Detailauswertung“ möglichst in Vergessenheit geraten sind. Es hätte ja jemand die Maßnahmen des BKA durchschauen und die Quoten der örtlichen Dienststellen einfordern können.

## 2.5 Herointodesfälle und Drogentodesfälle

Herointodesfälle sind zwar nicht exakt von den allgemeinen Drogentodesfällen zu trennen. Es soll aber zumindest ein Eindruck gegeben werden, in welcher Größenordnung sich der Anteil der erstgenannten Fälle voraussichtlich bewegt. Im RJB 1994 wird letztmals eine präzise Angabe gemacht:

> „Im Zusammenhang mit der Todesursachenbestimmung sind nach wie vor die Erkenntnisse aus Berlin, wo jeder gemeldete Rauschgifttote obduziert wurde, von besonderer Bedeutung. In 96,3 % der Todesfälle konnte eine Überdosierung von Opiaten (Heroin bzw. Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Btm/Alkohol/Pharmaka) nachgewiesen werden.“[87]

Im Bund lag 1994 die Obduktionsrate bei 59,6 %[88] und selbst in solchen Fällen wird eine toxikologische Untersuchung oft nur teilweise vorgenommen.[89] Als Todesursache sind im Bund für dieses Jahr angegeben: „Überdosis von Heroin“: 50,9 % und „von Heroin in Verbindung mit anderen Drogen“: 15,3 %. Danach beträgt der gesamte Anteil der Herointodesfälle nur 66,2 %.

Doch auch unter folgenden Kategorien verbergen sich viele Todesfälle, die im Zusammenhang mit Heroin oder Ersatzstoffen stehen:[90] „Überdosis allgemein (ohne Angabe eines BtM)“:

---

[86] Siehe Abschnitt 1.1 und 1.6.

[87] BKA (1995 b), S. 161.

[88] BKA (1995 b), S. 160.

[89] Siehe König/Kreuzer (1998), S. 178 ff.

[90] Die Einnahme von Ersatzstoffen ist derjenigen von Heroin gleichzusetzen. Das ergibt sich aus der Definition des Drogentodes, die in Abschnitt 1.6 zitiert ist. Siehe unter Rauschgifttod.

6,7 %, „Suizid“: 9,9 %, „Langzeitschäden“: 6,6 %, „Unfall / Sonstige“: 1,0 %.[91] Diese Fälle haben zusammen einen Anteil von 24,2 %.

Es ist auch möglich, dass die Einnahme von Heroin oder Ersatzstoffen übersehen wurde, wenn als Ursache andere Drogen diagnostiziert wurden. Der Anteil der Herointodesfälle lag also auch im Bund nicht bei 66,2 %, sondern voraussichtlich bei etwa 90 % oder sogar mehr.

## 2.6 Begriffe und Definitionen

Die neuen Erkenntnisse von Abschnitt 2 machen es erforderlich, einigen bereits vorgestellten Schlüsselbegriffen wesentliche Aspekte hinzuzufügen.

**Konsument harter Drogen (KhD)**

In vielen Bundesländern werden KhD nicht nur in Einzelfällen – etwa wenn noch Zweifel am Konsum bestehen –, sondern systematisch nur in geringem Maße „als KhD erfasst“. Viele Konsumenten sind der Polizei als KhD bekannt, aber nicht entsprechend eingestuft, und sie werden erst nach wiederholten Ermittlungsverfahren wegen Drogendelikten „als KhD erfasst“.

**Erstauffälliger Konsument harter Drogen (Erstkonsument harter Drogen, EKhD)**

Bezüglich dieser Begriffe sind zwei wesentliche neue Erkenntnisse hervorzuheben. Die erste steht in diametralem Gegensatz zu ihrem eigentlichen Wortsinn:

- „Erstauffällige Konsumenten harter Drogen“ – bzw. „Erstkonsumenten harter Drogen“ – waren in den meisten Fällen bereits aufgrund vorheriger Ermittlungsverfahren „polizeibekannt“.

Der Begriff „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“ bezeichnet also ebenso wenig eine Person, die zum ersten Mal „polizeiauffällig“ ist, wie der Begriff „Erstkonsument harter Drogen“ eine Person bezeichnet, die zum ersten Mal harte Drogen konsumiert.

In den meisten Bundesländern werden viele Tatverdächtige nicht „als KhD erfasst“, obwohl die Ermittler wissen, dass sie es mit Drogenkonsumenten zu tun haben. Daraus ergibt sich eine weitere bemerkenswerte Bedeutungsmöglichkeit. Ein „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“ bzw. „Erstkonsument harter Drogen“ kann auch jemand sein,

- der den örtlichen Dienststellen zwar schon jahrelang als KhD bekannt war, aber offiziell nicht entsprechend eingestuft wurde, damit ggf. sein Todesfall dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugeordnet wird.

Offenbar dienen die fraglichen Begriffe vor allem auch dazu, diesen Zusammenhang zu verschleiern.

**Polizeibekannt (polizeiunbekannt)**

Es ist deutlich geworden, dass auch dieser Begriff differenziert zu betrachten ist. Hier interessiert vor allem die Situation bei den Heroinkonsumenten. Diese können „polizeibekannt“ sein,

[91] BKA (1995 b), S. 161.

- da aktuell gegen sie ermittelt wird oder
- da bereits in der Vergangenheit gegen sie ermittelt wurde wegen einer Straftat
  - mit Heroin,
  - mit anderen harten Drogen,
  - mit weichen Drogen oder
  - ohne BtM-Bezug.

Es ist jeweils zwischen folgenden Situationen zu unterscheiden. Heroinkonsumenten, die „polizeibekannt“ sind, können

- „als KhD erfasst“ sein,
- als KhD bekannt, aber nicht entsprechend erfasst sein, oder
- nicht als KhD bekannt sein.

# 3 Überhöhte EKhD-Daten

## 3.1 Falsche Angaben

Als nächstes wird geprüft, ob sich die EKhD-Daten der Bundesländer in einer nachvollziehbaren Größenordnung bewegen. Zu diesem Zweck wurde Tabelle 3 abgewandelt. Hier sind die Daten geordnet gemäß der Relation der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ zu den Tatverdächtigen bei den „allg. Verstößen gegen das BtMG mit Heroin“ bzw. bei den Konsumentendelikten mit Heroin.

**Tabelle 4: Tatverdächtige bei Konsumentendelikten mit Heroin nach Ländern, 2000, II**

| Land | TV | Als KhD erfasst | | Bereits TV | | EKhD-Heroin | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | $\%^{TV}$ | n | $\%^{TV}$ | n | $\%^{TV}$ |
| Mecklenburg-V. | 43 | | (67,7) | | (85,9) | 41 | 95,3 |
| Thüringen | 188 | 74 | 39,3 | 65 | 34,5 | 138 | 73,4 |
| Saarland | 165 | | (67,7) | | (85,9) | 105 | 63,6 |
| Rheinland-Pfalz | 989 | 748 | 75,6 | 806 | 81,5 | 557 | 56,3 |
| Sachsen-Anhalt | 312 | | (67,7) | | (85,9) | 162 | 51,9 |
| Schleswig-Holst. | 542 | | (67,7) | | (85,9) | 280 | 51,7 |
| Bayern | 3.336 | | (67,7) | | (85,9) | 1.602 | 48,0 |
| Sachsen | 551 | | (67,7) | | (85,9) | 242 | 43,9 |
| Berlin | 945 | | (67,7) | | (85,9) | 341 | 36,1 |
| Baden-Württemb. | 2.887 | | (67,7) | | (85,9) | 954 | 33,0 |
| Hessen | 1.902 | | (67,7) | | (85,9) | 587 | 30,9 |
| Niedersachsen | 3.117 | 2.884 | 92,5 | 2.867 | 92,0 | 944 | 30,3 |
| Bremen | 404 | 313 | 77,5 | 380 | 94,1 | 114 | 28,2 |
| Nordrhein-Westf. | 7.255 | 6.906 | 95,2 | 6.787 | 93,5 | 1.602 | 22,1 |
| Hamburg | 1.290 | | (67,7) | | (85,9) | 237 | 18,4 |
| BRD | 23.926 | 19.028 | 79,5 | 21.238 | 88,5 | 7.885 | 33,0 |
| Brandenburg | 63 | | | | (85,9) | 29 | 46,0 |

Quellenangaben und weitere Hinweise siehe Tabelle 3.

Vor der Analyse noch einige Anmerkungen:

- Tatverdächtige, Tatverdächtige, die „als KhD erfasst“ sind, und EKhD sind mit Einschränkungen jeweils Teilgruppen und stellen ein relativ geschlossenes System dar. Die Daten müssen sich also in einer angemessenen Größenordnung bewegen.

- Im Bundesdurchschnitt resultieren etwa zwei Drittel der EKhD-Einträge aus „allg. Verstößen“ und etwa ein Drittel aus „illeg. Handel und Schmuggel“ und „illeg. Einfuhr“.[92] In den Ländern sind diesbezüglich Abweichungen zu verzeichnen. Falls diese relevant sind, wird das thematisiert.

- In der Regel entspricht in den Ländern das Niveau der KhD-Einordnung bei den „übrigen Verstößen“ demjenigen bei den „allg. Verstößen“. Diesbezüglich ist eine Untersuchung der „allg. Verstöße“ also hinreichend aussagekräftig.

[92] Siehe Abschnitt 1.6, KhD.

- Je weniger KhD-Einordnungen die örtlichen Dienststellen vornehmen, umso häufiger können Konsumenten als Tatverdächtige ermittelt werden, ohne dass das zu einer KhD-Einordnung führt.[93] Da viele nur ein- oder zweimal polizeiauffällig werden, werden dann umso mehr Konsumenten zwar als Tatverdächtige im INPOL registriert, nicht aber als EKhD.[94] Das führt also zu einer Mindererfassung bei den EKhD-Einträgen.

Auch hier lassen sich bemerkenswerte Zusammenhänge aufzeigen, die ähnlich weitreichende Konsequenzen nach sich ziehen wie in Abschnitt 2:

- Nordrhein-Westfalen hat von allen Ländern, welche die „Angaben zum Tatverdächtigen" veröffentlicht haben, die höchste KhD-Einordnung. Gleichzeitig ist ausgerechnet hier bei dem Verhältnis der EKhD-Einträge zu den Tatverdächtigen mit 22,1 % fast der geringste Wert zu verzeichnen.

  Das deutet darauf hin, dass mit diesen Daten etwas nicht stimmen kann, denn eigentlich werden ja bei einer hohen KhD-Einordnung besonders viele EKhD-Einträge im INPOL registriert. Es wäre also auch bei dem Verhältnis der EKhD-Einträge zu den Tatverdächtigen ein Spitzenwert zu erwarten.

- Der Bundesdurchschnitt bei der Relation der EKhD-Einträge zu den Tatverdächtigen liegt fast um die Hälfte höher als in Nordrhein-Westfalen: 33 % im Vergleich zu 22,1 %, obwohl deutlich weniger KhD-Einordnungen vorgenommen wurden: 79,5 % im Vergleich zu 95,2 %.

  Isoliert betrachtet, lässt dieser Zusammenhang darauf schließen, dass die meisten anderen Länder zu hohe EKhD-Daten veröffentlichen.

- In manchen Ländern beträgt der Prozentsatz bei der Relation der EKhD-Einträge zu den Tatverdächtigen sogar ein Mehrfaches desjenigen von Nordrhein-Westfalen, z. B. 63,6 % im Saarland im Vergleich zu 22,1 %, obwohl die KhD-Einordnung in den Ländern, welche diese Daten nicht veröffentlicht haben, durchschnittlich sehr gering ist: 67,7 % im Vergleich zu 95,2 % in Nordrhein-Westfalen.

  Dieses Missverhältnis ist so krass, dass eigentlich nur falsche EKhD-Daten als Ursache in Betracht kommen. Allerdings fehlen wichtige Daten für eine weitergehende Analyse, da die „Angaben zum Tatverdächtigen" nicht veröffentlicht sind.

- In Thüringen übertreffen 138 „Erstauffällige Heroinkonsumenten" deutlich 74 KhD-Einordnungen bei den Konsumentendelikten mit Heroin.

  Generell kann es nicht mehr „Erstauffällige KhD" geben als Tatverdächtige, die „als KhD erfasst" sind bei allen Verstößen gegen das BtMG; denn nur bei diesen Delikten werden KhD-Einordnungen vorgenommen und nur aus diesen können EKhD-Einträge im INPOL resultieren. Die „Erstauffälligen KhD" sind eine Teilgruppe der „als KhD Erfassten", denn viele KhD-Einordnungen wurden bereits in den Vorjahren oder wegen anderer harter Drogen vorgenommen.[95]

---

[93] Siehe Abschnitt 2.2.

[94] Siehe Abschnitt 1.2.

[95] Siehe Abschnitt 1.6.

Wegen der hohen EKhD-Daten in Thüringen sind also auch die Daten der anderen Delikte mit Heroin von Interesse: „illeg. Handel und Schmuggel“: 113 Tatverdächtige, 19 KhD; „illeg. Einfuhr“: 3 Tatverdächtige, 1 KhD. Insgesamt sind also bei den relevanten Drogendelikten nur 94 Tatverdächtige mit einer KhD-Einordnung aufgelistet. Folglich konnte es keine 138 „Erstauffällige Heroinkonsumenten“ geben.

Um auszuschließen, dass bei der Weiterleitung oder Veröffentlichung der Daten ein Fehler unterlaufen ist, werden auch die Daten des Vorjahres verglichen. Für das Berichtsjahr 1999 sind bei denselben Delikten mit Heroin insgesamt 75 Tatverdächtige mit einer KhD-Einordnung aufgeführt.[96] Im RJB 1999 sind für Thüringen aber 113 „Erstauffällige Heroinkonsumenten“ angegeben.[97] Das sind ebenfalls auf jeden Fall zu viele. Damit ist nachgewiesen, dass Thüringen zu hohe EKhD-Daten veröffentlicht.

Thüringen könnte hier ein Präzedenzfall sein. Alles deutet darauf hin, dass auch andere Bundesländer, oder sogar die meisten, überhöhte EKhD-Daten liefern. Ein Nachweis, dass mindestens noch ein weiteres Bundesland überhöhte EKhD-Daten veröffentlicht, lässt sich erbringen. Dabei geht es allerdings nicht um Heroin, sondern um Ecstasy:

In Rheinland-Pfalz gab es im Jahr 2000 angeblich 725 „Erstauffällige Ecstasykonsumenten“,[98] obwohl bei den relevanten Drogendelikten nur 524 Tatverdächtige mit einer KhD-Einordnung aufgelistet sind.[99] Auch das ist nicht möglich und dem liegt ebenfalls kein Irrtum zu Grunde, denn im Vorjahr war dieses Missverhältnis nicht nur ähnlich, sondern sogar noch drastischer: 1999 wurden angeblich 495 „Erstauffällige Ecstasykonsumenten“ registriert.[100] Doch bei den relevanten Drogendelikten sind überhaupt nur 405 Tatverdächtige gelistet, und nur 268 mit einer KhD-Einordnung.[101]

Damit liegen offenbar schon zwei Präzedenzfälle vor, die dafür sprechen, dass auch andere Länder zu hohe EKhD-Daten veröffentlichen. Doch bevor dieser Punkt abschließend beurteilt wird, werden noch weitere Untersuchungen vorgenommen.

### 3.2 Mögliche Einwände

Man könnte einwenden, die überhöhten EKhD-Einträge der meisten Bundesländer hätten womöglich andere Ursachen, z. B. folgende:

1. Nordrhein-Westfalen könnte zu geringe EKhD-Daten veröffentlichen.
2. Die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen könnten aufgrund bisher unbekannter Umstände völlig aus dem Rahmen fallen.
3. Statt der EKhD-Daten könnten die Daten der PKS falsch sein, u. a. diejenigen zur KhD-Einordnung.

---

96 Im Einzelnen: allg. Verstöße: 152 TV, 63 KhD (41,4 %); Handel/Schmuggel: 86 TV, 12 KhD (13,9 %); Einfuhr: 0 TV. Siehe LKA Thüringen (2000), Tab. 22. Gesamt: 238 TV, 75 KhD.

97 Siehe BKA (2000 b), Tab. 19.

98 Siehe BKA (2001 b), Tab. 19.

99 Im Einzelnen: allg. Verstöße: 523 TV, 378 KhD (72,3 %); Handel/Schmuggel: 251 TV, 130 KhD (51,8 %); Einfuhr: 20 TV, 16 KhD (80,0 %). Siehe LKA Rheinland-Pfalz (2001), Tab. 22. Gesamt: 794 TV, 524 KhD.

100 Siehe BKA (2000 b), Tab. 19.

101 Im Einzelnen: allg. Verstöße: 252 TV, 175 KhD (69,4 %); Handel/Schmuggel: 130 TV, 83 KhD (63,8 %); Einfuhr: 23 TV, 10 KhD (43,5 %). Siehe LKA Rheinland-Pfalz (2000), Tab. 22. Gesamt: 405 TV, 268 KhD.

4. Die Speicherfrist der EKhD-Einträge im INPOL könnte in vielen Ländern sehr kurz sein, so dass besonders viele Betroffene mehrfach als „Erstauffällige“ erfasst werden.
5. Weitere Daten, z. B. zu den „bereits Tatverdächtigen“, könnten eventuell die aufgezeigten Diskrepanzen erklären.

Der Vorwurf, das BKA und die LKÄ veröffentlichten systematisch falsche Daten, beinhaltet eine besondere Brisanz. Deshalb werden die genannten Aspekte eingehend geprüft, um Restzweifel auszuräumen.

1. Zu geringe EKhD-Daten in Nordrhein-Westfalen

Hier geht es um die Frage, ob Nordrhein-Westfalen zu geringe EKhD-Daten angibt oder andere Länder zu hohe. Diesbezüglich lässt sich leicht eine Entscheidung treffen. Aufgrund der Brisanz dieser Daten ist wohl auszuschließen, dass ein Land zu geringe EKhD-Daten angeben könnte, dann schon eher zu hohe.

Insbesondere die Daten Nordrhein-Westfalens haben eine besondere Bedeutung, denn fast ein Drittel aller Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin werden hier ermittelt, 7.255 von 23.926. Deshalb hätte es eine enorme Auswirkung, würde ausgerechnet Nordrhein-Westfalen zu geringe EKhD-Daten veröffentlichen. Das würde den Interessen des BKA und aller LKÄ völlig zuwiderlaufen. Zu geringe Daten könnten einen Anlass bieten, hohe Fallzahlen bei den Drogentoten zu hinterfragen und die Arbeit der Polizei in Frage zu stellen. Zu geringe Daten würden auch bewirken, dass die Ergebnisse des Schätzverfahrens für Polizeidaten geringer ausfallen.

In diesem Zusammenhang sind auch die EKhD-Daten von Thüringen – und von Rheinland-Pfalz bezüglich Ecstasy – zu sehen, die nachgewiesenermaßen zu hoch sind. Es wäre wohl unsinnig, wenn Nordrhein-Westfalen zu niedrige EKhD-Daten veröffentlicht und als Ausgleich andere Länder zu hohe.

Es ist kein möglicher Vorteil zu erkennen, den zu geringe EKhD-Daten haben könnten. Auch deshalb können nur die Daten der anderen Länder zu hoch sein.

2. Ungewöhnliche Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen

Eventuell könnten gravierende Umstände erklären, dass die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen völlig aus dem Rahmen fallen. Es könnte sein, dass alle erdenklichen Aspekte sich überlagern und dafür sorgen, dass die EKhD-Daten ausgerechnet hier besonders niedrig sind, so dass die aufgezeigten Unterschiede doch gerechtfertigt erscheinen.

In verschiedenen Bereichen können Unterschiede zwischen den Ländern vorkommen. Beispielsweise könnten in Nordrhein-Westfalen vor allem die „allg. Verstöße gegen das BtMG“ strafrechtlich verfolgt werden, so dass andere Delikte kaum eine Rolle spielen und als Quelle für EKhD-Einträge weitgehend ausfallen. Das ist leicht zu kontrollieren.

Zunächst ein Vergleich der Länder, welche die „Angaben zum Tatverdächtigen“ veröffentlicht haben: Im Jahr 2000 erreichen die KhD-Einordnungen der Tatverdächtigen beim „illeg. Handel und Schmuggel“ und der „illeg. Einfuhr“ im Vergleich zu denjenigen bei den „allg. Verstößen“ –

jeweils mit Heroin – im Bundesdurchschnitt 49 %. Den höchsten Wert hat Nordrhein-Westfalen mit 59,5 % vorzuweisen und den niedrigsten Thüringen mit 27 %.[102]

Wenn man alle Länder einbezieht, können nur die Tatverdächtigen verglichen werden. Die entsprechende Quote im Bundesdurchschnitt lautet dann: 58,7 %. Die höchste hat wiederum Nordrhein-Westfalen mit 69,5 % und die niedrigste Sachsen mit 29,6 %.[103]

Die Ergebnisse sind eindeutig. Diese sind sogar noch ein weiterer Grund dafür, dass eigentlich in Nordrhein-Westfalen die meisten EKhD-Einträge in Relation zu den Tatverdächtigen zu erwarten sind. Weitere Daten zu prüfen, erübrigt sich daher. Man müsste erst einmal einen Bereich ausfindig machen, der diesen zusätzlichen Effekt ausgleicht.

3. Falsche Daten der PKS

Den möglichen Einwand, dass die Daten der PKS falsch sein könnten, kann man auf die Anzahl der Tatverdächtigen und die „Angaben zum Tatverdächtigen“ beziehen, und hier vor allem auf die KhD-Einordnungen.

Zunächst einige grundlegende Überlegungen: Die Sachbearbeiter, welche die EKhD-Daten für die Berichterstattung zur Drogenkriminalität zusammenstellen, und diejenigen, welche die PKS erarbeiten, gehören zu unterschiedlichen Abteilungen des BKA. Die Mitarbeiter der PKS sind für die gesamte Kriminalität zuständig und haben kein spezielles Interesse an der Drogenproblematik. Dabei handelt es sich wohl vor allem um Informatiker, welche die Daten für den umfangreichen Tabellenanhang betreuen und aufbereiten sowie die entsprechenden Programme entwickeln. Der Tabellenanhang ist die eigentliche PKS und umfasst regelmäßig fast 200 Seiten. Und diese Daten sind auch die Grundlage der Einzeldarstellungen im redaktionellen Teil.

Eine Verfälschung von Daten ist mit erheblichen Risiken verbunden. Es wäre kaum nachzuvollziehen, wenn die Mitarbeiter der PKS derartige Risiken auf sich nehmen. Dass aber die Sachbearbeiter, welche die Daten zur Drogenkriminalität aufbereiten, diese Risiken regelmäßig eingehen, stellen sie mit jedem Jahresbericht unter Beweis. Das wurde schon hinreichend vorgeführt.

Mit der Darstellung falscher Sachverhalte und der Veröffentlichung falscher Daten ist sicher nur ein vergleichsweise kleiner Kreis von Sachbearbeitern befasst. Schon von daher ist es unwahrscheinlich, dass die Mitarbeiter der PKS in diese „speziellen Praktiken“ eingebunden sind. Allein diese Umstände sprechen dafür, dass eher die EKhD-Daten falsch sind als die Daten der PKS.

---

[102] BRD (ohne Brandenburg, das keine KhD-Daten geliefert hat): allg. Verstöße: 23.926 TV, 19.028 KhD (79,5 %); Handel/Schmuggel: 12.799 TV, 8.405 KhD (65,7 %); Einfuhr: 1.257 TV, 916 KhD (72,9 %). Siehe BKA (2001 a), Tab. 22. (8.405 + 916) : 19.028 = 49 %

NRW: allg. Verstöße: 7.255 TV, 6.906 KhD (95,2 %); Handel/Schmuggel: 4.347 TV, 3.519 KhD (81,0 %); Einfuhr: 695 TV, 590 KhD (84,9 %). Siehe LKA NRW (2001), Tab. 103. (3.519 + 590) : 6.906 = 59,5 %

Thüringen: allg. Verstöße: 188 TV, 74 KhD (39,3 %); Handel/Schmuggel: 113 TV, 19 KhD (16,8 %); Einfuhr: 3 TV, 1 KhD (33,3 %). Siehe LKA Thüringen (2001), Tab. 22. (19 + 1) : 74 = 27 %

[103] BRD (inkl. Brandenburg, dass diese Daten geliefert hat): allg. Verstöße: 23.989 TV; Handel/Schmuggel: 12.815 TV; Einfuhr: 1.262 TV. Siehe BKA (2001 a), Tab. 22. (12.815 + 1.262) : 23.989 = 58,7 %

Die Tatverdächtigen von NRW sind der Fußnote 102 zu entnehmen. (4.347 + 695) : 7.255 = 69,5 %

Sachsen: allg. Verstöße: 551 TV; Handel/Schmuggel: 156 TV; Einfuhr: 7 TV. Siehe LKA Sachsen (2001), Tab. 01. (156 + 7) : 551 = 29,6 %

Zur Angabe falscher Tatverdächtigenzahlen: Es gibt eine Vielzahl von Tabellen, u. a. zu folgenden Themen: „Grundtabelle“, „Straftaten nach der Schadenshöhe“, „Tatzeitstatistik“, „Tatverdächtige nach Alter und Geschlecht“, „Nichtdeutsche Tatverdächtige nach Alter und Geschlecht“, „(Sonstige) Angaben zum Tatverdächtigen“, „(Sonstige) Angaben zum aufgeklärten Fall“, „Nichtdeutsche Tatverdächtige – Angaben zum Aufenthalt“, „Straftaten und Staatsangehörigkeit nichtdeutscher Tatverdächtiger“ usw. Die Tatverdächtigen sind wiederum unterteilt in „männlich“, „weiblich“ und „gesamt“.

All diese Daten wären aufeinander abzustimmen. Dabei würde es sich um ein sehr schwieriges Unterfangen handeln, ein Unterfangen, das ausgerechnet von Informatikern ausgeführt werden müsste, welche nicht sonderlich an der Drogenkriminalität interessiert sein dürften. Es ist kaum vorstellbar, dass sie derartige Bemühungen auf sich nehmen und dass man sie überhaupt darum ersucht hat. Deshalb sind die Tatverdächtigenzahlen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit korrekt.

Zuletzt noch einige Anmerkungen zu den KhD-Einordnungen: Diese Angaben wären zwar leichter zu fälschen, da keine aufwendige Abstimmung mit weiteren Daten erforderlich wäre. Doch es ist nicht erkennbar, wie hier wirksam eingegriffen werden könnte. Wenn die EKhD-Daten korrekt wären, müsste die KhD-Einordnung in Nordrhein-Westfalen viel niedriger sein als in den Ländern, die in Relation zu den Tatverdächtigen ein Mehrfaches an EKhD-Einträgen angeben. Doch in diesen Ländern ist die KhD-Einordnung bereits sehr gering. Deshalb dürften dann in Nordrhein-Westfalen wohl nur etwa 20 – 30 % der Tatverdächtigen „als KhD erfasst“ sein und die KhD-Einordnung würde wohl erst beim vierten bis sechsten Verstoß gegen das BtMG erfolgen. Es ist kaum vorstellbar, dass die Ermittlungsbeamten vor Ort ein solches Verfahren praktizieren könnten, ohne dass zumindest einer seine diesbezügliche Kritik öffentlich macht.

Dass die geringe KhD-Einordnung der meisten Ländern falsch, d. h. nur zu gering angegeben ist, kann wohl niemand ernsthaft in Erwägung ziehen. Warum sollten Länder diese Quote zu gering angeben und nur an das BKA weiterleiten, so dass diese in die Statistik der BRD eingeht, aber selbst nicht veröffentlichen, da sie zu gering ist?

4. Verkürzte Speicherfrist der EKhD-Einträge

Seit Einführung des Schätzverfahrens für Polizeidaten im RJB 1993 weist das BKA wiederholt darauf hin, dass eine Mehrfacherfassung als „Erstauffälliger“ im INPOL möglich ist. Man erfährt aber nie die Länge der Frist. Erst im RJB 2000 teilt das BKA erstmals mit:

> „Ferner ist zu berücksichtigen, dass wegen der kurzen Speicherfrist (Löschung nach 2 Jahren) Personen erneut als Erstauffällige registriert werden, die schon vor Jahren der Polizei als Konsumenten harter Drogen bekannt geworden sind. Eine Verlängerung der Speicherfristen wird angestrebt.“[104]

Diese Aussage wiederholt das BKA etwa gleichlautend in den beiden folgenden RJB.[105] Hierzu gibt es aber auch andere Angaben. In den Expertisen des IFT zu den Schätzverfahren, die unter maßgeblicher Beteiligung des BKA verfasst wurden, heißt es:

---

[104] BKA (2001 b), S. 53.

[105] Siehe BKA (2002 b), S. 53; BKA (2003 b), S. 55.

> „Die zulässige Aufbewahrungsdauer für kriminalpolizeiliche personenbezogene Sammlungen (KpS) variiert u. a. ja nach der Schwere der Tat und dem Alter der Täter (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) in der Regel zwischen 2 und 10 Jahren. So lange besteht auch die Erfassung als EKhD im entsprechenden Personendatensatz. Bei Wiederholungs- und Folgestraftaten ist eine Verlängerung der Aussonderungs- bzw. Löschungsfrist möglich.“[106]

Vielleicht orientiert man sich ja nicht an Schwere der Tat und Alter der Täter, sondern an den Strategien der LKÄ und des BKA und verfährt von Land zu Land unterschiedlich. So könnte die Speicherfrist in Nordrhein-Westfalen länger als zwei Jahre betragen, so dass kaum mehrfach erfasst wird. Und in anderen Ländern könnte die Frist so kurz sein, so dass die Betroffenen immer wieder neu als „Erstauffällige“ registriert werden.

Eine kurze Speicherfrist hätte zudem einen weiteren Effekt, der ganz im Sinne des BKA und der LKÄ sein dürfte. Mittels der „Detailauswertung“ würden überproportional viele Drogentodesfälle dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugeordnet, da nur wenige Tatverdächtige mit einem EKhD-Eintrag aktuell im INPOL gespeichert wären.

Zunächst eine grundsätzliche Bewertung: Wenn man auf diese Weise die EKhD-Daten auf das Doppelte oder gar das Dreifache steigern sollte, müsste das wohl als Angabe falscher Daten gewertet werden. Man hätte lediglich den Schein gewahrt, keine plumpe Fälschung begangen zu haben. Abgesehen davon scheint das eine mögliche Erklärung für die aufgezeigten Diskrepanzen zu sein. Es gibt aber schwerwiegende Argumente, die dagegen sprechen:

- Die Speicherungsdauer müsste sehr stark variieren, damit die großen Unterschiede bei den EKhD-Einträgen erreicht werden.

  Damit die EKhD-Einträge gleich um ein Mehrfaches gesteigert werden, müsste die Speicherfrist in manchen Ländern sehr kurz, wohl nur etwa ein Jahr, sein. In Nordrhein-Westfalen dagegen müsste die Frist wohl gleich fünf Jahre und mehr betragen – selbst bei einfachen Konsumentendelikten, bei denen es nur um den Besitz weniger Gramm Heroin geht.

- Den Mitarbeitern der örtlichen Dienststellen, die im INPOL nach möglichen Tätern suchen, würde die unterschiedliche Speicherungsdauer auffallen; denn mit den EKhD-Einträgen werden auch die entsprechenden Tatverdächtigen gelöscht.

  Das wären viele potentielle Gefahrenherde. Das BKA und die LKÄ müssten ständig damit rechnen, dass die örtlichen Mitarbeiter sich darüber beschweren, dass sie durch die kurzen Speicherfristen bei ihren Recherchen behindert werden. Man hätte vor allem zu fürchten, dass diese Kritik öffentlich gemacht wird, und diese Kritik wäre berechtigt, denn das INPOL erfüllt den Zweck eines „Kriminalpolizeilichen Meldedienstes“: nicht aufgeklärte Straftaten einem bekannten Straftäter zuzuordnen.[107]

- Drogendelikte sind nur ein kleiner Teil der Gesamtkriminalität. Eine verkürzte Speicherfrist käme wohl nur bei den Drogendelikten in Betracht.

---

[106] IFT (1993), S. 6. Etwa gleichlautend IFT (1997), S. 103.

[107] Siehe Abschnitt 1.2.

Das würde die Wahrscheinlichkeit noch erhöhen, dass örtliche Mitarbeiter die unterschiedlichen Speicherfristen kritisieren und diese Kritik nach außen tragen. Zwangsläufig müsste das dazu führen, dass auch die Gründe hinterfragt werden. Letztlich könnte der Eindruck entstehen, dass bei der Bekämpfung der Drogenkriminalität etwas nicht stimmt. Selbst wenn niemand die tatsächlichen Zusammenhänge durchschauen würde, wäre das ein unkalkulierbares Risiko.

- Die überhöhten EKhD-Einträge von Thüringen bezüglich Heroin und von Rheinland-Pfalz bezüglich Ecstasy wären auch durch verkürzte Speicherfristen nicht zu erklären.

  Diese Beispiele zeigen vielmehr, wie ganz einfach hohe Daten zu erreichen sind: Man macht einfach zu hohe Angaben, denn anders sind diese Daten nicht zu erklären.

Fazit: Es ist nicht vorstellbar, dass für zig Millionen Euro ein bundesweites Informationssystem installiert wird, das dann wegen verkürzter Speicherfristen nicht effektiv arbeiten kann. Erst recht ist nicht vorstellbar, dass das BKA und die LKÄ durch verkürzte Fristen riskieren, dass die Effektivität bei der Bekämpfung der Drogenkriminalität in Frage gestellt wird. So ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschließen, dass dies die Ursache der fraglichen Missverhältnisse ist.

Deshalb wird bei der weiteren Analyse von der ***Grundannahme*** ausgegangen, dass keine unterschiedlichen Speicherfristen die überhöhten EKhD-Einträge verursachen. Falls das wider Erwarten doch der Fall sein sollte, hätte das nur eine geringe Auswirkung auf weitere Ergebnisse, da auch derart erzielte Mehrbeträge falsch und zu korrigieren wären.

5. Prüfung weiterer Daten

In Rheinland-Pfalz sind fast dreimal mehr „erstmals Tatverdächtige“ zu verzeichnen als in Nordrhein-Westfalen: 18,5 % im Vergleich zu 6,5 %. Eventuell kann das erklären, dass in Rheinland-Pfalz fast dreimal mehr „Erstauffällige Heroinkonsumenten“ in Relation zu den Tatverdächtigen registriert worden sind: 56,3 % im Vergleich zu 22,1 %.

Ähnlich sind die Verhältnisse in den Ländern, die keine „Angaben zum Tatverdächtigen“ veröffentlicht haben: durchschnittlich 14,1 % im Vergleich zu 6,5 % in Nordrhein-Westfalen. Das ist etwa das 2,2-Fache. Vielleicht kann auch dieser Unterschied den Mehrbetrag bei den EKhD-Einträgen in diesen Ländern erklären. Um diese Fragen zu beantworten, werden exemplarisch die Verhältnisse in Bayern näher untersucht, da für dieses Land sehr aufschlussreiche Daten vorliegen.

### 3.3 Am Beispiel der Verhältnisse in Bayern, Teil 1

Da Bayern wie die meisten Länder die „Angaben zum Tatverdächtigen“ nicht veröffentlicht hat, kann eine Analyse nur auf Basis der Durchschnittswerte vorgenommen werden. Deshalb sind die Ergebnisse nur unter Vorbehalt zu interpretieren und haben eher einen Modellcharakter. Andererseits ist Bayern das Land mit den meisten Tatverdächtigen nach Nordrhein-Westfalen. Das spricht dafür, dass Bayern den Durchschnittswerten nahe sein sollte. Andernfalls würden entweder die Verhältnisse in den anderen Ländern noch deutlicher vom Bundesdurchschnitt abweichen oder aber die Verhältnisse in Bayern.

Bei der Relation der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ zu den Tatverdächtigen liegt in Bayern die Quote 2,2-mal höher als die in Nordrhein-Westfalen: 48 % im Vergleich zu 22,1 %. Das ist bemerkenswert, denn bei den „erstmals Tatverdächtigen“ liegt der Anteil in Bayern ebenfalls 2,2-mal höher. Allerdings kann hier nur der Durchschnittswert verglichen werden. Dennoch ist Bayern damit prädestiniert für eine exemplarische Untersuchung.

Es geht also um die Frage, ob der Mehrbetrag bei den EKhD-Einträgen in Bayern im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen gerechtfertigt sein könnte, obwohl die KhD-Erfassung auf einem viel niedrigeren Niveau vorgenommen wird: 67,7 % im Vergleich zu 95,2 %. Hierzu sind folgende Anmerkungen zu machen, die sich nach wir vor auf die Daten der Tabelle 4 beziehen:

- Für eine erschöpfende Interpretation fehlen differenzierte Daten zu den „bereits Tatverdächtigen“, wie in Abschnitt 2.2 bereits erklärt wurde.

  Es wäre hilfreich zu erfahren, wie viele „bereits Tatverdächtige“ in vorherigen Verfahren schon „als KhD erfasst“ worden sind und wie hoch die Anteile derjenigen sind, die zuvor schon tatverdächtig waren bezüglich diverser Straftaten mit Heroin, mit anderen harten Drogen, mit weichen Drogen oder bezüglich Straftaten ohne BtM-Bezug. Es könnte nämlich sein, dass in Bayern gar nicht viel mehr Tatverdächtige als in Nordrhein-Westfalen „erstmals wegen einer Straftat mit Heroin“ tatverdächtig waren, so dass dieser Aspekt doch nicht für höhere Daten bei den „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ spricht.

- In Bayern wurden weniger als halb so viele Tatverdächtige ermittelt als in Nordrhein-Westfalen: 3.336 im Vergleich zu 7.255, aber gleich viele EKhD-Einträge registriert: 1.602.

  Bereits das lässt vermuten, dass mit diesen Daten etwas nicht stimmen kann, denn es ist kaum anzunehmen, dass sich die Verhältnisse in diesen großen Flächenländern derart unterscheiden.

  Die unterschiedliche Relation der Daten kann jedenfalls nicht durch extreme jährliche Schwankungen verursacht sein. Bei dem Verhältnis der EKhD-Einträge zu den Tatverdächtigen variieren die Quoten von 1997 – 2000 in Bayern von 48 % – 55,7 %, in Nordrhein-Westfalen von 18,8 % – 22,5 % und im Bund von 32,1 % – 34,3 %.[108]

- Bei der Relation der EKhD-Einträge zu den Tatverdächtigen liegt in Bayern – wie in vielen anderen Ländern – die Quote über derjenigen von Sachsen: 48 % im Vergleich zu 43,9 %.

  In Abschnitt 2.2 wurde am Beispiel von Thüringen erläutert, dass sich im Jahr 2000 in den neuen Bundesländern die Drogenszene noch entwickelte, so dass die Polizei erst wenige Konsumenten kannte. Deshalb waren hier erst wenige Tatverdächtige zuvor „bereits tatverdächtig“ und auch nur wenige zuvor „als KhD erfasst“. Das kann einen Mehrbetrag bei den EKhD-Einträgen erklären, der allerdings in Thüringen nachweislich zu hoch ausfiel.

---

[108] Angegeben sind die Tatverdächtigen bei den allg. Verstößen mit Heroin und die EKhD-Heroin. Quelle der Daten von 2000 siehe Tab. 3. Quelle der EKhD-Daten von 1997 – 99: BKA (1998 – 2000 b), jew. Tab. 19.

Bayern: 1997: 3.248 TV, 1.809 EKhD (55,7 %); 1998: 3.485 TV, 1.848 EKhD (53,0 %); 1999: 3.314 TV, 1.698 EKhD (51,2 %); 2000: (48,0 %). Siehe LKA Bayern (1998 – 2001), jew. Tab. 001.

NRW: 1997: 9.148 TV, 1.722 EKhD (18,8 %); 1998: 8.390 TV, 1.894 EKhD (22,5 %); 1999: 7.296 TV, 1.602 EKhD (22,0 %); 2000: (22,1 %). Siehe LKA NRW (1998 – 2001), jew. Tab. 101.

BRD: 1997: 27.314 TV, 8.771 EKhD (32,1 %); 1998: 25.474 TV, 8.659 EKhD (34,0 %); 1999: 22.953 TV, 7.877 EKhD (34,3 %); 2000: (33,0 %). Siehe BKA (1998 – 2001 a), jew. Tab. 01.

Von ähnlichen Verhältnissen ist in Sachsen auszugehen, so dass auch hier ein relativ hoher Anteil bei den EKhD-Einträgen erklärbar ist – nicht aber in Bayern. Es ist also kaum möglich, dass in Bayern und in anderen alten Bundesländern der Anteil der EKhD-Einträge höher liegt als in Sachsen.

- Es wäre hilfreich, wenn es zusätzlich zur Kategorie „Bereits als Tatverdächtige in Erscheinung getretene Personen“ diese Kategorie gäbe: „Bereits als KhD erfasst“.

  An solchen Angaben ließe sich unmittelbar ablesen, ob die Daten der „Erstauffälligen KhD“ bzw. der EKhD-Einträge angemessen sind. Doch zumindest annäherungsweise lassen sich aus den gegebenen Daten die Tatverdächtigen rekonstruieren, die „bereits als KhD erfasst“ waren, was ebenfalls bemerkenswerte Rückschlüsse zulässt.

  Es wurde bereits errechnet, dass in Nordrhein-Westfalen etwa 1.004 EKhD-Einträge aus den „allg. Verstößen“ resultieren. Das sind etwa 13,8 % bezüglich der Tatverdächtigen.[109] 13,8 % waren also „erstmals als KhD erfasst“ bei 95,2 % der Tatverdächtigen, die insgesamt „als KhD erfasst“ waren. Folglich waren 81,4 % zuvor „bereits als KhD erfasst“.

  Da Bayern keine Angaben zu den KhD-Einordnungen veröffentlicht hat, lässt sich zwar nicht exakt berechnen, wie viele EKhD-Einträge aus den „allg. Verstößen“ resultieren, aber doch relativ genau, denn das Verhältnis der Tatverdächtigen beim „illeg. Handel und Schmuggel“ und der „illeg. Einfuhr“ zu denjenigen bei den „allg. Verstößen“ entspricht fast genau demjenigen auf Bundesebene: 60,9 % im Vergleich zu 58,7 %.[110] Wenn man deshalb wie auf Bundesebene zwei Drittel der EKhD-Einträge den „allg. Verstößen“ zuordnet,[111] können Abweichungen nur gering sein. Das sind dann etwa 1.068 EKhD-Einträge und etwa 32 % in Relation zu den Tatverdächtigen.

  Wenn in Bayern bei den „allg. Verstößen“ 32 % „erstmals als KhD erfasst“ waren angesichts von 67,7 % der Tatverdächtigen, die insgesamt „als KhD erfasst“ waren – Durchschnittswert –, dann waren nur 35,7 % zuvor „bereits als KhD erfasst“.

  Der Unterschied ist dramatisch: In Nordrhein-Westfalen waren somit 81,4 % zuvor „bereits als KhD erfasst“, in Bayern aber nur 35,7 %, obwohl angeblich in Bayern von Jahr zu Jahr ein Mehrfaches an EKhD-Einträgen in Relation zu den Tatverdächtigen im INPOL registriert wird. Warum waren dann aber nicht auch mehr Tatverdächtige zuvor „bereits als KhD erfasst“? Dieses Missverhältnis ist geradezu grotesk.

  Ebenso grotesk ist ein Vergleich derjenigen, die zuvor nicht „als KhD erfasst“ waren. Das waren in Nordrhein-Westfalen nur 18,6 % der Tatverdächtigen, in Bayern aber 64,3 %. Das ist das 3,5-Fache.[112]

---

[109] Siehe Abschnitt 2.2, insbesondere Fußnote 74.

[110] Dieses Verhältnis wurde für die BRD bereits berechnet. Siehe Fußnote 103.

Bayern: allg. Verstöße: 3.336 TV; Handel/Schmuggel: 1.903 TV; Einfuhr: 128 TV. Siehe LKA Bayern (2001), Tab. 001. (1.903 + 128) : 3.336 = 60,9 %

[111] Siehe Abschnitt 1.6, KhD.

[112] Bei diesem Vergleich wurden aus rationellen Gründen Mehrfacherfassungen bei den EKhD-Einträgen außer Acht gelassen. Diese würden sich so auswirken, dass einige Prozent weniger „erstmals als KhD erfasst“ waren und einige Prozent mehr „bereits als KhD erfasst“. Doch da die entsprechenden Abweichungen in beiden Ländern etwa ähnlich ausfallen dürften, ist der Vergleich dadurch kaum beeinträchtigt.

> Es ist nicht nachzuvollziehen, warum die Verhältnisse in diesen Ländern derart unterschiedlich sein könnten. Wie aus der Berechnung abzuleiten ist, würde der Unterschied geringer ausfallen, wenn in Bayern tatsächlich weniger EKhD-Einträge vorgenommen worden wären als angegeben.

Alles spricht dafür, dass Bayern zu viele EKhD-Einträge angibt. Für endgültige Klarheit sorgen Angaben zu den Drogentodesfällen, die nur für Bayern vorliegen. Im RJB 1999 wird bekannt gegeben:

> „In Bayern sind 27,6 % der Rauschgifttoten als Erstkonsumenten harter Drogen (EKhD) bekannt gewesen ..."[113]

Diese Mitteilung bezieht sich zwar nicht auf das Jahr 2000, sondern auf das Vorjahr. Doch diesbezügliche Schwankungen sind nur gering und dieser Wert liegt so weit unter dem Bundesdurchschnitt von 39 %,[114] dass eine Jahresverschiebung nicht ins Gewicht fallen kann.

Warum ist diese Quote so bemerkenswert? Deren Basis sind die Daten nach der „Detailauswertung", also die im INPOL registrierten EKhD-Einträge.[115] Wenn in Bayern tatsächlich besonders viele EKhD-Einträge im INPOL registriert worden wären – in Relation zu den Tatverdächtigen deutlich mehr als im Bundesdurchschnitt, 48 % im Vergleich zu 33 % –, dann müssten auch mehr Drogentote als im Bundesdurchschnitt „als EKhD erfasst" gemeldet worden sein und nicht dramatisch weniger als 39 %.

Die zitierte Mitteilung des BKA belegt viel mehr, dass Drogentote weit unter dem Durchschnitt „als EKhD erfasst" waren, und zwar gemäß der geringen KhD-Einordnung der örtlichen Dienststellen. Dann können auch nur EKhD-Einträge in einer Größenordnung registriert worden sein, die ebenfalls weit unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Folglich gibt auch Bayern zu viele EKhD-Einträge an.

Im Übrigen ist an der Mitteilung des BKA auch bemerkenswert, dass wieder der Begriff „Erstkonsument" verwendet wird, obwohl diese Personen seit dem RJB 1993 „Erstauffällige Konsumenten" genannt werden. Doch diese Bezeichnung belegt wohl lediglich, dass die Berichterstattung des BKA vor allem darauf ausgerichtet ist, Verwirrung zu stiften, statt für Aufklärung zu sorgen.

Bayern ist also als ein weiterer Präzedenzfall anzusehen. Damit ist wohl hinreichend nachgewiesen, dass die meisten Länder den Verlust an EKhD-Einträgen im INPOL, der aus der geringen KhD-Einordnung resultiert, nicht nur ausgleichen. Sie liefern sogar noch zusätzlich überhöhte Daten wie Thüringen, Rheinland-Pfalz und Bayern nach dem Motto: „Wenn schon, denn schon." Die EKhD-Daten der meisten Länder sind also reine Phantasiedaten und damit auch die Daten für die gesamte BRD.

Fazit: Einerseits werden Drogentodesfälle mittels einer geringen KhD-Einordnung vom „Polizeilichen Hell- zum Dunkelfeld" verschoben. Andererseits gibt es eine „wundersame EKhD-Vermehrung", völlig losgelöst von jeder Realität, basierend auf reiner Vorstellungskraft. So viel Phantasie hätte man bei den Landeskriminalämtern gar nicht erwartet.

---

[113] BKA (2000 b), S. 81.

[114] BKA (2000 b), Tab. 30.

[115] Siehe Abschnitt 1.6, EKhD, Polizeiliches Hellfeld, Detailauswertung.

Ob wohl diese Verfahren gemeint waren, als das IFT und das BKA in der ersten Expertise zu den Schätzverfahren bezüglich der EKhD-Erfassung vorschlugen:

> „Präzisierung der Eingabe-/Erfassungsrichtlinien, um die Qualität des Datenmaterials zu verbessern (z. B. lückenlose Erfassung)“?[116]

Für Bayern liegen weitere bemerkenswerte Daten vor, welche wesentliche Untersuchungsergebnisse dieser Studie bestätigen. Das wird in Abschnitt 4.6 thematisiert.

### 3.4 Weitreichende Konsequenzen

Nach dieser Analyse kann man nicht mehr sicher sein, dass das BKA und die LKÄ überhaupt irgendwelche Daten zur Drogenkriminalität und insbesondere zu Drogentodesfällen korrekt angeben. Das kann aber nicht bedeuten, dass man die Analyse an dieser Stelle abbricht. Immerhin sind einige Anmerkungen zu machen:

Es ist nicht auszuschließen, dass Bayern die geringe Quote von 27,6 % der Drogentoten, die „als EKhD erfasst“ waren, lediglich zu gering angegeben hat. Es könnte auch sein, dass andere Länder diese Quote ebenfalls zu gering angeben. Dann wäre diese auch auf Bundesebene höher und würde in der Regel mehr als etwa 40 % betragen.

Man kann auch nicht ausschließen, dass folgende Daten falsch sind: Bezüglich der Berichtsjahre 1992 – 95 gab das BKA an, dass die örtlichen Dienststellen etwa 70 % der Drogentoten „als KhD erfasst“ gemeldet haben, um diese Quoten dann per „Detailauswertung“ auf etwa 40 % zu senken.[117] Es könnte aber sein, dass auch die ursprünglichen Daten systematisch zu gering angegeben wurden und dass diese Quoten tatsächlich deutlich höher lagen als bei etwa 70 %.

Generell ist wohl davon auszugehen, dass das BKA und die LKÄ die Quoten zur KhD-Erfassung bzw. zur EKhD-Erfassung der Drogentoten eher zu gering angeben. Daraus folgt, dass die Missverhältnisse nur noch größer sein können, als sie nach den Ergebnissen dieser Analyse ohnehin schon sind.

Um mit dieser Analyse fortfahren zu können, muss aber mit irgendwelchen korrekten Daten gearbeitet werden. Deshalb wird im weiteren Verlauf vorläufig von der ***Grundannahme*** ausgegangen, dass die Angaben zur KhD-Erfassung bzw. zur EKhD-Erfassung der Drogentoten auf konkreten Daten beruhen und nicht frei erfunden sind.

### 3.5 Angemessene Korrektur

Es bleibt noch zu klären, um welchen Betrag die Daten voraussichtlich abweichen, um eine angemessene Korrektur vorzunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei einem Ländervergleich Toleranzen einzuräumen sind für regionale Besonderheiten, die für Außenstehende nicht zu erkennen sind.

---

[116] IFT (1993), S. 9.

[117] Siehe Abschnitt 1.

Im Bund sind die EKhD-Daten im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen etwa um die Hälfte überhöht. Deshalb ist zunächst einmal ein Abzug um 33 % zu veranschlagen.[118] Zudem ist im Bund das Niveau der KhD-Einordnung deutlich niedriger und „illeg. Handel und Schmuggel“ und „illeg. Einfuhr“ haben eine geringere Bedeutung als in Nordrhein-Westfalen. So sind im Bund noch zusätzlich erheblich weniger EKhD-Einträge zu erwarten. Wenn man es dennoch bei einem Abzug von 33 % belässt, sollte der Erfordernis großzügiger Toleranzen hinreichend Rechnung getragen sein.

Es wird ausdrücklich betont, dass das eine sehr zurückhaltende Kalkulation ist. Im Hinblick auf die geringe KhD-Erfassung der Tatverdächtigen in der BRD und die geringe Bedeutung von „illeg. Handel und Schmuggel“ und „illeg. Einfuhr“ in der BRD im Vergleich zu Nordrhein-Westfalen hätte die Korrektur auch drastischer ausfallen können. Zudem wurden diese zusätzlichen Minderungsgründe durch die geringe EKhD-Erfassung der Drogentoten in Bayern bestätigt. Es ist aber ohnehin noch eine weitere Anpassung vorzunehmen, wie im folgenden Unterabschnitt erläutert wird.

### 3.6 Mehrfacherfassung der „Erstauffälligen“, Teil 2

Die Mehrfacherfassung von „Erstauffälligen“ im INPOL wurde bereits ausführlich in den Abschnitten 1.2.3 und 3.2 unter 4. „Verkürzte Speicherfrist der EKhD-Einträge“ behandelt. Ergebnis war, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine unterschiedlichen Speicherfristen und entsprechende Mehrfacherfassungen die Mehrbeträge bei den EKhD-Einträgen der meisten Länder verursachen. Das impliziert, dass in Nordrhein-Westfalen die Speicherfrist für einfache Konsumentendelikte nicht ungewöhnlich hoch ist, d. h. nicht länger als 2 Jahre.

Wiederholt weist das BKA auf Mehrfacherfassungen von „Erstauffälligen“ im INPOL infolge der 2-jährigen Löschungsfrist hin. In der ersten Expertise des IFT zu den Schätzverfahren wurde deshalb vorgeschlagen,

> „die Wahrscheinlichkeit der in 10 Jahren möglichen Mehrfacherfassungen festzustellen.“[119]

Das ist offenbar nicht geschehen, denn in der zweiten Expertise wird nichts dergleichen berichtet, sondern erneut auf Mehrfacherfassungen hingewiesen.[120] Doch deren Umfang wäre nicht nur zu ermitteln, um diese Fälle bei den Schätzungen berücksichtigen zu können; Mehrfacherfassungen wären sogar leicht zu verhindern.

Wie in Abschnitt 1.2.5 gezeigt wurde, teilen die örtlichen Dienststellen den LKÄ, welche in der Regel die Dateneingabe ins INPOL vornehmen, offenbar nicht mit, wann die erste KhD-Einordnung eines Tatverdächtigen gemäß den Akten vor Ort vorgenommen worden ist. Das wäre aber ohne Umstände möglich, auch ohne Einrichtung zusätzlicher Datenfelder auf den Meldeformularen, denn diese enthalten einen Freitext.[121] Dort könnte man beispielsweise eintragen: „EKhD 2005“, auch wenn die Meldung einen aktuellen Fall aus dem Jahr 2009 betrifft. So könnte man das Kürzel „EKhD“ ausnahmsweise sinnvoll und angemessen verwen-

---

[118] Siehe Tabelle 4. 33 % – 22,1 % = 10,9 % 10,9 % : 33 % = 33 %

[119] IFT (1993), S. 9.

[120] IFT (1997), S. 105.

[121] Siehe König/Kreuzer (1998), S. 280 f.

den und Mehrfacherfassungen sofort abstellen. Doch offenbar will man auf diese zusätzlichen EKhD-Einträge im INPOL nicht verzichten.

Waren bei Drogentodesfällen Einträge zuvor gelöscht, führen diese ebenfalls zu erneuten EKhD-Einträgen und damit zu Mehrfacherfassungen. Beide Einträge sind dann in den jährlich erstellten Zeitreihen enthalten mit diesen bemerkenswerten Folgen: Die Betroffenen werden noch jahrelang bei Schätzungen auf Basis von Polizeidaten beim „Polizeilichen Hellfeld“ doppelt mitgezählt, obwohl ihr Todesfall aber mittels „Detailauswertung“ dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugerechnet wurde.[122]

Es gibt keine konkreten Anhaltspunkte dafür, wie hoch der Anteil der Mehrfacherfassungen ist. Diese resultieren zu einem erheblichen Anteil aus Drogentodesfällen und aufgrund des viel höheren Fallaufkommens zu einem noch größeren Anteil aus Drogendelikten.[123] Nach aktuellem Kenntnisstand kann man den Anteil nur willkürlich festlegen, um vorzuführen, wie sich Mehrfacherfassungen in etwa auswirken. Die so berechneten Daten liegen sicher näher an der Realität, als würde man eine solche Anpassung nicht vornehmen. Es wird also angenommen, dass etwa 15 % der EKhD-Einträge Mehrfacherfassungen sind.

Bei dieser Korrektur wird von der ***Grundannahme*** ausgegangen, dass auch in Nordrhein-Westfalen mehrfach gezählt wird, denn es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass das nicht der Fall ist. Falls man hier aber wider Erwarten doch keine Mehrfacherfassungen vornehmen sollte, wäre eine diesbezüglich Korrektur um 15 % eigentlich nicht gerechtfertigt. Diese wäre dann bereits Bestandteil der Korrektur in Abschnitt 3.5 wegen der offenbar frei erfundenen EKhD-Einträge. Die diesbezügliche Anpassung wurde jedoch so zurückhaltend kalkuliert, dass sie auch um 15 % höher hätte ausfallen können.

### 3.7 Auswirkung auf die Mortalitätsraten

Bei der bereits vorgestellten Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation des BKA sind weitere Verhältnisse zurechtzurücken.[124] Es wurden zu viele angeblich „polizeibekannte“ Konsumenten berechnet.

Wenn man wie zuvor von etwa 188.000 Heroinkonsumenten im Jahr 2002 ausgeht, gehörten nach der weiteren Analyse nur noch 28,6 % der Konsumenten zum „Polizeilichen Hellfeld“, auf welche 83,7 % der Todesfälle entfielen, während 16,3 % der Todesfälle auf 71,4 % der Konsumenten beim „Dunkelfeld“ entfielen.[125] Die Wahrscheinlichkeit zu sterben war dann schon etwa 12,7-mal höher für diejenigen, die der Polizei bekannt waren.[126]

---

[122] Siehe Abschnitt 1.6, EKhD.

[123] Im Berichtsjahr 2000 wurden beispielsweise bundesweit 2.030 Drogentodesfälle registriert, aber allein 23.926 Tatverdächtige bei den „allg. Verstößen gegen das BtMG mit Heroin“. Siehe BKA (2001 b), Tab. 30; BKA (2001 a), Tab. 01.

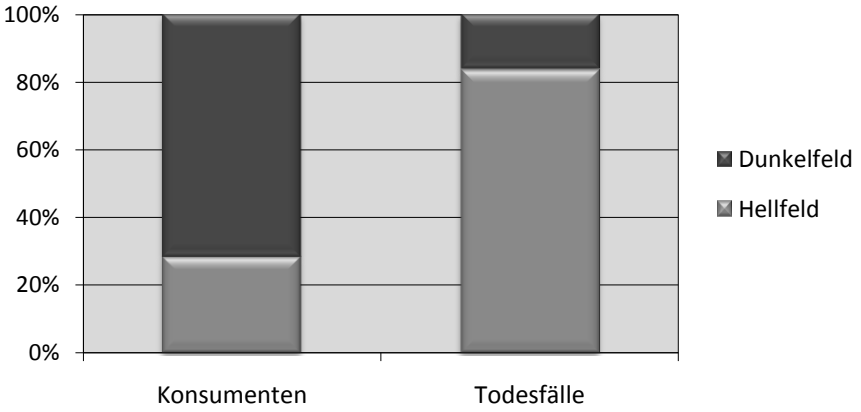
[124] Siehe Abschnitt 1.5 und 2.4. Es wurden schon mehrere Korrekturen vorgenommen.

[125] Ergebnis von Abschnitt 2: Hellfeld : Dunkelfeld bei den Konsumenten: 50,2 % : 49.8 %, bei den Todesfällen: 83,7 % : 16,3 %. Hier wird bei den Konsumenten eine Anpassung vorgenommen.

Überhöhte EKhD-Daten: „– 33 %“, also: „∗ 67 %“. Mehrfacherfassungen: „– 15 %“, also: „∗ 85 %“.
Hellfeld: 50,2 % ∗ 67 % ∗ 85 % = 28,6 % Dunkelfeld: 100 % – 28,6 % = 71,4 %

[126] Quotient Hellfeld: 83,7 % : 28,6 % = 2,93 Quotient Dunkelfeld: 16.3 % : 71,4 % = 0,23
2,93 : 0,23 = 12,7

**Abbildung 3: Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, III**




Quelle: eigene Entw., Basis: BKA (2003 b), S. 67 u. Tab. 21.

## 3.8 Begriffe und Definitionen

Aufgrund der neuen Erkenntnisse von Abschnitt 3 ist einem bereits vorgestellten Schlüsselbegriff ein wesentlicher neuer Aspekt hinzuzufügen.

**Erstauffälliger Konsument harter Drogen (Erstkonsument harter Drogen, EKhD)**

Aus den neuen Erkenntnissen ergibt sich eine weitere äußerst bemerkenswerte Bedeutungsmöglichkeit für diesen Personenkreis: Ein „Erstkonsumenten harter Drogen“ bzw. „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“ kann jemand sein,

- der der reinen Phantasie entsprungen ist und der nur in den jährlich erstellten Zeitreihen des INPOL existiert, der somit keinerlei Grundlage in der Realität hat. Ausgerechnet diese „sehr spezielle Spezies“ macht etwa ein Drittel dieser Gruppe aus.

# 4 Weitere falsche Zuordnungen

## 4.1 Unterschiedliche Polizeiauffälligkeit und unterschiedliche KhD-Einordnung

Die Daten zur vorherigen KhD-Einordnung der Drogentoten beziehen sich auf Konsumenten aller harten Drogen. Das BKA überträgt diese Durchschnittsquoten bei seinen Schätzungen 1 : 1 auf Todesfälle infolge von Heroin. Das Verhältnis von „Hell-“ zu „Dunkelfeld“ ist jedoch bei den Konsumenten der verschiedenen harten Drogen unterschiedlich. Deshalb ist auch von einem entsprechenden Unterschied bei den Drogentodesfällen auszugehen.

Ein Beispiel: Ecstasykonsumenten sind um ein Vielfaches zahlreicher als Heroinkonsumenten. Das belegt u. a. die Repräsentativbefragung der Bundesstudie 2000. „Ausgewertet wurden die Befragungsergebnisse der 18- bis 59-Jährigen, die im Befragungszeitraum mindestens einmal Drogen genommen hatten.“ Danach hatten in den letzten 12 Monaten 15 % Ecstasy konsumiert, aber nur 2 % Heroin.[127] Dennoch wurden im Bund bei den allg. Verstößen mit Ecstasy weniger Tatverdächtige ermittelt als bei denjenigen mit Heroin: 7.746 im Vergleich zu 23.989.[128] Folglich beträgt das „Polizeiliche Hellfeld“ bei den Ecstasykonsumenten nur ein Bruchteil desjenigen bei den Heroinkonsumenten, jeweils im Vergleich zum „Dunkelfeld“.

Derselbe Zusammenhang ließe sich bei den übrigen harten Drogen vorführen. Wenn dennoch die Angaben zur vorherigen KhD-Einordnung auf Todesfälle infolge der übrigen harten Drogen gleichermaßen zuträfen wie auf Herointodesfälle, wären die aufgezeigten Missverhältnisse bei den übrigen harten Drogen um ein Vielfaches größer – wegen des viel größeren „Polizeilichen Dunkelfeldes“ bei den Konsumenten –, was kaum noch möglich ist. Offensichtlich ist also das „Polizeiliche Hellfeld“ bei den Todesfällen infolge der übrigen harten Drogen kleiner und dadurch als Ausgleich bei den Herointodesfällen größer.

Zudem werden Tatverdächtige bei den übrigen harten Drogen noch deutlich weniger „als KhD erfasst“ als bei Heroin, allg. Verstöße mit Heroin: 79,5 %, mit Kokain: 66,5 %, mit LSD: 56,4 %, mit Amphetamin und flüssigen Derivaten: 55,8 %, mit Amphetamin und Derivaten als Kapseln inkl. Ecstasy: 50,4 %.[129] Dadurch scheint das „Polizeiliche Hellfeld“ sowohl bei den Konsumenten der übrigen harten Drogen zusätzlich kleiner zu sein – da weniger in den Jahresstatistiken als „Erstauffällige“ ausgewiesen werden[130] – als auch bei den entsprechenden Todesfällen, denn hier wird angegeben: „Als KhD erfasst“ bzw. „Als EKhD erfasst“.

## 4.2 Verstoß gegen die eigene Definition des „Polizeilichen Hellfeldes“

Selbst wenn man Tatverdächtige bei allen Drogendelikten lückenlos „als KhD erfassen“ würde, wäre das „Polizeiliche Hellfeld“ bei den Todesfällen dennoch nicht korrekt wiedergegeben. Die Anwendung der Kategorie „Als KhD erfasst“ verhindert gerade das.

Wie bereits erläutert wurde, definiert das BKA in der PKS der BRD regelmäßig alle ermittelten Delikte und Tatverdächtigen als zum „Polizeilichen Hellfeld“ gehörig.[131] Doch bei der Einord-

---

[127] Siehe BKA (2003 b), S. 37 f. Angegebene Quelle: DHS (Hg.), „Jahrbuch Sucht“ 2002.

[128] Siehe BKA (2001 a), Tab. 01.

[129] Siehe BKA (2001 a), Tab. 22.

[130] Abgesehen von der Praxis, überhöhte Daten zu veröffentlichen, wie in Abschnitt 3 nachgewiesenen wurde.

[131] Siehe Abschnitt 1.6 unter „Polizeiliches Hellfeld“, Bedeutung 4.

nung der Drogentodesfälle richtet man sich nicht einmal danach, ob die Verstorbenen schon wegen eines Rauschgiftdeliktes tatverdächtig waren. Dadurch verstoßen das BKA und die LKÄ gegen die eigene Definition, und das ohne Erklärung. Aus diesem Zusammenhang ergeben sich eine ganze Reihe weiterer falscher Zuordnungen.

### 4.2.1 Keine KhD-Einordnungen bei weichen Drogen

Bei Ermittlungsverfahren wegen eines Deliktes mit weichen Drogen werden naturgemäß keine KhD-Einordnungen vorgenommen. Es gibt aber auch Drogentodesfälle infolge weicher BtM, z. B. Verkehrsunfälle nach Haschischkonsum oder Suizide nach monatelangem Haschischkonsum durch Sturz aus dem Fenster bzw. vor einen Zug oder auch Todesfälle nach dem Schnüffeln von Lösungsmitteln.

Dieser Punkt ist offenbar in Vergessenheit geraten. Doch in der PKS von Nordrhein-Westfalen sind bis 1980 Kurzdarstellungen von Drogentodesfällen angeführt. Viele sind durch weiche Drogen verursacht.[132] Die in Abschnitt 1.6 zitierte Definition des Drogentodes schließt Drogentodesfälle infolge weicher BtM ein, obwohl dieser Aspekt nicht ausdrücklich erwähnt wird. Bei König und Kreuzer belegen viele Textstellen, dass Cannabis einen Drogentod verursachen kann, z. B. einen Verkehrsunfall.[133]

Bis zum RJB 1982 wurde in einer Grafik mit der Bezeichnung „Todesfälle im Zusammenhang mit mißbräuchlicher Benutzung von Rauschgiften“ unterschieden zwischen den Kategorien „Gesamt“ und „Harte Drogen“.[134] Folglich wurde die Differenz der Fälle durch weiche Drogen verursacht. Danach hat man wohl über diesen Aspekt nicht mehr berichtet, um nach und nach die Kategorie „Als KhD erfasst“ bei den Todesfällen mit „polizeibekannt“ gleichsetzen zu können.

Von daher ist es alles andere als sachgerecht, dass die örtlichen Dienststellen angeben, ob Drogentote „als KhD erfasst“ waren. Haschischkonsumenten können wegen diverser Drogendelikte mehrfach vorbestraft sein. Doch aus formalen Gründen ist es nicht möglich, die entsprechenden Todesfälle dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzuordnen. Ein Konsument weicher Drogen kann sogar in Polizeigewahrsam sterben und gilt dennoch als „polizeiunbekannt“, da er nicht „als KhD erfasst“ war.

Diese Fälle sind durchaus von Bedeutung bei dem hier untersuchten Zusammenhang von Heroinkonsumenten und -toten. Wenn beispielsweise 50 Drogentote mehr als „polizeibekannt“ einzustufen sein sollten, würden die Quoten der örtlichen Dienststellen und dadurch auch diejenigen des BKA, auf denen diese Analyse basiert, etwas höher ausfallen.

Vor allem aber bleibt den Ermittlern häufig verborgen, dass Tatverdächtige bei Delikten mit weichen Drogen auch Heroin konsumieren. Tatverdächtige bei Cannabisdelikten sind um ein Vielfaches zahlreicher als diejenigen bei Heroindelikten.[135] So sterben viele Heroinkonsumenten, die der Polizei nur wegen weicher Drogen bekannt waren ... und gelten dann als „polizeiunbekannt“, da sie zuvor nicht „als KhD erfasst“ waren.

---

[132] Siehe jeweils Abschnitt 10.8.8.

[133] König/Kreuzer (1998). Siehe z. B. S. 152 ff, 171, 194, 203 f u. 238 ff.

[134] Siehe BKA (1983 b), S. 65.

[135] Beispielsweise wurden im Jahr 2000 in der BRD bei den allg. Verstößen mit Cannabis 89.742 Tatverdächtige ermittelt und bei diesen Delikten mit Heroin 23.989 Tatverdächtige. Siehe BKA (2001 a), Tab. 1.

### 4.2.2 „Polizeiunbekannt“ trotz aktueller Ermittlungen

Todesfälle während laufender polizeilicher Ermittlungen sind wohl grundsätzlich dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzuordnen; denn einen unmittelbareren Bezug zur Polizei konnte ein Verstorbener gar nicht haben, als wenn aktuell gegen ihn ermittelt worden ist. Das ist auch unabhängig davon, um welche Delikte es ging und ob ein BtM-Bezug erkannt worden ist. Wenn z. B. nur wegen Diebstahls ermittelt wird und der Tatverdächtige dann an einer Überdosis Heroin stirbt, belegt das die Fehleinschätzung der Ermittler. Der Verstorbene ist deshalb aber nicht „polizeiunbekannt“. Dennoch wird ein solcher Fall dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugeordnet, da der Verstorbene nicht „als KhD erfasst“ war.

Auch sollte man annehmen können, dass die Auswirkungen einer drohenden Vorstrafe und einer eventuell in Aussicht stehenden Haft für die Betroffenen weitgehend identisch sind, ob es sich nun um BtM-Delikte oder um andere Delikte handelt. Bei der aktuellen Praxis kann ein Heroinkonsument nach der Festnahme wegen eines begangenen Raubüberfalls in Polizeigewahrsam sterben und gilt dennoch als „polizeiunbekannt“, da er zuvor nicht „als KhD erfasst“ war. Die Auswirkungen nehmen hier also ebenso bizarre Formen an wie bei den Konsumenten weicher Drogen.

Dieselben Argumente ließen sich wiederholen für Todesfälle, bei denen die Verstorbenen aktuell Ziel von Ermittlungen wegen eines Drogendeliktes waren. Diese Ermittlungen waren also noch nicht abgeschlossen und es wurde noch keine KhD-Einordnung vorgenommen. In den Abschnitten 1.2.6 und 2 ging es dagegen um Drogentodesfälle, bei denen die Verstorbenen bereits in einem abgeschlossenen Verfahren als Tatverdächtige ermittelt worden waren.

Es sind wohl auch alle Drogentodesfälle dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzuordnen, wenn nach den polizeilichen Ermittlungen die folgenden Gerichtsverfahren noch andauerten oder wenn eventuelle Haftstrafen verbüßt wurden, auch wenn zu Lebzeiten kein BtM-Bezug erkannt und keine KhD-Einordnung vorgenommen worden ist, denn in den allermeisten Fällen hatte die Drogenkarriere bereits während der Ermittlungen der Polizei oder davor begonnen.

Bei all diesen Fällen ist mit einem erheblichen Aufkommen zu rechnen, auch wegen der großen Bedeutung der indirekten Beschaffungskriminalität, z. B. Diebstahl oder Betrug, und der Folgekriminalität, z. B. Sachbeschädigung oder Körperverletzung im Rausch oder aus Verzweiflung. Durch Anwendung der Kategorie „Als KhD erfasst“ wird das „Polizeiliche Hellfeld“ in unzulässiger Weise eingeschränkt auf eine Teilgruppe der Tatverdächtigen. Das wird offenbar nur deshalb praktiziert, um systematisch Drogentote vom „Polizeilichen Hell-“ zum „Dunkelfeld“ zu verschieben. Das ist zu korrigieren.

## 4.3 Angemessene Korrektur

Nach dieser Analyse sind bei der bereits vorgestellten Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation des BKA weitere Verhältnisse zurechtzurücken.[136] Bezüglich der hier behandelten Fallgruppen fehlen jedoch wie bei der Mehrfacherfassung der EKhD-Einträge in Abschnitt 3 konkrete Anhaltspunkte zur Dimension des Fehlbetrags. So kann man diesen nur willkürlich festlegen, um vorzuführen, wie sich die fraglichen Maßnahmen des BKA voraussichtlich auswirken. Mit

[136] Siehe Abschnitt 1.5, 2.4 und 3.7. Es wurden bereits mehrere Korrekturen vorgenommen.

großer Sicherheit liegen die Ergebnisse dann näher an der Realität, als würde man diese Korrektur nicht vornehmen.

Nach der bisherigen Analyse kommen nur noch 16,3 % der Drogentodesfälle beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ vor. Davon entfällt wohl mindestens die Hälfte auf die hier beschriebenen Fälle. Wenn man nur 8 % mehr dem „Hellfeld“ zurechnet, ist das wieder zurückhaltend kalkuliert. Eine entsprechende Anpassung ist dann bei den Konsumenten vorzunehmen.

Diese weitere Korrektur tangiert allerdings einen brisanten Aspekt. In Abschnitt 2 wurden die Konsumenten- und die Todesfallzahl beim „Polizeilichen Hellfeld“ vor allem deshalb erhöht, da Tatverdächtige offenbar systematisch nur in geringem Maße „als KhD erfasst“ wurden, obwohl diese als KhD bekannt waren. Da auch in Nordrhein-Westfalen die KhD-Einordnung eigentlich noch geringfügig höher hätte ausfallen müssen, betraf diese Korrektur voraussichtlich nur etwa 2 % der Tatverdächtige, bei denen die Ermittler nicht sicher waren, ob Konsum vorlag, oder bei denen sie es tatsächlich nicht wussten.[137]

Hier ist das Verhältnis umgekehrt. Die erforderliche Korrektur wegen der Anwendung des Hellfeld-Dunkelfeld-Verhältnisses aller Drogentodesfälle auf Herointodesfälle dürfte nur relativ gering zu veranschlagen sein, da Todesfälle infolge der übrigen harten Drogen nur eine geringe Bedeutung haben. Das gleiche trifft auf Todesfälle infolge weicher BtM zu. Die hier vorzunehmende Korrektur bezieht sich somit vorwiegend auf Konsumenten, die zwar wegen eines Deliktes mit weichen Drogen oder wegen eines Deliktes ohne BtM-Bezug „polizeibekannt“ waren, bei denen die Ermittler aber noch keinen Zusammenhang zu einem Konsum harter Drogen und insbesondere zu Heroinkonsum erkannt haben.

Brisant ist dieser Aspekt: Es könnte sein, dass für die Betroffenen die Sterbewahrscheinlichkeit sinkt, wenn die Polizeibeamten nicht wissen, dass sie es mit Heroinkonsumenten zu tun haben. Dann müsste man allerdings die Frage stellen nach dem „Warum“.

Sollten also bei den hier behandelten Fallgruppen im Vergleich zu den Konsumenten weniger sterben, müsste die Korrektur bei den Konsumenten entsprechend höher ausfallen als bei den Todesfällen. Andererseits könnte die Sterbewahrscheinlichkeit während der polizeilichen Ermittlungen und der anschließenden Gerichtsverfahren auch steigen und so ebenfalls eine spezielle Anpassung erforderlich machen.

Diese Aspekte, auf die schon bei der Korrektur in Abschnitt 2.4 hingewiesen wurden, werden jedoch weiterhin ausgeklammert. Wie zuvor wird von der ***Grundannahme*** ausgegangen, dass bei den „polizeibekannten“ Konsumenten die Wahrscheinlichkeit zu sterben immer gleich ist. So wird nicht unterschieden, ob die Betroffenen „als KhD erfasst“ waren, ob sie zwar als Konsumenten bekannt waren, aber nicht entsprechend eingestuft, oder ob sie „polizeibekannt“ waren, ohne dass die Ermittler wussten, dass sie es mit KhD zu tun hatten.

### 4.4 Vorschläge für eine Reform der Drogentodesfallstatistik

Selbst bei einer korrekten Zuordnung aller bisher behandelten Fallgruppen werden sogar noch weitere Drogentodesfälle beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ gezählt, obwohl die Verstorbenen zuvor „polizeibekannt“ waren, denn eine wesentliche Gruppe wurde noch nicht behandelt:

---

[137] Siehe Abschnitt 2.2 und 2.4.

Verstorbene Drogenkonsumenten waren auch „polizeibekannt“, wenn sie in der Vergangenheit wegen diverser Straftaten ohne BtM-Bezug als Tatverdächtige ermittelt worden waren und wenn alle nachfolgenden Maßnahmen, also auch eventuelle Gerichtsverfahren und Haftstrafen, bereits zum Abschluss gekommen sind.

Bisher ging es um solche Fälle, bei denen die Verfahren und Strafmaßnahmen noch andauerten und bei denen die Ermittler nicht wussten, dass sie es mit KhD und insbesondere mit Heroinkonsumenten zu tun hatten. Auch wegen dieser weiteren Fallgruppe, bei der ebenfalls ein hohes Aufkommen, bedingt durch Beschaffungs- und Folgekriminalität, anzunehmen ist, ist eine Korrektur um 8 % zurückhaltend kalkuliert, wenn man es dabei belässt.

Nach einer Reform der Drogentodesfallstatistik empfiehlt es sich allerdings, diese Fälle dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zuzuordnen; denn wenn man jeden verstorbenen BtM-Konsumenten, der irgendwann einmal etwas mit der Polizei zu tun gehabt hat, dem „Hellfeld“ zurechnet – z. B. wegen eines frisierten Mopeds in seiner Jugendzeit – wird die Aussagekraft der Statistik gemindert. Zumindest theoretisch sollte man sich daran orientieren, ob die Betroffenen bereits während der polizeilichen Ermittlungen Drogen konsumiert haben.

Da man sich aber in der Praxis, wie sich gezeigt hat, auf das Urteil der Ermittler nicht verlassen kann, ist ein standardisiertes Verfahren angebracht: Alle Drogentodesfälle während laufender Ermittlungen und nachfolgender Maßnahmen und alle während oder nach Verfahren wegen BtM-Delikten, ob wegen harter oder weicher BtM, sollten dem „Polizeilichen Hellfeld“ zugeordnet werden. – Hier haben dann auch einige den Konsum während der Ermittlungen noch nicht begonnen, so dass es einen geringen Ausgleich gibt. – Alle Drogentodesfälle nach Abschluss aller Maßnahmen wegen Straftaten ohne BtM-Bezug könnten dagegen weiterhin dem „Polizeilichen Dunkelfeld“ zugerechnet werden.

Obwohl dann das „Hellfeld“ bei den Drogentodesfällen immer noch zu gering ausfiele, hätte dieses Verfahren erhebliche Vorteile gegenüber dem jetzigen, denn eins sollte auf jeden Fall reformiert werden: die Einordnung der Verstorbenen „als KhD erfasst“ und schlimmer noch: „als EKhD (aktuell im INPOL) erfasst“. So dient diese Statistik vor allem dem Zweck, die tatsächlichen Verhältnisse zu verschleiern.

### 4.5 Auswirkung auf die Mortalitätsraten

Wenn man wie zuvor von etwa 188.000 Heroinkonsumenten im Jahr 2002 ausgeht, beinhaltet nach dem Schätzverfahren für Polizeidaten und der weiteren Analyse das „Polizeiliche Hellfeld“ 31,3 % der Konsumenten, auf welche 91,7 % der Todesfälle entfallen. 8,3 % der Todesfälle entfallen dann auf 68,7 % der Konsumenten beim „Dunkelfeld“.[138] Die Wahrscheinlichkeit zu sterben ist nun schon etwa 24,4-mal höher für diejenigen, die der Polizei bekannt waren.[139]

---

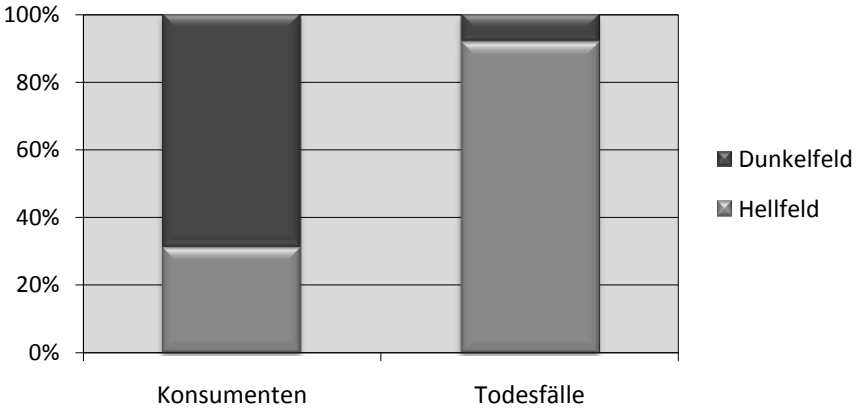
[138] Ergebnis von Abschnitt 3: Hellfeld : Dunkelfeld bei den Konsumenten: 28,6 % : 71,4 %, bei den Todesfällen: 83,7 % : 16,3 %. Hier wird bei beiden Bereichen eine Anpassung vorgenommen.

8 % mehr Todesfälle werden beim Hellfeld addiert. 83,7 % + 8 % = 91,7 %
Dunkelfeld: 100 % – 91,7 % = 8,3 %

Der Anteil der Konsumenten beim Hellfeld wird proportional erhöht.
8 % : 83,7 % = 9,6 % 109,6 % ∗ 28,6 % = 31,3 % Dunkelfeld: 100 % – 31.3 % = 68,7 %

[139] Quotient Hellfeld: 91,7 % : 31,3 % = 2,93 Quotient Dunkelfeld: 8,3 % : 68,7 % = 0,12
2,93 : 0,12 = 24,4

**Abbildung 4: Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, IV**




Quelle: eigene Entw., Basis: BKA (2003 b), S. 67 u. Tab. 21.

Damit ist die Korrektur der Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation bezüglich der Drogentodesfälle vorläufig abgeschlossen. Das Ergebnis kann aber kein exakter Wert sein, da man bei Schätzungen und Modellrechnungen immer nur Annäherungswerte erhält. Deshalb ist es sicher angemessen, beim „Hellfeld“ einen Bereich von 89 – 94 % anzunehmen und beim „Dunkelfeld“ einen Bereich von 6 – 11 %.

Betrachtet man nur das „Hellfeld“, scheint der Spielraum nach all den Unwägbarkeiten der vorgenommenen Korrekturen gering bemessen zu sein. Betrachtet man aber das „Dunkelfeld“, liegt die obere Bereichsgrenze fast doppelt so hoch wie die untere.

Das Ergebnis bezieht sich auf das Jahr 2002, für das letztmals Schätzergebnisse veröffentlicht wurden. – Dieser Jahrgang wurde untersucht, um eine größtmögliche Aktualität zu erreichen, damit die Ergebnisse nicht voreilig als veraltet und damit als irrelevant abqualifiziert werden. – Es ist jedoch davon auszugehen, dass Drogentodesfälle bereits seit Einführung der Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation im Jahr 1993 mit den aufgezeigten Methoden falsch zugeordnet werden, und zwar jeweils in etwa derselben Größenordnung. So bewegt sich aller Voraussicht nach die Polizeiauffälligkeit der verstorbenen Heroinkonsumenten bereits seit 1993 und auch weiterhin bis heute zwischen 89 % und 94 %. Ob dieser Bereich angemessen dimensioniert ist, wird im folgenden Abschnitt anhand realer Daten überprüft.

## 4.6 Am Beispiel der Verhältnisse in Bayern, Teil 2

In Abschnitt 3.3 wurden bereits die Drogentodesfälle aus Bayern von 1999 thematisiert. Das BKA gab diesbezüglich an, dass „27,6 % der Rauschgifttoten als Erstkonsumenten harter Drogen (EKhD) bekannt gewesen ...“ seien.[140] Wiederholt setzt das BKA diese Angaben mit „polizeibekannt“ gleich.[141] Hier liegen die Daten aus Bayern weit unter dem Bundesdurchschnitt von 39 % der in diesem Jahr als EKhD Erfassten.[142]

[140] BKA (2000 b), S. 81.
[141] Siehe Abschnitt 1.1.
[142] BKA (2000 b), Tab. 30.

1999 wurden in Bayern 268 Drogentodesfälle festgestellt, insgesamt 107 davon in den Großstädten München, Nürnberg und Augsburg. Diese 107 Fälle wurden von Kraus et al. (IFT) aufwendig analysiert. 107 von 268 machen etwa 40 % der Gesamtzahl aus. Auch wenn es sich nur um eine Teilstudie handelt, haben die Ergebnisse damit repräsentativen Charakter.

Als Basis für diese Untersuchung wurden aus verschiedenen Bereichen umfangreiche Daten zusammengetragen. Mittels Fragebogen wurden Daten bei Drogenhilfe-, Entgiftungs- und Substitutionseinrichtungen erhoben. Mit Angehörigen wurden strukturierte Interviews geführt. Zudem wurden mittels eines Erhebungsbogens Details aus den polizeilichen Akten abgefragt. Die „Erhebungsinstrumente für die verschiedenen Datenquellen ... wurden ... mit Vertretern der jeweiligen Einrichtungen inhaltlich abgestimmt.“[143] Dass dieser Aspekt ausdrücklich betont wird, hat einen besonderen Grund, wie sich zeigen wird.

Von der Polizei wurden Angaben zu den Todesumständen, zu strafrechtlichen Erkenntnissen und zu chemisch-toxikologischen Gutachten geliefert. Hier sind vor allem folgende Ergebnisse von besonderer Bedeutung:

- 90 von 107 Verstorbenen sind mindestens einmal wegen eines Drogendeliktes „straffällig“ geworden (86 %).
- 94 von 107 Verstorbenen sind mindestens einmal wegen eines anderen Deliktes, das nicht unter das BtMG fällt, „straffällig“ geworden (88 %).[144]

Somit waren nach diesen Angaben mindestens 88 % der Verstorbenen „polizeibekannt“. Jedoch waren beide Fallgruppen nicht zwangsläufig deckungsgleich. Wurden nur 3 Verstorbene zwar wegen eines Drogendeliktes, nicht aber gleichzeitig wegen eines anderen Deliktes „straffällig“, erreichen diejenigen, die vor ihrem Tod der Polizei bekannt waren, bereits einen Anteil von mehr als 90 %.[145]

Bei näherer Betrachtung ist von einem noch deutlich höheren Anteil auszugehen. Die Daten beziehen sich auf „Straffälligkeit“. Hier handelt es sich um einen alltagssprachlichen Begriff, dessen eindeutige Definition in keinem Lexikon zu finden ist, nicht einmal in einem juristischen Fachlexikon. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass „Straffälligkeit“ vorliegt, wenn ein Betroffener wegen einer begangenen Straftat verurteilt worden ist. So lautet die Erklärung beispielsweise in der Online-Enzyklopädie Wikipedia. – Bis zur rechtskräftigen Verurteilung gilt schließlich die Unschuldsvermutung. Erst danach wird die „Strafe fällig“. – Nach einem Konzept zur Jugendgerichtshilfe gelten Jugendliche dagegen bereits dann als „straffällig“, wenn die Staatsanwaltschaft öffentlich Anklage erhoben hat.[146]

Nach der erstgenannten Bedeutung wurden Verstorbene nicht als „straffällig“ gezählt, wenn die polizeilichen Ermittlungen oder die anschließenden Gerichtsverfahren noch andauerten und wenn diese Verstorbenen nicht bereits wegen einer Verurteilung in einem anderen Verfahren als „straffällig“ galten. Nach der zweiten Bedeutung wären geringe Einschränkungen vorzunehmen. Lediglich bis zum Zeitpunkt der Anklageerhebung läge noch keine „Straffälligkeit“ vor. Bis dahin konnten aber auch diese Fälle nicht in die Statistik eingehen, obwohl die Betroffenen „polizeibekannt“ waren.

---

[143] Kraus et al. (2001), S. 78.

[144] Kraus et al. (2001), S. 91.

[145] 94 + 3 = 97  97 : 107 = 90,7 %

[146] Landkreis Ansbach (2009), S. 5.

Zudem ist von weiteren „polizeibekannten“ Verstorbenen auszugehen, die nicht als solche statistisch erfasst worden sind. Angesichts der verwendeten Kategorie „Straffälligkeit“ wurden auch solche Verstorbene nicht mitgezählt, die von der Polizei zunächst als Tatverdächtige ermittelt worden waren, deren weiteres Verfahren aber eingestellt worden ist bzw. mit einem Freispruch geendet hat. Beispielsweise könnte die Beweislage unzureichend gewesen sein, die sichergestellte Drogenmenge unterhalb festgelegter Grenzwerte gelegen haben, die Betroffenen könnten sich umgehend in Therapie begeben haben usw.

Zu dieser Gruppe gehörten sicherlich auch „Konsumenten harter Drogen“. In all diesen Fällen wurden die Betroffenen als Tatverdächtige ermittelt, sie waren „polizeibekannt“ und ihr etwaiger Todesfall war dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzuordnen. Doch in der fraglichen IFT-Statistik sind solche Verstorbenen nicht als „straffällig“ gelistet. So wird suggeriert, dass sie der Polizei nicht bekannt gewesen seien.

Die Kategorie „Straffälligkeit“ wurde offenbar mit Bedacht gewählt. Schließlich wurde sie mit Vertretern der Polizei „inhaltlich abgestimmt“. So wird verschleiert, dass fast nur „polizeibekannte“ Drogenkonsumenten sterben. Obwohl die veröffentlichten Daten bereits ein sehr hohes Niveau erreichen, liegt der Anteil der dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzuordnenden Fälle noch deutlich höher als bei 88 %.

Offenbar bewegen sich die Daten aus Bayern eher an der oberen Grenze des Bereichs von 89 – 94 % der Drogentodesfälle, der nach der bisher vorgetragenen Analyse für „Polizeiauffälligkeit“ der Verstorbenen prognostiziert worden ist. Eventuell fallen die Daten sogar noch höher aus. Damit sind wesentliche Ergebnisse dieser Studie bestätigt, insbesondere auch zur Bewertung der „Detailauswertung“. Folglich handelt es sich bei diesen Ergebnissen nicht um Spekulation oder bloße Mutmaßungen. Vielmehr kommen die korrigierten Daten der Realität sehr nahe.

Das BKA meldet nur 27,6 % der Drogentodesfälle aus Bayern aus dem Jahr 1999 „als EKhD erfasst“ und setzt diese Kategorie wiederholt mit „polizeibekannt“ gleich. Tatsächlich waren jedoch deutlich mehr als 88 % „polizeibekannt“. An diesem Beispiel wird besonders deutlich, in welchem Ausmaß die BKA-Daten von der Realität abweichen.

## 4.7 Begriffe und Definitionen

Die weitere Analyse hat ergeben, dass bezüglich eines Schlüsselbegriffs eine Fülle von Differenzierungen zu beachten ist.

**Polizeibekannt (polizeiunbekannt)**

Hier ist wieder vor allem die Situation bei den Heroinkonsumenten von Interesse. Diese können „polizeibekannt“ sein, da sie von der Polizei

- als Tatverdächtige ermittelt worden sind oder
- da entsprechende Ermittlungen eingestellt worden sind, jeweils
  - wegen einer Straftat mit Heroin, mit anderen harten Drogen oder mit weichen Drogen oder
  - wegen einer Straftat ohne BtM-Bezug, jeweils
    - während der Konsum bereits begonnen hat oder
    - bevor der Konsum begonnen hat.

# 5 Falsch berechnetes Hellfeld

## 5.1 Falsche Grundannahme

Beim Schätzverfahren für Polizeidaten[147] werden zunächst die „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ der letzten 10 Jahre zum „Polizeilichen Hellfeld“ addiert, entsprechend der durchschnittlichen Konsumdauer. Dann wird Jahrgang für Jahrgang mittels des Anteils der Drogentoten, die nicht „als EKhD erfasst“ waren – „Polizeiliches Dunkelfeld“ –, das „Dunkelfeld“ bei den Konsumenten berechnet und schließlich deren Gesamtzahl.

Doch dieses Verfahren basiert auf einer falschen ***Grundannahme:*** Wenn man 10 Jahrgänge EKhD zum „Polizeilichen Hellfeld“ addiert, geht man davon aus, dass Heroinkonsumenten der Polizei bekannt sind, solange sie konsumieren, vom ersten bis zum letzten Tag. Man unterstellt sozusagen, dass die Polizei tatsächlich „Erstkonsumenten“ kennen lernt, also Konsumenten zum Zeitpunkt ihres Erstkonsums. Das kann gar nicht sein.

Wie bisher deutlich wurde, werden Heroinkonsumenten nur teilweise der Polizei bekannt, manche am Anfang ihrer Drogenkarriere, manche in der Mitte und manche am Ende, also durchschnittlich in der Mitte. Folglich sind sie auch nur 5 Jahre dem „Polizeilichen Hellfeld“ zuzurechnen und 5 Jahre dem „Dunkelfeld“. Deshalb ist es nur zulässig, die EKhD der letzten 5 Jahre zum „Polizeilichen Hellfeld“ zu addieren. Das „Hellfeld“ ist also nur etwa halb so groß, wie das BKA vorgibt, abgesehen von den übrigen falschen Darstellungen. Das lässt sich anhand zweier Erklärungsmodelle eindeutig nachweisen.

### 5.1.1 Alter der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ und der Drogentoten

Der RJB 1994 informiert erstmals über das Durchschnittsalter der EKhD zum Zeitpunkt ihrer Registrierung, getrennt nach Rauschgiftarten. Das Durchschnittsalter der Drogentoten wird bereits seit 1982 veröffentlicht. Doch vor einem Datenvergleich zunächst zwei Erklärungen:

- In Abschnitt 3 wurde nachgewiesen, dass die EKhD-Daten der meisten Länder und damit auch diejenigen der BRD Phantasiedaten sind. Sie sind zu hoch angegeben. So erübrigt sich eigentlich deren Analyse. Die Daten könnten ja bei der Erhöhung zusätzlich verändert werden. Es könnte aber auch sein, dass die tatsächlichen Daten mit einem konstanten Faktor multipliziert werden, damit die Gewichtung der Altersstufen beibehalten wird; denn ohne zusätzliche Verfälschungen ist die Erhöhung weniger auffällig. Doch ohne Kenntnis dieser Hintergründe können die Daten nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

- Eine durchschnittliche Konsumdauer von 10 Jahren beim Heroin bedeutet, dass der Konsum entweder durch Abstinenz oder durch Tod eingestellt wird. Es ist aber nicht bekannt, ob diejenigen, die sterben, eine kürzere Zeitspanne konsumieren als diejenigen, die den Konsum einstellen und weiterleben. Da diesbezüglich keine Anhaltspunkte vorliegen, wird von der ***Grundannahme*** ausgegangen, dass der Tod durchschnittlich 10 Jahren nach Konsumbeginn eintritt.

Die These, dass die Registrierung der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ durchschnittlich etwa in der Mitte der Drogenkarriere erfolgt, lässt sich daran überprüfen, ob deren Durch-

[147] Siehe Abschnitt 1.5.

schnittsalter 5 Jahre unter dem Durchschnittsalter der Drogentoten liegt. In der Tabelle 5 sind die fraglichen Daten und die jeweilige Differenz aufgelistet.

Da Drogentodesfälle den einzelnen Drogen nicht eindeutig zuzuordnen sind, können nur die gesamten Todesfälle verglichen werden. Da aber Todesfälle infolge der übrigen Drogen nur eine untergeordnete Rolle spielen,[148] dürfte es bei den Herointodesfällen nur geringe Abweichungen geben.

**Tabelle 5: Alter der Erstauffälligen Heroinkonsumenten und der Drogentoten, 1994 – 2002**

| Jahre | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 | Ø |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EKhD-Heroin | 26,4 | 26,3 | 26,3 | 25,9 | 26,2 | 26.4 | 26,6 | 28,2 | 27,4 | 26,6 |
| Drogentote | 30 | 30 | 31 | 31 | 31 | 32 | 33 | 33 | 32 | 31,4 |
| Differenz | 3,6 | 3,7 | 4,7 | 5,1 | 4,8 | 5,6 | 6,4 | 4,8 | 4,6 | 4,8 |

Quelle: eigene Entwicklung, Basis: BKA (2003 b), Tab. 25 u. 34; eigene Berechnungen.

Die prognostizierte Differenz von 5 Jahren wurde mit 4,8 Jahren nur knapp verfehlt. Das Durchschnittsalter der EKhD ist aber sicher durch Mehrfacherfassungen nach oben verschoben. Diese kommen zwar auch bei jüngeren Jahrgängen vor, doch eher bei älteren, bei denen mehr Konsumenten erfasst sind.

Insgesamt ist das Ergebnis als Bestätigung der ***Grundannahme*** zu werten, dass die Registrierung gleichermaßen am Anfang und am Ende einer Drogenkarriere erfolgt, also durchschnittlich etwa in der Mitte. Bei der EKhD-Registrierung werden also tatsächlich alle Altersstufen der Konsumenten erfasst, die durchschnittlich 5 Jahre dem „Polizeilichen Hellfeld“ angehören.

### 5.1.2 Jährlicher Verringerungsfaktor

Bei der Einführung seines Schätzverfahrens weist das BKA auf verschiedene Unwägbarkeiten hin und erklärt z. B.:

> „Da ein Teil der Betroffenen wieder aus dem Kreis der Konsumenten ausscheidet (u. a. Selbstheiler, Therapierte), muß ein Verringerungsfaktor berücksichtigt bzw. der Erfassungszeitraum eingeschränkt werden.“[149]

Man grenzt dann aber lediglich den Erfassungszeitraum auf 10 Jahre ein, als habe man damit den Erfordernissen bereits genüge getan. Ein Verringerungsfaktor wird dagegen nicht berücksichtigt, denn der Umstand, dass bei der EKhD-Registrierung das ganze Spektrum von Erst- bis Altkonsumenten erfasst wird, findet keine Beachtung. Stattdessen verfährt man so, als befänden sich alle „Erstauffälligen“ zum Zeitpunkt der Erfassung noch am Beginn ihrer Drogenkarriere und hätten durchschnittlich noch 10 Jahre Konsum vor sich. So werden alle EKhD mitgezählt, die bis zu 10 Jahren vorher registriert wurden. Für jeden Jahrgang rückwirkend sind aber zunehmend jeweils 10 Prozent abzuziehen, was an Beispielen erläutert wird:

---

[148] Siehe Abschnitt 2.5.

[149] BKA (1994 b), S. 151.

Bei einer Schätzung auf Basis der Daten von 1992 – 2001 sind bei den EKhD des Jahres 1996 bereits 50 % abzuziehen, denn der Wahrscheinlichkeit nach befanden sich die Hälfte der in diesem Jahr neu Registrierten bereits in der zweiten Hälfte ihre Drogenkarriere und haben bis zur Schätzung den Konsum eingestellt, sei es durch Abstinenz oder Tod. Entsprechend ist bei allen Jahrgängen zu verfahren. Bei der Einbeziehung der EKhD von 1992 wird das ganz deutlich: Da der Wahrscheinlichkeit nach im selben Jahr nur 10 % der „Neuregistrierten" im ersten Jahr ihrer Drogenkarriere waren, ist davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Schätzung allenfalls diese 10 % noch konsumierten.

Auch so lässt sich eindeutig nachweisen, dass nicht 10 volle Jahrgänge EKhD zum „Polizeilichen Hellfeld" zu addieren sind, sondern die zurückliegenden nur teilweise. Statt aber rückwirkend zunehmend 10 % abzuziehen, können auch nur 5 Jahrgänge EKhD addiert werden, da die Betroffenen durchschnittlich nach 5 Jahren den Konsum einstellen oder sterben.

## 5.2 Abstinenz oder Tod

Die zuletzt zitierte Erklärung des BKA ist auch in anderer Hinsicht von Interesse. Diese verschleiert, in welcher Größenordnung die Betroffenen den Konsum einstellen und auch in der übrigen Berichterstattung gibt es hierzu keine Angaben. Die Wortwahl „Da ein Teil der Betroffenen wieder aus dem Kreis der Konsumenten ausscheidet (u. a. Selbstheiler, Therapierte) ..." erweckt den Eindruck, die „Selbstheiler und Therapierten" seien eine Minderheit, und der Umstand, dass deshalb keine Abzüge vorgenommen werden – abgesehen von der Einschränkung des Erfassungszeitraums –, suggeriert, man könne diese Minderheit vernachlässigen. Tatsächlich handelt es sich aber bei Weitem um die Mehrheit. Das wird an groben Überschlagrechnungen vorgeführt, die in diesem Fall ausreichen dürften.

Im RJB 2002 teilt das BKA zum letzten Mal mit, dass das Schätzverfahren für Polizeidaten 188.000 Heroinkonsumenten ergab.[150] Wenn man mögliche Schwankungen außer Acht lässt und von einer durchschnittlichen Konsumdauer von 10 Jahren ausgeht, gibt es durchschnittlich alle 10 Jahre eine neue Generation von Heroinkonsumenten. Von 1993 – 2002 wurden aber insgesamt „nur" 17.004 Drogentodesfälle verzeichnet. Wenn man zudem davon ausgeht, dass etwa 10 % der Todesfälle durch andere Drogen verursacht wurden,[151] erhält man 15.003 Herointodesfälle. Das sind „nur" 8,1 % im Verhältnis zu den Konsumenten.[152] Folglich haben deutlich mehr als neun von zehn den Konsum beendet durch Abstinenz.

Erwartungsgemäß ergibt ein Vergleich bei den „polizeibekannten" Heroinkonsumenten ganz andere Zahlen. Wenn man die Verfälschungen korrigiert, die bisher nachgewiesen wurden, und wenn man wie zuvor von einem 10 %igen Anteil der Herointodesfälle an allen Drogentodesfällen ausgeht, beenden nur etwa zwei von drei ihren Konsum durch Abstinenz.[153]

---

150 Siehe Abschnitt 1.5.

151 In Abschnitt 2.5 wurden Anhaltpunkte dafür gegeben, dass etwa 90 % der Drogentodesfälle auf Heroin zurückzuführen sind oder sogar mehr.

152 Siehe BKA (2003 b), S. 34. 17.004 ∗ 90 % = 15.303 15.303 : 188.000 = 8,1 %

153 Es sind nur 5 Jahrgänge zu vergleichen. EKhD-Heroin 1998 – 2002: 38.696. Siehe BKA (2003 b), Tab. 21. Falsche Angaben zu den EKhD-Heroin: ∗ 67 %. Siehe Abschnitt 3.5. Mehrfacherfassungen bei den EKhD: ∗ 85 %. Siehe Abschnitt 3.6. 38.696 ∗ 67 % ∗ 85 % = 22.037

Drogentodesfälle 1998 – 2002: 8.864. Herointodesfälle: ∗ 90 %. Polizeiliches Hellfeld: ∗ 90 %. 8.864 ∗ 90 % ∗ 90 % = 7.180 7.189 : 22.037 = 32,6 % Abstinenz: 67,4 %

Dieser Unterschied ist dramatisch und es wurden noch nicht einmal die Verhältnisse beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ berechnet. Das Ergebnis: „Neun von zehn“ bezog sich auf alle Drogentodesfälle. So ist dringend zu untersuchen, warum viel weniger Konsumenten den Konsum einstellen und stattdessen sterben, wenn sie der Polizei bekannt geworden sind. Ist nicht propagiertes Ziel der Strafverfolgung, den Ausstieg aus der Drogenscene zu fördern? Angesichts dieser Zusammenhänge ist es sicher sinnvoll, Statistiken auch zu den gelöschten EKhD zu veröffentlichen, um in diesem wichtigen Punkt für Aufklärung zu sorgen.

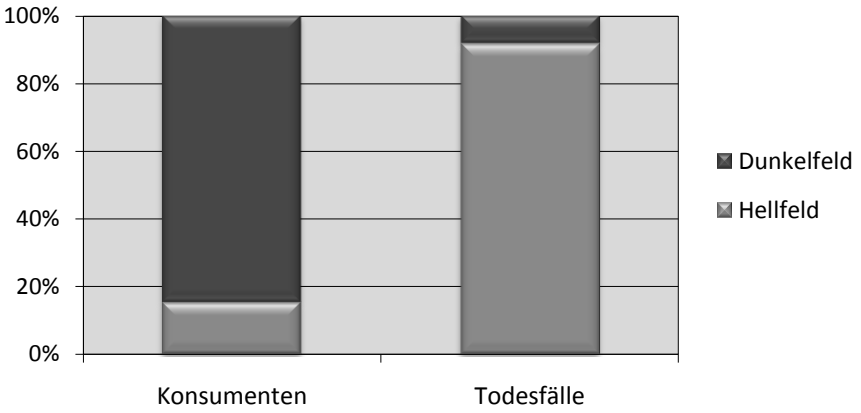
## 5.3 Auswirkung auf die Mortalitätsraten

Bei der bereits vorgestellten Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation des BKA ist eine weitere Korrektur vorzunehmen.[154] Das „Polizeiliche Hellfeld“ ist auf 5 Jahrgänge EKhD zu reduzieren.

Wenn man wie zuvor von etwa 188.000 Heroinkonsumenten im Jahr 2002 ausgeht, beinhaltete nach dem Verfahren für Polizeidaten und den durchgeführten Analysen das „Hellfeld“ nur noch 15,4 % der Konsumenten, auf welche 91,7 % der Todesfälle entfielen. 8,3 % der Todesfälle entfielen dann auf 84,6 % der Konsumenten beim „Dunkelfeld“,[155] so dass die Wahrscheinlichkeit zu sterben etwa 59,5-mal höher war für diejenigen, die der Polizei bekannt waren.[156]

Obwohl alle vorgenommenen Korrekturen zurückhaltend kalkuliert wurden, wurde eine etwa 60-mal höhere Wahrscheinlichkeit zu sterben ermittelt. Das Missverhältnis ist also voraussichtlich sogar noch größer.

**Abbildung 5: Heroinkonsumenten und Drogentodesfälle beim Polizeilichen Hell- und Dunkelfeld, 2002, V**




Quelle: eigene Entw., Basis: BKA (2003 b), S. 67 u. Tab. 21.

Damit ist auch die Korrektur der Konsumenten beim „Polizeilichen Hell-„ und „Dunkelfeld“ vorläufig abgeschlossen, bis eventuell weitere Erkenntnisse vorliegen. Auch hier kann das

---

[154] Siehe Abschnitt 1.5, 2.4, 3.7 und 4.3. Es wurden bereits mehrere Korrekturen vorgenommen.

[155] Ergebnis von Teil 4: Hellfeld : Dunkelfeld bei den Konsumenten: 31,3 % : 68,7 %, bei den Todesfällen: 91,7 % : 8,3 %. Hier wird bei den Konsumenten eine Anpassung vorgenommen.

EKhD-Heroin von 1993 – 2002: 78.743; von 1998 – 2002: 38.696 (49,1 %). Siehe BKA (2003 b), Tab. 21.
Hellfeld: 49,1 % ∗ 31,3 % = 15,4 % Dunkelfeld: 100 % – 15,4 % = 84,6 %

[156] Quotient Hellfeld: 91,7 % : 15,4 % = 5,95 Quotient Dunkelfeld: 8,3 % : 84,6 % = 0,10
5,95 : 0,10 = 59,5

Ergebnis kein exakter Wert sein.[157] Es ist sicher angemessen, beim „Hellfeld“ einen Bereich von 11 – 20 % anzunehmen und beim „Dunkelfeld“ von 80 – 89 %.

Wie in Abschnitt 4.5 wird darauf aufmerksam gemacht, dass dieser Bereich großzügig gewählt wurde, denn beim „Hellfeld“ liegt die obere Bereichsgrenze fast doppelt so hoch wie die untere, und auch hier wird darauf hingewiesen, dass Heroinkonsumenten aller Voraussicht nach bereits seit Einführung der Hellfeld-Dunkelfeld-Kalkulation im Jahr 1993 und auch weiterhin bis heute in etwa derselben Größenordnung falsch zugeordnet werden.

## 5.4 Mögliche Abweichungen

Gerade Wahrscheinlichkeitsberechnungen können keine exakten Ergebnisse liefern. Nachdem bereits bei den Herointodesfällen ein „Hellfeld“ von 89 – 94 % und ein „Dunkelfeld“ von 6 – 11 % ermittelt wurde, kann nun auch die mit den Bereichsgrenzen mögliche Wahrscheinlichkeit berechnet werden. Die geringste ist 31,8 und die höchste 122,1.[158] Für Heroinkonsumenten liegt die Sterbewahrscheinlichkeit also etwa 32 – 122-mal höher, wenn sie der Polizei bekannt geworden sind.

Eine 122-fache Wahrscheinlichkeit scheint absurd hoch zu sein. Dieser hohe Wert kommt dadurch zustande, dass die Wahrscheinlichkeit rapide ansteigt, wenn eine Bereichsgrenze sich den 0 % und/oder den 100 % annähert. Es ist allerdings eine Größenordnung erreicht, bei der es kaum noch darauf ankommt, ob die Sterbewahrscheinlichkeit 32- oder 122-mal höher liegt. In jedem Fall ist eine unabhängige Untersuchung dringend geboten.

Weitere Abweichungen sind wahrscheinlich. Die bisherigen Berechnungen basieren auf 188.000 Heroinkonsumenten und auf den vom BKA veröffentlichten Daten zu den Drogentodesfällen. Doch auch diese Komponenten können nur Annäherungswerte sein. In den folgenden Abschnitten wird gezeigt, wie sich diesbezügliche Abweichungen auswirken könnten.

### 5.4.1 Geringere Konsumentenzahl

Obwohl sich die vom BKA geschätzten 188.000 Heroinkonsumenten im Bereich anderer Schätzergebnisse bewegen,[159] kann es auch deutlich weniger oder mehr geben. Gibt es weniger, nimmt das Missverhältnis ab und umgekehrt.

Ein Beispiel: Sollte es nur 140.000 Heroinkonsumenten geben, also etwa ein Viertel weniger, würde sich das nur auf das „Polizeiliche Dunkelfeld“ auswirken; denn die Anzahl beim „Hellfeld“ basiert auf den BKA-Daten und den vorgenommenen Korrekturen. Hier gäbe es also keine Veränderung. Beim „Dunkelfeld“ entfielen die Todesfälle dann auf weniger Konsumenten, so dass hier die Todesrate steigen und sich so die Verhältnisse etwas angleichen würden.

---

[157] Siehe Abschnitt 4.3.

[158] Minimum: Quotient Hellfeld: 89 % : 20 % = 4,45 Quotient Dunkelfeld: 11 % : 80 % = 0,14
4,45 : 0,14 = 31,8
Maximum: Quotient Hellfeld: 94 % : 11 % = 8,55 Quotient Dunkelfeld: 6 % : 89 % = 0,07
8,55 : 0,07 = 122,1

[159] Siehe Abschnitt 1.5, insbesondere Tabelle 1.

Die Sterbewahrscheinlichkeit läge aber beim „Hellfeld“ immer noch etwa 42,5-mal höher statt etwa 59,5-mal höher.[160]

Wenn man wie zuvor beim „Hellfeld“ einen Bereich von 11 – 20 % annimmt, lässt sich wieder die mit den Bereichsgrenzen mögliche Wahrscheinlichkeit berechnen. Diese reicht dann vom 22,3-Fachen bis zum 95-Fachen.[161]

### 5.4.2 Das Dunkelfeld bei den Drogentodesfällen, Teil 1

Wiederholt gibt es Versuche, das „Dunkelfeld bei den Drogentodesfällen“ zu bestimmen. Damit ist gemeint, dass nicht alle Drogentodesfälle als solche erkannt und statistisch erfasst werden. König und Kreuzer befragten in ihrer Studie von 1998 – im Auftrag des BKA – schriftlich 458 polizeiliche Sachbearbeiter aus Hessen, Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern auch zu diesem Thema. Diese schätzten im Durchschnitt, dass „Personen, die infolge einer Heroin(misch)intoxikation sterben“, zu 20,7 % nicht erfasst werden.[162]

Ein Aspekt ist in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse: 2002 wurden 70 % der Drogentodesfälle in einer Wohnung festgestellt und 8 % im Krankenhaus.[163] Diesbezüglich teilen König und Kreuzer mit:

> „Bei Todesfällen im Krankenhaus oder im privaten Bereich wird die Polizei ... grundsätzlich nur im Rahmen der Todesfeststellungsverfahren bei Todesfällen nicht natürlicher oder ungeklärter Todesart eingeschaltet, nicht dagegen bei Todesfällen, in denen in der Leichenschau eine natürliche Todesart attestiert wurde. Sinngemäß fasste ein Rauschgiftfahnder zusammen: *‚Wenn der Arzt das Kreuzchen am falschen Ort macht – natürlicher Tod wurde bescheinigt – erfahren wir das nicht.‘*“[164]

Drogentodesfälle werden also in der Regel zunächst von Ärzten diagnostiziert. Da es sich dabei um eine nicht natürliche Todesart handelt, werden dann kriminalpolizeiliche Ermittler hinzugezogen. Wenn aber Ärzte einen Drogenzusammenhang nicht erkennen, ist das weitgehend unabhängig davon, ob die Verstorbenen „polizeibekannt“ oder „-unbekannt“ waren. Deshalb ist nicht davon auszugehen, dass solche Herointodesfälle überproportional beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ vorkommen.

König und Kreuzer führen allerdings auch etliche Beispiele auf, bei denen Drogentodesfälle zwar der Polizei bekannt geworden sind, aber dennoch nicht in die Statistik eingingen.[165] Ob

---

[160] Das Verhältnis bei den Todesfällen bliebe gleich. 140.000 Konsumenten sind 74,5 % von 188.000. Um die Berechnung zu vereinfachen, kann man 74,5 % als Gesamtmenge einsetzen. Dann bliebe das Hellfeld bei den Konsumenten mit 15,4 % gleich. Die Differenz zu 74,5 % wäre das Dunkelfeld, also 59,1 %.
Quotient Hellfeld: 91,7 % : 15,4 % = 5,95 Quotient Dunkelfeld: 8,3 % : 59,1 % = 0,14
5,95 : 0,14 = 42,5

[161] Der Bereich beim Dunkelfeld: 54,5 – 63,5 %. 74,5 % – 20 % = 54,5 % 74,5 % – 11 % = 63,5 %
Minimum: Quotient Hellfeld: 89 % : 20 % = 4,45 Quotient Dunkelfeld: 11 % : 54,5 % = 0,20
4,45 : 0,20 = 22,3
Maximum: Quotient Hellfeld: 94 % : 11 % = 8,55 Quotient Dunkelfeld: 6 % : 63,5 % = 0,09
8,55 : 0,09 = 95

[162] König/Kreuzer (1998), S. 304, Übersicht 38.

[163] BKA (2003 b), Abbildung 38. Quelle: Falldatei Rauschgift.

[164] König/Kreuzer (1998), S. 145. Hervorhebung: König/Kreuzer.

[165] König/Kreuzer (1998), S. 188 ff.

es sich dabei vor allem um Fälle handelte, bei denen eine KhD-Einordnung vorlag – darüber kann nur spekuliert werden.

Unerkannte Drogentodesfälle können also die festgestellten Missverhältnisse allenfalls etwas mindern, aber nicht erklären. Um Missverständnisse auszuschließen, ist es sicher sinnvoll, die bisherigen Untersuchungsergebnisse von diesen Fällen abzugrenzen durch den Hinweis, dass die Ergebnisse sich auf die „registrierten Drogentodesfälle“ beziehen.

### 5.5 Funktion der Schätzung

Das Schätzverfahren für Polizeidaten ist völlig ungeeignet, irgendein brauchbares Ergebnis zu erzielen. Was ist dann aber dessen eigentliche Funktion? Immerhin werden gleiche Mortalitätsraten beim „Polizeilichen Hell-“ und „Dunkelfeld“ vorgetäuscht, denn von dieser falschen ***Grundannahme*** ausgehend, stimmen dessen Ergebnisse mit denjenigen anderer Verfahren überein. Das leitende Motiv ist also offenbar, einen Verdacht gegenüber der Polizei abzuwenden, der daraus resultieren könnte, dass „polizeibekannte“ Drogenkonsumenten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit sterben als andere.

Angesichts der aufgezeigten Missverhältnisse gibt es allen Grund, diese zu verschleiern. Wird beispielsweise nachgewiesen, dass Patienten nach der Einnahme eines Medikamentes mit einer doppelt so hohen Wahrscheinlichkeit sterben wie diejenigen einer Vergleichsgruppe, resultiert daraus ein weltweiter Skandal. Das Medikament wird umgehend vom Markt genommen und das verantwortliche Unternehmen muss mit Schadensersatzklagen in Millionenhöhe rechnen. Hier geht es sogar um eine etwa 32 – 122-fache Sterbewahrscheinlichkeit.

Die Bedeutung des untersuchten Schätzverfahrens hat sogar eine noch erheblich größere Dimension. In der zweiten Expertise zu den Schätzverfahren von 1997 teilen das IFT und/oder das BKA mit:[166]

> „In der Diskussion der letzten Jahre wird in Europa immer wieder versucht, die Über- bzw. Unterlegenheit eines staatlichen Ansatzes in der Drogenpolitik ... deutlich zu machen. Dabei wird häufig auf Prävalenzschätzungen zurückgegriffen. Eine genauere Analyse zeigt dabei, daß in der Regel diese Vergleiche unzulässig sind, da die Schätzverfahren bzw. die Bezugsgruppen unterschiedlich sind. Derzeit ist eine Arbeitsgruppe der Europäischen Drogenbeobachtungsbehörde EBDD unter Federführung des IFT dabei, die bekannten Schätzverfahren in verschiedenen Ländern zu erproben und zu standardisieren.“[167]

Es ist also davon auszugehen, dass das fragliche Schätzverfahren auch in anderen EU-Staaten dieselbe Funktion erfüllt wie in Deutschland, und zwar unter Federführung des IFT und/oder des BKA. Laut BKA geht es dabei auch um die Einführung gleicher „Bezugsgruppen“. Damit ist wohl gemeint, die Verwendung der Kategorien „Als KhD erfasst“ und/oder „Als EKhD erfasst“, die Orientierung an befristeten EKhD-Einträgen in einem polizeilichen Informationssystem usw. Offenbar geht es also um die europaweite Einführung und Standardisierung all der Verfahren, welche der Verschleierung der tatsächlichen Verhältnisse dienen.

---

[166] Das BKA war an der Verfassung der ersten Expertise mit vier Mitarbeitern und an der Verfassung der zweiten mit zwei Mitarbeitern beteiligt. Diese sind namentlich genannt. Das BKA führt jedoch beide Expertisen stets als unabhängige Beiträge an.

[167] IFT (1997), S. 134.

## 5.6 Begriffe und Definitionen

Nach der weiteren Untersuchung sind bereits behandelte Schlüsselbegriffe erneut zu thematisieren.

**Erstauffälliger Konsument harter Drogen (Erstkonsument harter Drogen, EKhD)**

Die neuen Erkenntnisse haben weitreichende Konsequenzen für diese Begriffe. Im Zusammenhang mit dem Schätzverfahren für Polizeidaten kann ein „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“ oder „Erstkonsument harter Drogen“ auch jemand sein,

- der seine unwirkliche Existenz einem Rechenfehler oder einer bewussten Fehlberechnung verdankt und der in der realen Welt nicht vorkommt. Ausgerechnet diese „besonderen Existenzen“ machen etwa die Hälfte dieser Gruppe aus.

**Polizeiliches Hellfeld**

Der genannte Rechenfehler bzw. die bewusste Fehlberechnung hat gravierende Auswirkungen auf das „Polizeiliche Hellfeld“. Dieses ist nur etwa halb so groß, wie vom BKA und dem IFT vorgegeben wird, und das zusätzlich zu den bereits vorgenommenen Abzügen. Damit erweist sich dieser Begriff als ebenso irreführend wie „Erstkonsument“, „Erstauffälliger Konsument“, „polizeibekannt“ und „-unbekannt“, „Detailauswertung“ und „Echtzählung“.

# 6 Forcierte Strafverfolgung und die Folgen

Von 1985 – 91 nahm in Deutschland die Anzahl der Tatverdächtigen bei den Drogendelikten und der sogenannten „Erstkonsumenten“ rasant zu. Deshalb schien eine Zunahme der Konsumenten den zeitgleichen Anstieg bei den Drogentodesfällen von 324 auf 2.125 verursacht zu haben. Hier wird überprüft, ob es diesen Zusammenhang tatsächlich gab oder ob die vermehrten Todesfälle auf andere Umstände zurückzuführen sind.

## 6.1 Vorüberlegungen und Vorinformationen

Die Anzahl der Konsumenten kann auf zweierlei Art zunehmen: Mehr Neueinsteiger können den Konsum beginnen oder weniger Aussteiger diesen beenden. Im zweiten Fall würde sich die durchschnittliche Konsumdauer verlängern. Deshalb kommt diese Möglichkeit nur in begrenztem Maße und nur allmählich über einen längeren Zeitraum in Betracht.

Ein Beispiel: Für eine Verdopplung der Konsumentenzahl durch weniger Aussteiger müsste sich auch die durchschnittliche Konsumdauer verdoppeln, z. B. beim Heroin von 10 auf 20 Jahre. Erst nach 10 Jahren wäre der Effekt erreicht, wenn keiner den Konsum beendet. Sonst würde es noch länger dauern.

Die durchschnittliche Konsumdauer beim Heroin von 10 Jahren wird in den bereits genannten Expertisen des IFT zu den Schätzverfahren und in den Jahresberichten des BKA mit Untersuchungsergebnissen von 1979 bis 1990 begründet. Auch in der zweiten Expertise von 1997 gibt es hierzu keine anderen Angaben,[168] und das BKA addierte noch bei seiner Prävalenzschätzung für das Jahr 2002 wie zuvor zehn Jahrgänge.[169] Offenbar fehlten also Hinweise auf eine verlängerte Konsumdauer.

Eine deutliche Zunahme der Konsumentenzahl wäre demnach fast ausschließlich auf mehr Neueinsteiger zurückzuführen. Davon wären folgende Auswirkungen zu erwarten, was leicht nachzuvollziehen ist:

- Die Zusammensetzung der Konsumentengruppe ändert sich entsprechend. Zunächst erfolgt eine Zunahme bei den niedrigen Altersstufen, bei denen vor allem Neukonsumenten vertreten sind, und erst mit einer zeitlichen Verzögerung von mehreren Jahren auch bei den älteren. – Heckmann et al. ermittelten 1993, also am Ende des fraglichen Zeitraums, ein durchschnittliches Einstiegsalter in den Heroinkonsum von 22 Jahren.[170]

  Bei steigenden Einsteigerzahlen sinkt also der Altersdurchschnitt gerade am Anfang. Entsprechende Effekte müssten bei den Tatverdächtigen, den EKhD und den Drogentodesfällen bemerkbar sein.

  Der Konsum könnte sich zwar zeitgleich zu älteren Jahrgängen hin verlagern. Das könnte sich aber wiederum nur allmählich und über mehrere Jahre vollziehen. Eine gravierende Zunahme bei den Konsumanfängern wirkt sich dagegen sehr viel stärker aus.

---

[168] Siehe IFT (1993), S. 7; IFT (1997), S. 104. Für 1979 ist ein Untersuchungsergebnis von Robins und für 1990 eins von Marks angegeben.

[169] Siehe Abschnitt 1.5.

[170] Siehe Heckmann et al. (1993), S. 106.

Es ist noch darauf hinzuweisen, dass Drogentodesfälle zu jedem Zeitpunkt einer Drogenkarriere vorkommen. Nach Heckmann et al. gibt es einen Schwerpunkt nach dem zweiten Konsumjahr und nicht etwa nach dem zehnten, wie man angesichts der durchschnittlichen Konsumdauer von 10 Jahren annehmen könnte.[171]

- In den ersten Jahren sind weniger Drogentote „als KhD erfasst"; denn Konsumenten sind zunächst „polizeiunbekannt" und werden erst nach und nach registriert. Erst nach vielen Jahren stellt sich das vorherige Niveau der KhD-Einordnung wieder ein.

- Infolge einer Vervielfachung der Neueinsteigerzahlen in wenigen Jahren erhöht sich bei den Tatverdächtigen der Drogendelikte der Anteil derjenigen, die „erstmals tatverdächtig" sind, da die Anzahl der „polizeiunbekannten Konsumenten" in Relation zu den „polizeibekannten" um ein Vielfaches zunimmt.

Eine Zunahme der Tatverdächtigen, der EKhD und der Drogentodesfälle kann auch durch eine forcierte Strafverfolgung verursacht werden. Es entsteht dann nur die Illusion einer ansteigenden Konsumentenzahl. Das ist an diesen Effekten zu erkennen:

- Von Anfang an sind bei den genannten Fallgruppen alle Altersstufen betroffen.
- Von Anfang an werden mehr Drogentote „als KhD erfasst" gemeldet.
- Der Anteil der „erstmals Tatverdächtigen" bleibt etwa gleich.

Mithilfe dieser Kriterien lässt sich eindeutig feststellen, ob Konsumentenzahlen tatsächlich oder nur scheinbar ansteigen. Das gilt vor allem für die Jahre 1985 – 91, als bei den Drogentodesfällen eine nahezu explosionsartige Entwicklung auf das 6,5-Fache zu verzeichnen war.

## 6.2 Nachweis 1, anhand der Altersstruktur

Veränderungen an der Altersstruktur lassen sich leicht überprüfen, da zu den genannten Fallgruppen differenzierte Daten vorliegen.

#### Altersstruktur der Tatverdächtigen

Untersucht werden die Tatverdächtigen bei den Konsumentendelikten, hier also bei den „allg. Verstöße gegen das BtMG mit Heroin".[172] Zuvor noch einige Anmerkungen:

- Im fraglichen Zeitraum wurde die Erfassung oder Zählweise der Tatverdächtigen nicht geändert – im Gegensatz zu derjenigen bei den EKhD, wie noch gezeigt wird. Deshalb ist eine Analyse der Altersstufen bei den Tatverdächtigen nicht beeinträchtigt und sehr aussagekräftig.

- 1983 wurde eine Echtzählung der Tatverdächtigen eingeführt, nicht gleichzeitig in allen Ländern, sondern nach und nach. 1985 war die Umstellung abgeschlossen. Nach den Erklärungen des BKA wird seitdem jeder Tatverdächtige in einem Land bei einer Deliktart nur einmal in einem Jahr gezählt.[173]

---

[171] ebenda.

[172] Siehe Abschnitt 1.6 oder 2.

[173] Siehe BKA (1984 a), S. 5. Seitdem wird diese Zählweise in den Vorbemerkungen jeder PKS erklärt, in der Regel auch in denjenigen der Länder.

- In der PKS sind die Tatverdächtigen in 15 Altersstufen unterteilt. Diese sind hier in Tabelle 6 in vier Stufen zusammengefasst. Dieselbe Einteilung wird bei den anderen Fallgruppen vorgenommen, um einen Vergleich zu erleichtern.

- Die Kategorien lauten in der PKS z. B. „Bis unter 21 Jahre“, was bedeutet: „Bis zum 21. Geburtstag“. Das ist hier geändert in „Bis 20“, um solche missverständlichen Überschneidungen zu vermeiden: „Bis 21“ und „21 – 25“.

**Tabelle 6: Altersstruktur der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin und Zuwachsraten, 1985 – 91**

| Jahr | Bis 20 | | 21 – 24 | | 25 – 29 | | Ab 30 | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1985 | 962 | | 2.018 | | 2.279 | | 1.218 | | 6.477 | |
| 1986 | 983 | 2 | 2.285 | 13 | 2.499 | 10 | 1.571 | 29 | 7.338 | 13 |
| 1987 | 1.166 | 19 | 2.832 | 24 | 3.217 | 29 | 2.229 | 42 | 9.444 | 29 |
| 1988 | 1.581 | 36 | 3.776 | 33 | 4.052 | 26 | 3.061 | 37 | 12.470 | 32 |
| 1989 | 2.104 | 33 | 4.702 | 25 | 5.199 | 28 | 4.011 | 31 | 16.016 | 28 |
| 1990 | 2.670 | 27 | 5.652 | 20 | 5.981 | 15 | 4.696 | 17 | 18.999 | 19 |
| 1991 | 3.812 | 43 | 7.243 | 28 | 7.679 | 28 | 6.304 | 34 | 25.038 | 32 |
| 85 – 91 | | 296 | | 259 | | 237 | | 418 | | 287 |

Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: BKA (1986 – 92 a), jew. Tab. 20; eigene Berechnungen.

Die Zahlen, vor allem bei den Zuwachsraten, sprechen für sich. So wird nur auf wenige Punkte hingewiesen:

- Von Anfang an legen alle Altersstufen deutlich zu, sogar diejenige „ab 30“ überproportional.

  Einen solchen Effekt kann nur eine Forcierung der Strafverfolgung erzielen, von der von Beginn an alle Altersstufen betroffen sind.

  Es wird noch einmal daran erinnert, dass sich eine Zunahme der Konsumentenzahl zunächst bei den niedrigen Altersstufen bemerkbar machen würde, bei denen vorwiegend Konsumanfänger vertreten sind.

- Auch im gesamten Zeitraum ist der Anstieg bei den ab-30-jährigen Tatverdächtigen deutlich höher als bei den anderen Altersstufen.

  Da hier vor allem sogenannte „Altkonsumenten“ vertreten sind, hätte es hier aber nach so wenigen Jahren noch kaum eine Zunahme gegeben, wenn nur die Konsumentenzahl gestiegen wäre.

- Die zahlenmäßig stärkere Einsteigergruppe „21 – 24“ bleibt hinter der durchschnittlichen Entwicklung zurück.

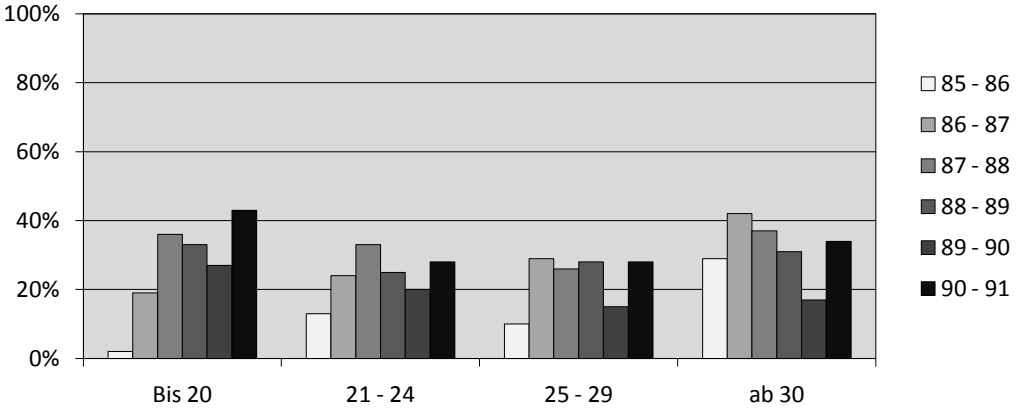
  Folglich gab es nicht überproportional viele Neueinsteiger in Relation zu den übrigen Konsumenten; denn das müsste gerade bei dieser Altersstufe ablesbar sein. Wenn aber die Anzahl der Konsumanfänger nicht überproportional zugenommen hat, ist eine Zunahme der Konsumentenzahl insgesamt auszuschließen.

- Fasst man beide Einsteigergruppen „bis 24“ zusammen, ist deren gesamte Zuwachsrate mit 271 % geringer als 300 % der Tatverdächtigen „ab 25“.[174]

  Das ist das gerade Gegenteil von dem, was bei einer Zunahme der Konsumentenzahl zu erwarten wäre.

Das Ergebnis ist eindeutig: Von 1985 – 91 nahm die Anzahl der Heroinkonsumenten nicht zu. Lediglich die Strafverfolgung wurde intensiviert. Nur deshalb wurden mehr Tatverdächtige ermittelt.

**Abbildung 6: Zuwachsraten bei Altersstufen der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin, 1985 – 91**




Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: siehe Tabelle 6.

Abbildung 6 macht die genannten Zusammenhänge anschaulich. Um einen Vergleich zu erleichtern, ist der Maßstab derselbe wie bei der noch folgenden zu den „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“.

Von 1985 – 91 beträgt die Zuwachsrate bei den Tatverdächtigen der Konsumentendelikte mit Heroin 287 %. Die entsprechende Zuwachsrate bei den übrigen harten Drogen beträgt, wenn man die Tatverdächtigen addiert, etwa 130 % und bei Cannabis nur 31 %. Das zeigt, dass die Forcierung der Strafverfolgung gezielt gegen Heroinkonsumenten gerichtet wurde.[175]

**Altersstruktur der EKhD mit Heroin**

In Abschnitt 3 wurde nachgewiesen, dass viele LKÄ zu hohe EKhD-Daten angeben, und es gibt keine Veranlassung anzunehmen, dass ein solches Verfahren in den 1980er-Jahren nicht praktiziert worden ist. So erübrigt sich eigentlich eine Analyse dieser Daten. Andererseits wurde bereits auf die Möglichkeit hingewiesen, dass die LKÄ die tatsächlichen Daten mit

---

[174] Bis 24: (3.812 + 7.243) : (962 + 2.018) = 371 % Zuwachs: 271 %
Ab 25: (7.679 + 6.304) : (2.279 + 1.218) = 400 % Zuwachs: 300 %

[175] Cannabis, 1985: 24.612 TV. 1991: 32.174 TV. 32.174 : 24.612 = 131 % Zuwachs: 31 %

Sonstige harte Drogen, 1985: Kokain: 955 TV; Sonstige Drogen: 2.376 TV; Gesamt: 3.331 TV.
1991: Kokain: 3.968 TV; LSD: 265 TV; Amphetamine: 1.965 TV; Sonstige Drogen: 1.476 TV; Gesamt: 7.674 TV. Siehe BKA (1986 a), Tab. 1; BKA (1992 a), Tab 1.

7.674 : 3.331 = 230 % Zuwachs: 130 %

Da die Delikte mit LSD und Amphetamin 1985 noch bei den Sonstigen Drogen enthalten waren, ist nur ein eingeschränkter Vergleich möglich, wenn man letztere vollständig den harten Drogen zurechnet.

einem konstanten Faktor multiplizieren könnten, damit die Gewichtung der Altersstufen beibehalten wird; denn ohne zusätzliche Veränderungen ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass die falschen Angaben auffallen.[176] Jedenfalls ist unter diesen Bedingungen eine Datenanalyse nur eingeschränkt aussagekräftig.

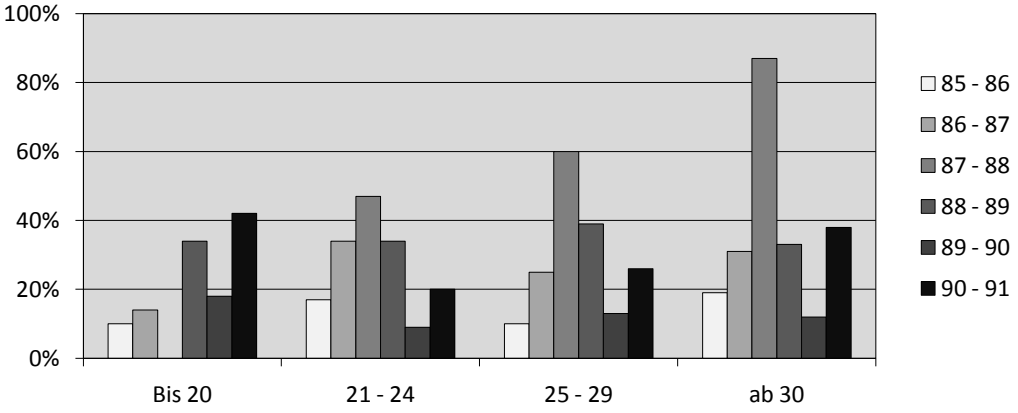
1988 wurde die Erfassung der „Erstkonsumenten“ geändert. Seitdem werden die Betroffenen bei jeder festgestellten Droge erfasst und nicht mehr wie zuvor nach einem hierarchischen Prinzip: Heroin vor Kokain vor Amphetamin vor Sonstigen.

**Tabelle 7: Altersstruktur Erstauffälliger Heroinkonsumenten und Zuwachsraten, 1985 – 91**

| Jahr | Bis 20 | | 21 – 24 | | 25 – 29 | | Ab 30 | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1985 | 527 | | 707 | | 659 | | 361 | | 2.254 | |
| 1986 | 578 | 10 | 829 | 17 | 725 | 10 | 429 | 19 | 2.561 | 14 |
| 1987 | 660 | 14 | 1.107 | 34 | 905 | 25 | 560 | 31 | 3.232 | 26 |
| 1988 | 661 | 0 | 1.632 | 47 | 1.447 | 60 | 1.048 | 87 | 4.788 | 48 |
| 1989 | 884 | 34 | 2.192 | 34 | 2.008 | 39 | 1.389 | 33 | 6.473 | 35 |
| 1990 | 1.039 | 18 | 2.397 | 9 | 2.265 | 13 | 1.551 | 12 | 7.252 | 12 |
| 1991 | 1.479 | 42 | 2.883 | 20 | 2.862 | 26 | 2.147 | 38 | 9.371 | 29 |
| 85 – 91 | | 181 | | 308 | | 334 | | 495 | | 316 |

Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: BKA (1992 b), Tab. 17 u. 21; eigene Berechnungen.

**Abbildung 7: Zuwachsraten bei Altersstufen der Erstauffälligen Heroinkonsumenten, 1985 – 91**




Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: siehe Tabelle 7.

Die Verhältnisse bei den „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ sind sogar noch deutlicher als bei den Tatverdächtigen. Die relevanten Daten im Einzelnen:

- Die Zuwachsraten für den gesamten Zeitraum 1985 – 91 liegen bei den zwei älteren Altersstufen höher als bei den zwei jüngeren, bei denen vorwiegend Neueinsteiger vorkommen. Fasst man jeweils beide Stufen zusammen, ergibt sich ein Verhältnis von 391 % : 253 % bzw. von 1,5 : 1.[177]

[176] Siehe Abschnitt 5.1.1.

[177] Bis 24: (1.479 + 2.883) : (527 + 707) = 353 % Zuwachs: 253 %
Ab 25: (2.862 + 2.147) : (659 + 361) = 491 % Zuwachs: 391 % 391 : 253 = 1,5

Bei einer Zunahme der Konsumentenzahl wäre das gegenteilige Ergebnis zu erwarten gewesen und bei einer Forcierung der Strafverfolgung ein etwa gleichmäßiger Anstieg aller Altersstufen. Doch nach diesen Daten hätte die Anzahl der Altkonsumenten weit mehr zugelegt als die der Neukonsumenten. Das ist zunächst nicht zu erklären.

- Fast alle Zuwachsraten bei den EKhD sind höher als bei den Tatverdächtigen. Bei der Stufe „25 – 29“ beträgt das Verhältnis bezüglich des Zeitraums beispielsweise 334 % : 237 % und bei den Ab-30-jährigen 495 % : 418 %. Allerdings ist das Verhältnis bei der Stufe „bis 20“ umgekehrt und beträgt 181 % : 296 %.

  Das ist bemerkenswert, da das Verhältnis der EKhD zu den Tatverdächtigen ein relativ geschlossenes System darstellt.[178] Eine Erhöhung der KhD-Einordnung bei den Tatverdächtigen scheidet als mögliche Ursache jedenfalls aus; denn hier gab es in diesem Zeitraum allenfalls eine minimale Erhöhung auf niedrigem Niveau. Von 1986 – 90 lauten die entsprechenden Quoten bei den „allg. Verstößen gegen das BtMG mit Heroin“: 75,4 %, 77,7 %, 77,0 %, 76,6 %, 79,8 %.[179]

- Gerade von 1987 – 88, als die Datenerfassung geändert wurde, fallen die Zuwachsraten bei den EKhD deutlich höher aus als bei den Tatverdächtigen, merkwürdigerweise aber nur bei den Älteren. Bei der Altersstufe „25 – 29“ beträgt der Zuwachs z. B. 60 % im Vergleich zu 26 % und bei der Stufe „ab 30“ sogar 87 % im Vergleich zu 37 %. Bei der niedrigsten Altersstufe ist das Verhältnis allerdings umgekehrt. Bei den EKhD blieb das Niveau konstant, während die Anzahl der entsprechenden Tatverdächtigen um 36 % zulegte.

  Offenbar ist also die Erfassungsänderung von 1988 die wesentliche Ursache für die überproportionale Zunahme bei den EKhD und vor allem für die deutliche Verschiebung bei den Altersstufen. Anlässlich dieser Erfassungsänderung erklärte aber das BKA, dass diese sich nicht auf die „Erstkonsumenten von Heroin“ auswirke:

  > „Aufgrund der erstmals erfaßten Mehrfachnennungen (7.456 Erstkonsumenten – 8.156 Nennungen) ist ein Vergleich mit dem Vorjahr nur bei Heroin möglich. Dies ergibt sich aus dem bisherigen hierarchischen Prinzip der Drogen ...“[180]

  Man könnte über mögliche Gründe spekulieren, die sich eventuell doch aus der geänderten Erfassung ergeben könnten. Das erübrigt sich aber, da die EKhD-Daten sowieso falsch sind. Vielleicht haben einige LKÄ die Gelegenheit nur genutzt und gezielt höhere Daten bei den älteren EKhD angegeben und als Ausgleich geringere Daten bei den jüngeren, damit der Anstieg bei den Drogentodesfällen möglichst unauffällig erscheint. Dieser Gedankengang ist gar nicht so abwegig, wie sich zeigen wird.

Es bestätigt sich, dass man diesen Angaben nicht trauen kann und dass diese Daten nur eingeschränkt zu einem Vergleich herangezogen werden können. Dennoch ist das Ergebnis eindeutig: keine Zunahme bei den Konsumenten, denn dann hätten vor allem die niedrigen Altersstufen zulegen müssen. Stattdessen wurde die Strafverfolgung forciert.

---

[178] Siehe Abschnitt 1.6 u. 3.1.

[179] BKA (1987 – 91 a), jew. Tab. 22.

[180] BKA (1989 b), S. 86.

Vor allem ist auch folgender Zusammenhang paradox: Obwohl es nicht mehr Neueinsteiger in den Konsum gab, wurden mehr „Erstkonsumenten“ registriert. Das liegt daran, dass infolge der zunehmenden Strafverfolgung lediglich mehr KhD im INPOL erfasst worden sind.[181] Tatsächlich gab es nicht mehr „Erstkonsumenten“. – Dieser Gedankengang wird in Abschnitt 7.2 weiter vertieft. – Das zeigt, dass dieser Begriff vor allem die Funktion hat, die wirklichen Verhältnisse zu verschleiern. So kann man wegen der missbräuchlichen Sprachregelung des BKA die „tatsächlichen Erstkonsumenten“ nur noch als „Neueinsteiger“, „Konsumanfänger“ oder „Neukonsumenten“ bezeichnen, nicht aber als „Erstkonsumenten“.

**Altersstruktur der Drogentoten**

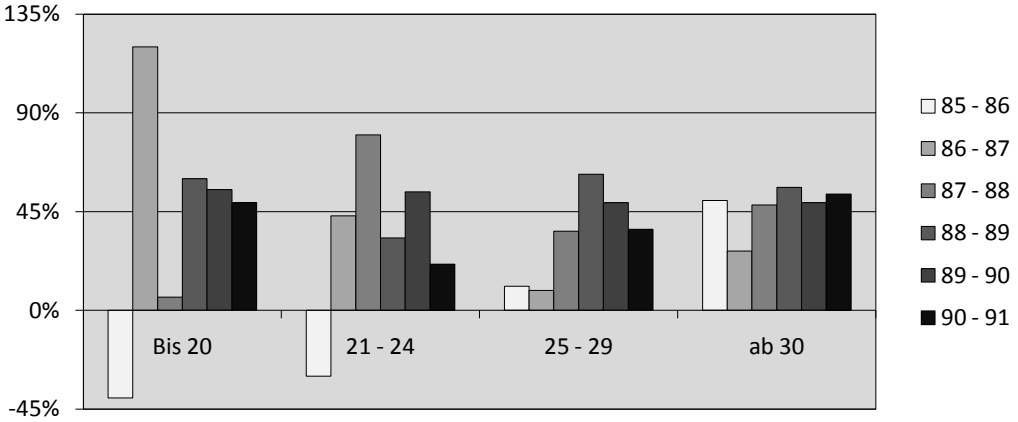
Da keine Daten zu den Herointodesfällen vorliegen, können nur die Altersstufen bei den allgemeinen Drogentodesfällen untersucht werden. Da aber der weit überwiegende Anteil im Zusammenhang mit Heroin steht,[182] ist ein Vergleich dadurch kaum beeinträchtigt.

**Tabelle 8: Altersstruktur der Drogentoten und Zuwachsraten, 1985 – 91**

| Jahr | Bis 20 | | 21 – 24 | | 25 – 29 | | Ab 30 | | Gesamt | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1985 | 25 | | 86 | | 119 | | 94 | | 324 | |
| 1986 | 15 | – 40 | 60 | – 30 | 132 | 11 | 141 | 50 | 348 | 7 |
| 1987 | 33 | 120 | 86 | 43 | 144 | 9 | 179 | 27 | 442 | 27 |
| 1988 | 35 | 6 | 155 | 80 | 196 | 36 | 265 | 48 | 670 | 52 |
| 1989 | 56 | 60 | 206 | 33 | 317 | 62 | 412 | 56 | 991 | 48 |
| 1990 | 87 | 55 | 317 | 54 | 472 | 49 | 615 | 49 | 1.491 | 51 |
| 1991 | 130 | 49 | 383 | 21 | 645 | 37 | 941 | 53 | 2.125 | 43 |
| 85 – 91 | | 420 | | 345 | | 442 | | 901 | | 556 |

Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: BKA (1992 b), Tab. 26; eigene Berechnungen.

**Abbildung 8: Zuwachsraten bei Altersstufen der Drogentoten, 1985 – 91**




Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: siehe Tabelle 8.

Umständehalber ist der Maßstab von Abbildung 8 gegenüber den Abbildungen 6 und 7 geändert. Die bisherigen Ergebnisse werden mit geringen Abweichungen auch bei den Drogentodesfällen bestätigt. So werden nur zwei Aspekte hervorgehoben:

[181] Siehe Abschnitt 1.2.

[182] Siehe Abschnitt 2.5.

- Auch die Zuwachsraten bei den Drogentodesfällen übertreffen deutlich diejenigen bei den Tatverdächtigen und ausgerechnet bei den Verstorbenen ab 30 Jahren um mehr als das Doppelte: 901 % im Vergleich zu 418 %.

  Selbst bei einer rasanten Zunahme der Konsumentenzahlen dürften aber gerade bei dieser Altersstufe nach nur 6 Jahren noch kaum mehr Todesfälle zu verzeichnen sein, da Heroinkonsumenten „ab 30“ mindestens acht Jahre älter sind als das durchschnittliche Einstiegsalter in den Konsum von 22 Jahren. Folglich kann die Anzahl der Konsumenten nicht gestiegen sein und zu den vermehrten Todesfällen geführt haben. Als Ursache für die vermehrten Todesfälle kommt dann nur eine forcierte Strafverfolgung in Betracht.

- Die Todesfälle bei der Altersstufe „ab 30“ haben sich in nur sechs Jahren von 94 auf 941 fast exakt verzehnfacht.

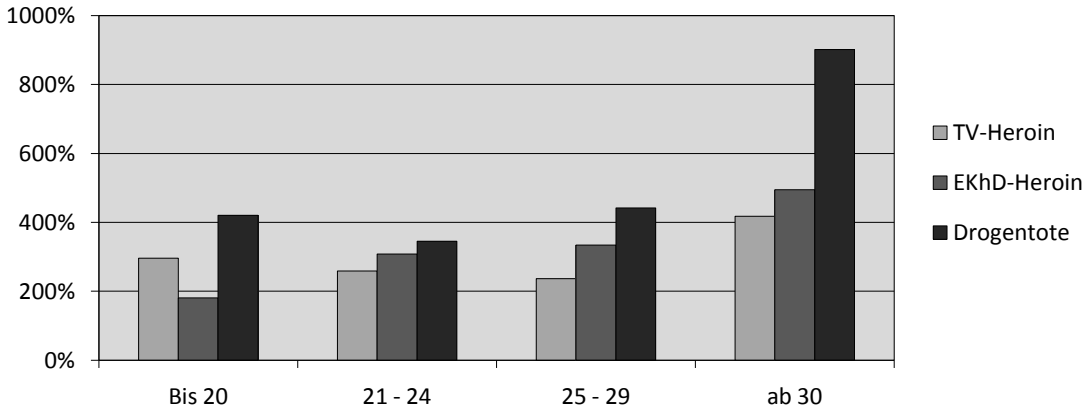
  Auch angesichts einer verschärften Strafverfolgung ist für eine solche Häufung kein Grund ersichtlich, wurden doch im selben Zeitraum bei dieser Stufe nur fünfmal mehr Tatverdächtige mit Heroin ermittelt.

  Der Schwerpunkt der Todesfälle bei den Altkonsumenten könnte aber der Anlass gewesen sein, gerade hier besonders hohe EKhD-Daten anzugeben. Vielleicht wollte man so erreichen, dass diese Todesfälle weniger auffällig erscheinen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den fraglichen Jahren die Strafverfolgung gravierend verschärft wurde. Eine Zunahme der Konsumentenzahl ist dagegen auszuschließen. Die Analyse aller drei Fallgruppen führt zum selben Ergebnis. Aus diesem Umstand resultiert eine sehr hohe Beweiskraft.

Abschließend sind in Abbildung 9 die Zuwachsraten für den gesamten Zeitraum 1985 – 91 zusammen dargestellt, und zwar auch deshalb, da die Ausschläge bei den jüngeren Altersstufen der Drogentodesfälle von 1985 – 88 extrem ausfallen bei nur geringen Fallzahlen und damit missverständlich sein können sowie auch wegen des bisher unterschiedlichen Maßstabs.

**Abbildung 9: Zuwachsraten bei Altersstufen (A) der Tatverdächtigen bei Konsumentendelikten mit Heroin, (B) der Erstauffälligen Heroinkonsumenten und (C) der Drogentoten, 1985 – 91**




Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: siehe Tabelle 6 – 8.

1991 wurden die meisten Drogentodesfälle pro Jahr registriert, wie den Daten von Tabelle 9 zu entnehmen ist. Die 91er-Daten der Tatverdächtigen bei den Konsumentendelikten mit Heroin und der „Erstauffälligen Heroinkonsumenten“ wurden nur in wenigen Jahren übertroffen.[183]

**Tabelle 9: Drogentodesfälle in Deutschland, in den alten und neuen Ländern, 1985 – 2010**

| | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BRD | 324 | 348 | 442 | 670 | 991 | 1.491 | 2.125 | 2.099 | 1.738 |
| Alte. L. | | | | | | | 2.122 | 2.096 | 1.736 |
| Neue L. | | | | | | | 3 | 3 | 2 |
| | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 00 | 01 | 02 |
| BRD | 1.624 | 1.565 | 1.712 | 1.501 | 1.674 | 1.812 | 2.030 | 1.835 | 1.513 |
| Alte L. | 1.618 | 1.556 | 1.699 | 1.486 | 1.655 | 1.789 | 1.996 | 1.791 | 1.470 |
| Neue L. | 6 | 9 | 13 | 15 | 19 | 23 | 34 | 44 | 43 |
| | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | Gesamt |
| BRD | 1.477 | 1.385 | 1.326 | 1.296 | 1.394 | 1.449 | 1.331 | 1.237 | 36.389 |
| Alte L. | 1.439 | 1.347 | 1.287 | 1.255 | 1.337 | 1.395 | 1.285 | 1.189 | 35.818 |
| Neue L. | 38 | 39 | 37 | 41 | 57 | 54 | 46 | 48 | 577 |

Quelle: Eigene Entw., Basis: BKA (2000 b), Tab. 30; BKA (2010 b), Tab. 5.1; BKA (2011 b), Tab. 5.1.

### 6.2.1 Mögliche Einwände

Auch wenn es nach den bisherigen Untersuchungen allen Grund gibt, den Daten des BKA zu misstrauen, kann niemand ernsthaft in Erwägung ziehen, dass falsche Altersangaben eine Stagnation bei den Konsumentenzahlen nur vortäuschen könnten; denn es ist nicht zu erkennen, warum jemand diese Daten in der Weise ändern sollte, dass dieser Effekt erzielt wird? So könnte man das eindeutige Analyseergebnis nur mit Argumenten in Zweifel ziehen, die ebenso leicht zu entkräften wären.

In Gesprächen während der Recherchen zu dieser Studie wurde beispielsweise für möglich gehalten, dass ausgerechnet von 1985 – 91 Personen aller Altersstufen, und vor allem ab 30 Jahren, den Konsum begonnen haben könnten. Das wäre allerdings ein absonderlicher Vorgang, denn nach den veröffentlichten Daten beginnen die Betroffenen den Heroinkonsum vorwiegend im jungen Erwachsenenalter.

Das belegen die Daten von Tabelle 5. Von 1994 – 2002 wurden Heroinkonsumenten durchschnittlich mit 26,6 Jahren „als EKhD erfasst“ und das Durchschnittsalter der Drogentoten betrug 31,4 Jahre. Die jährlichen Verschiebungen waren jeweils relativ gering. Wenn Heroinkonsumenten wiederum im Schnitt etwa in der Mitte einer 10-jährigen Drogenkarriere „als EKhD erfasst“ worden sind, ergibt sich ein Einstiegsalter in den Konsum von etwa 21 – 22 Jahren.

Das entspricht dem bereits genannten Ergebnis von Heckmann et al. Untersucht wurden Drogentodesfälle in Berlin, Bremen und Hamburg (Erhebungszeitraum: 01.07.91 – 30.06.92)

[183] TV bei allg. Verstößen mit Heroin: 25.038 (1991); 29.000 (1992); 25.777 (1993); 27.314 (1997); 25.474 (1998). Siehe BKA (1992 – 2010 a), jew. Tab. 1.

EKhD-Heroin: 9.371 (1991); 10.452 (1992). Siehe BKA (2003 b), Tab. 21; BKA (2010 b), Tab. 4.1.

und Drogennotfälle in Bremen und Hamburg (Erhebungszeitraum: 01.10.91 – 30.06.92). Danach betrug das Einstiegsalter in den Heroinkonsum durchschnittlich 22 Jahre.[184]

Bemerkenswert an dem letztgenannten Ergebnis ist vor allem, dass sich dieses auf Personen bezieht, die ihren Konsum vorwiegend in den 1980er-Jahren begonnen haben. Gerade in dieser Zeit war also kein massenhafter Zustrom Älterer in den Heroinkonsum zu verzeichnen. Zu einem solchen Vorgang gab es auch keinen Anlass, sondern im Gegenteil, wie noch gezeigt wird. So kann als nachgewiesen angesehen werden, dass eine zunehmende polizeiliche Repression Tausende Drogentodesfälle verursacht hat.

Noch eine Kuriosität zum Schluss: Ein Dr. T. aus Münster behauptete ernsthaft, man könne den Konsum auch mit 30 Jahren beginnen und dann jünger werden. So tat er die Ergebnisse dieser Studie als Verschwörungstheorie ab.

## 6.3 Nachweis 2, anhand der KhD-Erfassung

Bereits von 1985 – 91 lautete die Kategorie bei den Drogentodesfällen „Als KhD erfasst“ statt „Polizeibekannt“ und führte wohl zu diesen falschen Zuordnungen:

- Nicht „als KhD erfasst“, da während polizeilicher Ermittlungen wider besseres Wissen keine KhD-Einordnung vorgenommen worden ist.[185]
- Nicht „als KhD erfasst“, da man bei weichen Drogen keine KhD-Einordnung vornehmen kann.[186]
- Nicht „als KhD erfasst“ trotz aktueller Ermittlungen, da man keinen BtM-Bezug erkannt hatte.[187]

Bereits in diesen Jahren waren also wohl deutlich mehr Verstorbene „polizeibekannt“ bzw. weniger „polizeiunbekannt“. Im Übrigen war die KhD-Einordnung in dieser Zeit auf demselben niedrigen Niveau wie Ende der 1990er-Jahre.[188]

**Tabelle 10: KhD-Erfassung der Drogentoten, 1985 – 91**

| Jahr | Als KhD erfasst | | Nicht erfasst | | Gesamt |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| 1985 | 139 | 43 | 185 | 57 | 324 |
| 1986 | 212 | 61 | 136 | 39 | 348 |
| 1987 | 287 | 65 | 155 | 35 | 442 |
| 1988 | 377 | 56,3 | 293 | 43,7 | 670 |
| 1989 | 432 | 43,6 | 559 | 56,4 | 991 |
| 1990 | 666 | 44,7 | 825 | 55,3 | 1.491 |
| 1991 | 1.411 | 66,4 | 714 | 33,6 | 2.125 |

Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: BKA (1988 b), Tab. 24; BKA (1989 b), S. 92 u. Tab. 25; BKA (1990 – 92 b), S. 85/92/99; eigene Berechnungen.

[184] Siehe Heckmann et al. (1993), S. 106.
[185] Siehe Abschnitt 2.
[186] Siehe Abschnitt 4.2.1.
[187] Siehe Abschnitt 4.2.2.
[188] Siehe Abschnitt 2.3.

Trotz der genannten Einschränkungen lassen sich bemerkenswerte Einsichten gewinnen:

- Von 1985 – 87, also in nur 2 Jahren, verdoppelte sich die Zahl der Drogentoten, die „als KhD erfasst“ waren, von 139 auf 287. Im selben Zeitraum nahm die Anzahl der Verstorbenen, die „nicht erfasst“ waren, von 185 auf 136 und 155 ab.

  Das ist nur möglich bei einer forcierten Strafverfolgung, denn nur dann sterben von Beginn an mehr „polizeibekannte“ Konsumenten und weniger „-unbekannte“. Hätte dagegen die Anzahl der Konsumenten in wenigen Jahren um ein Mehrfaches zugenommen, wären wohl mehr als 10 Jahre intensiver Ermittlungstätigkeit erforderlich gewesen, um den vorherigen Grad der polizeilichen Erfassung bei den Konsumenten und damit auch bei den Drogentodesfällen wiederzuerlangen – schließlich sind Konsumanfänger zunächst unbekannt und vor allem nicht „als KhD erfasst“.

  Deshalb hätte auch der Anstieg der Drogentodesfälle gerade in den ersten Jahren fast ausschließlich beim „polizeilichen Dunkelfeld“ erfolgen müssen. Da aber die entgegengesetzte Entwicklung eingetreten ist, kann die Anzahl der Konsumenten nicht zugenommen haben, sondern im Gegenteil: Der starke Rückgang der Drogentoten, die nicht „als KhD erfasst“ waren, lässt schon eher auf rückläufige Konsumentenzahlen schließen.

- Von 1988 – 90 sinkt die KhD-Einordnung der Drogentoten auf das Niveau von 1985.

  Offenbar wurde die Zählweise geändert. Dafür spricht auch dieser Vorgang: Im RJB 1988 senkte man rückwirkend die Quote der KhD-Einordnung für 1987 von 65 % auf 48 %. Zu dieser gravierenden Änderung fehlt jede Erklärung.[189]

  Nach dieser Änderung ergibt sich für die Jahre 1987 – 90 die jährliche Abfolge: 48 %, 56,3 %, 43,6 % und 44,7 %. Schwankung und Rückgang sind im Kontext der übrigen Entwicklung nicht nachzuvollziehen. Es wäre nicht glaubhaft, wenn diese nachträglich mit einer generellen „Detailauswertung“ erklärt werden würden – nur diejenigen seien also gezählt worden, die aktuell als EKhD im INPOL registriert waren –, denn dann hätten die Quoten entsprechend der allgemeinen Entwicklung trotzdem steigen müssen. Allenfalls käme in Betracht, dass nur einige Länder eine „Detailauswertung“ vorgenommen haben könnten und andere nicht, und dies von Jahr zu Jahr in anderer Zusammensetzung.

  So ist wahrscheinlicher, dass diese Daten frei erfunden wurden. Das BKA und die LKÄ hatten wohl registriert, wie verräterisch diese Angaben waren, und entsprechend reagiert.

- 1991 ist die KhD-Einordnung der Drogentoten mit 66,4 % wieder auf dem Niveau von 1987 angelangt, als diese 65 % betrug. Im folgenden Jahr stieg die Quote auf 71 % und wurde dann mittels „Detailauswertung“ auf 45 % gesenkt.[190]

  Gemäß der anfänglichen Entwicklung dieser Quote von 1985 – 87 und auch entsprechend der Entwicklung bei den Tatverdächtigen, den EKhD und den Drogentodesfällen hätte diese Quote aber eigentlich inzwischen auf mindestens 85 % und mehr steigen müssen,

---

[189] Siehe BKA (1988 b), Tab. 24; BKA (1989 b), Tab. 25. Die Tabellen sind Zeitreihen. Es lag kein Versehen vor, denn auch im redaktionellen Teil des RJB 1987, S. 91, wurde der KhD-Anteil der Drogentoten für 1987 mit „etwas mehr als 60 %“ angegeben, obwohl das der Quote von 65 % nicht ganz gerecht wird.

[190] Siehe Abschnitt 1.1.

da die Strafverfolgung immer weiter forciert worden ist. Offenbar hat es also auch hier im Vergleich zu den Jahren 1985 – 87 eine Erfassungsänderung gegeben, über die ebenfalls nicht berichtet worden ist.

Das bedeutet, dass die Quoten bei derselben Zählweise entweder von 1985 – 87 niedriger hätten ausfallen müssen oder aber ab 1991 höher. Doch ohne nähere Angaben kann über die Art der Änderung nur spekuliert werden. – Ab 1991 handelt es sich bei den Quoten 66,4 %, 71 %, 72 %, 70 % und 68 % um Daten vor der „Detailauswertung“, die auf den Angaben der örtlichen Dienststellen beruhen.[191]

Jedenfalls lautet auch hier das eindeutige Ergebnis: Die Anzahl der Konsumenten hat nicht zugenommen. Stattdessen kann nur die Strafverfolgung forciert worden sein.

## 6.4 Nachweis 3, anhand des Anteils der „erstmals Tatverdächtigen“

Bei über Jahre konstanter Anzahl von Drogenkonsumenten ändert sich das Verhältnis von Neu- und Altkonsumenten kaum. Bleibt auch die Strafverfolgung auf gleichem Niveau, dürfte sich dies bei den Drogendelikten in einem relativ konstanten Verhältnis von „erstmals Tatverdächtigen“ zu „als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getretenen Personen“ niederschlagen.

Würde sich aber die Anzahl der Neukonsumenten in wenigen Jahren auf ein Vielfaches erhöhen, hätte das gravierende Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Konsumentengruppe. Da Neukonsumenten zunächst nur in geringem Maße als Tatverdächtige bereits ermittelt worden sind, wäre zu erwarten, dass sich das genannte Verhältnis zugunsten der „erstmals Tatverdächtigen“ deutlich verschieben müsste. Ob diese Erwartung erfüllt wird, soll im Folgenden überprüft werden.

Die PKS der BRD beinhaltet die Tabelle 22 mit den „(sonstigen) Angaben zum Tatverdächtigen“, die allerdings nicht in allen Jahren veröffentlicht wird. Immerhin liegen diese Daten für die Jahre 1986 – 90 lückenlos vor. Weitere Daten finden sich in einer Sonderauswertung für das Jahr 1991. Hier interessiert wieder vor allem die Entwicklung bei den Drogendelikten mit Heroin.

**Tabelle 11: Tatverdächtige und „Bereits Tatverdächtige“[1] bei Drogendelikten mit Heroin, 1986 – 91**

| Jahr | Allg. Verstöße Bereits | | | Illeg. Handel/Schmuggel Bereits | | | Illeg. Einfuhr Bereits | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TV[1] | TV[2] | % | TV[1] | TV[2] | % | TV[1] | TV[2] | % |
| 1986 | 7.338 | 6.320 | 86,1 | 5.187 | 4.013 | 77,4 | 798 | 476 | 59,6 |
| 1987 | 9.444 | 7.842 | 83,0 | 6.444 | 4.975 | 77,2 | 895 | 543 | 60,7 |
| 1988 | 12.470 | 10.861 | 87,1 | 7.692 | 6.436 | 83,7 | 1.011 | 640 | 63,3 |
| 1989 | 16.016 | 13.931 | 87,0 | 9.027 | 7.639 | 84,6 | 1.034 | 696 | 67,3 |
| 1990 | 18.999 | 16.530 | 87,0 | 10.589 | 8.708 | 82,2 | 1.027 | 682 | 66,4 |
| 1991 | 25.038 | 21.699 | 86,7 | 14.247 | 11.861 | 83,3 | 1.078 | | |

Quelle: Eigene Entwicklung, Basis: BKA (1987 – 91 a), Tab. 22; BKA (1992 a), Tab. 1 u. S. 102.
1 Tatverdächtige.
2 Als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getreten.

191 Siehe Abschnitt 1.1 und 1.2.

Die Entwicklung hinsichtlich der in Frage stehenden Kategorie vollzieht sich bei den drei Deliktarten nicht ganz einheitlich:

- Bei den „allg. Verstößen gegen das BtMG mit Heroin“ ist das Verhältnis der „als Tatverdächtige bereits in Erscheinung getretenen Personen“ zu den „erstmals Tatverdächtigen“ weitgehend konstant.

  Deshalb kann die Anzahl der Neukonsumenten nicht überproportional zugenommen haben.

- Beim „illeg. Handel und Schmuggel mit/von Heroin“ hat der Anteil der „erstmals Tatverdächtigen“ von 22,6 % auf 16,7 % und bei der „illeg. Einfuhr“ von 40,4 % auf 33,6 % abgenommen.

  Eine Zunahme der Konsumentenanzahl hätte zur gegenteiligen Entwicklung führen müssen. So ist eine solche auszuschließen. Zudem wird deutlich, dass bei diesen Delikten verstärkt gegen bereits „polizeibekannte“ Personen ermittelt worden ist.

Das Ergebnis ist eindeutig: Da beim Anteil der „erstmals Tatverdächtigen“ keine Zunahme zu verzeichnen ist, sondern insgesamt sogar ein Rückgang, kann es nicht zu einem ungewöhnlich hohen Zustrom von Neukonsumenten gekommen sein. Aus diesem Sachverhalt ist auf eine weitgehende Stagnation bei der Anzahl der Heroinkonsumenten zu schließen.

Der Anstieg der Drogentodesfälle auf das 6,5-Fache in dieser Zeit ist also nicht durch eine Progression der Konsumentenzahl zu erklären. Nur eine forcierte Strafverfolgung kann zur Ermittlung Tausender zusätzlicher Tatverdächtiger geführt haben und damit auch zu Tausenden zusätzlichen Drogentodesfällen.

## 6.5 Verschiebung von Hell- und Dunkelfeld

Die Untersuchungen von Abschnitt 3 und 5 haben ergeben, dass das „Polizeiliche Hellfeld“ bei den Konsumenten wesentlich kleiner ist, als das BKA vorgibt. Voraussichtlich beträgt dieses seit den 1990er-Jahren nur etwa 15,4 % bzw. 11 – 20 % und nicht etwa 40 %.

1991 wurden bei den Konsumentendelikten mit Heroin 25.038 Tatverdächtige registriert und 1985, als die Strafverfolgung noch zurückhaltend eingesetzt wurde, lediglich 6.477.[192] Also wurden Mitte der 1980er-Jahre nur etwa ein Viertel so viele Tatverdächtige ermittelt wie Anfang der 1990er-Jahre bei einer etwa gleichen Anzahl an Heroinkonsumenten. Aus diesem Zusammenhang lassen sich Rückschlüsse auf das „Hellfeld“ im Jahr 1985 ziehen. Dieses machte dann deutlich weniger als 10 % aus, voraussichtlich nur etwa 5 %.

Wenn aber in diesem Jahr 139 Drogentodesfälle auf diese 5 – 10 % der Konsumenten beim „Hellfeld“ entfielen und 185 Todesfälle auf 90 – 95 % der Konsumenten beim „Dunkelfeld“, dann lag die Sterbewahrscheinlichkeit für „polizeibekannte“ Heroinkonsumenten schon in diesen Jahren um ein Vielfaches höher als für „polizeiunbekannten“ und die Drogentodesfälle mussten zwangsläufig zunehmen, als die Strafverfolgung verschärft wurde.

---

[192] Siehe Tabelle 6 u. 10 bezüglich der Quellenangaben der in diesem Abschnitt genannten Daten.

Bemerkenswert ist vor allem auch folgender Zusammenhang: Das „Polizeiliche Dunkelfeld“ hat von 1985 – 91 nur unwesentlich abgenommen. Ob dieses 85 % oder 95 % beträgt, ist angesichts seiner Größe nur von geringer Bedeutung. Deshalb ist auch nicht anzunehmen, dass die Anzahl der Drogentodesfälle beim „Dunkelfeld“ wesentlich von dieser Entwicklung beeinflusst worden ist. U. a. dieser Zusammenhang wird in Abschnitt 6.7 überprüft.

## 6.6 Das Dunkelfeld bei den Drogentodesfällen, Teil 2

Bevor kalkuliert wird, wie viele zusätzliche Drogentodesfälle auf die forcierte Strafverfolgung zurückzuführen sind, einige vorbereitende Überlegungen: Man könnte annehmen, dass auch deshalb mehr Drogentodesfälle registriert worden sind, da die Polizei mehr Tatverdächtige ermittelt hat. Das würde bedeuten, dass diese Fälle ohne die Ermittlungstätigkeit der Polizei bezüglich der Konsumenten sonst als Drogentodesfälle nicht erkannt worden wären.

Es mag zwar solche Fälle geben. Dennoch ist auszuschließen, dass diese eine nennenswerte Größenordnung erreicht haben. Das ergibt sich aus den Erklärungen in Abschnitt 5.4.2 zum „Dunkelfeld bei den Drogentodesfällen“. Der weit überwiegende Anteil der Drogentodesfälle wird zunächst von Ärzten diagnostiziert. Ob diese aber einen Drogenzusammenhang erkennen oder nicht, ist weitgehend unabhängig davon, ob die Betroffenen „polizeibekannt“ oder „-unbekannt“ waren, und damit ist der Einfluss auch gering, der davon ausgeht, ob die Polizei intensiver oder weniger intensiv ermittelt.

Schon eher könnte eine Rolle spielen, ob Ärzte dazu angehalten sind, genauer hinzuschauen und nach Möglichkeit jeden Drogentodesfall zu melden. Wenn Ärzte aber aus diesem Grund mehr Drogentodesfälle melden, ist das wiederum weitgehend unabhängig von einer Polizeiauffälligkeit der Verstorbenen. Folglich müssten dann auch mehr Drogentodesfälle beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ gemeldet worden sein. Das ist aber kaum der Fall, jedenfalls nicht bei einer korrekten Zuordnung, wie in Abschnitt 6.7 gezeigt wird.

## 6.7 Mehr als 23.000 Drogentodesfälle verursacht

Von 1985 – 87 nahm die Zahl der Drogentodesfälle bei Konsumenten ab, die nicht „als KhD erfasst“ waren. Voraussichtlich wären die entsprechenden Zahlen bei einer unveränderten Zählweise auch in den Folgejahren kaum über das Niveau von 1985 hinausgegangen. Zudem sind auch bei den Ausgangsdaten die falschen Zuordnungen zum „Dunkelfeld“ zu korrigieren, die aus der Verwendung der Kategorie „Als KhD erfasst“ resultieren. So ereigneten sich bei den „Polizeiunbekannten“ wohl deutlich weniger als 185, 136 und 155 Todesfälle.[193]

Das entspricht in etwa dem Ergebnis der Hellfeld-Dunkelfeld-Analyse von Abschnitt 1 – 5. Diese Analyse bezog sich auf das Jahr 2002, für das zum letzten Mal Schätzergebnisse veröffentlicht worden sind. Danach waren 2002 nach der Korrektur falscher Zuordnungen nur etwa 6 – 11 % der verstorbenen Konsumenten „polizeiunbekannt“. Wendet man 6 – 11 % auf die insgesamt registrierten 1.513 Drogentodesfälle von 2002 an,[194] waren 91 – 166 Verstorbene „polizeiunbekannt“. Dieses Ergebnis bewegt sich im Bereich von 1985 – 87, wenn man die erforderlichen Korrekturen vornimmt. Aus diesem Umstand ergeben sich weitreichende Konsequenzen:

---

[193] Siehe Tabelle 10 und einleitende Erklärung von Abschnitt 6.3.

[194] BKA (2009 b), Tab. 5.2.

Die zusätzlichen Drogentodesfälle seit 1985 infolge der verschärften Strafverfolgung ereigneten sich fast nur bei den „polizeibekannten“ Konsumenten. Alle Versuche, den Anstieg der Drogentodesfälle mit Mischkonsum, schwankender Drogenreinheit, weitgehender Verfügbarkeit von Heroin, Entwicklung von HIV-Infektionen und AIDS usw. zu erklären, führen ins Leere, denn diese Gründe müssten auch auf „polizeiunbekannte“ Konsumenten zutreffen. Doch hier gab es keine nennenswerte Zunahme. Solche Erklärungen lenken nur ab von dem entscheidenden Wirkungszusammenhang.

Die polizeilichen und strafrechtlichen Maßnahmen verursachten von 1986 – 2010 ohne Anrechnung einer Toleranz etwa 28.000 Todesfälle. Es wurden sogar auch dann mehr als 23.000 Todesfälle verursacht, wenn eine großzügige Toleranz von 60 % eingeräumt wird, da auch andere Umstände mehr Todesfälle bedingt haben könnten.[195] Bei einer zurückhaltenden Kalkulation hat also die Strategieänderung der Polizei bzw. die entsprechende Änderung in der Drogenpolitik voraussichtlich mehr als 23.000 Menschen das Leben gekostet.

## 6.8 Gründe für eine forcierte Strafverfolgung

Der Anlass für die verschärfte Strafverfolgung ist offensichtlich: Seit Mitte der 1980er-Jahre spielte schlagartig AIDS eine gravierende Rolle gerade im Zusammenhang mit intravenösem Konsum, welchen vor allem Heroinkonsumenten praktizieren. Zum einen war damit eine zusätzliche Lebensgefahr verbunden. Zum anderen wurden die Konsumenten für die Verbreitung von AIDS verantwortlich gemacht. Beides dürfte nicht zu einer Popularisierung von Heroin geführt haben. Deshalb ist es absurd, dass man eine Verdopplung oder gar Verdreifachung der Konsumentenzahl ausgerechnet in dieser Zeit überhaupt für möglich gehalten hat.

Es ist auch abwegig anzunehmen, nur in dieser Zeit könnte es – entgegen dem sonst üblichen Trend – einen massenhaften Einstieg aller Altersstufen, und vor allem ab 30 Jahren, in den Konsum gegeben haben.

Vielmehr lag es schon immer nahe anzunehmen, dass wegen AIDS die Strafverfolgung forciert wurde, um u. a. die Konsumenten aus Parkanlagen und vor allem von Kinderspielplätzen fernzuhalten, damit sie dort nicht ihre Spritzen hinterlassen und eine Ansteckungsgefahr für Kinder heraufbeschwören.

Allerdings spielt AIDS bei den Todesursachen nur eine untergeordnete Rolle. Eine HIV-Infektion wurde z. B. 1992 und 93 bei nur 79 und 71 Drogentoten festgestellt.[196] Eine solche Infektion bedeutet aber nicht, dass die Krankheit schon ausgebrochen oder todesursächlich war.

---

[195] Drogentodesfälle 1985: 324. Drogentodesfälle 1986 – 2010 in 25 Jahren: 36.065. Siehe BKA (2000 b), Tab. 30; BKA (2010 b), Tab. 5.2; BKA (2011 b), S. 13. Siehe auch Tab 9.

Sockelbetrag: 324 ∗ 25 = 8.100 Mehrbetrag ohne Toleranz: 36.065 – 8.100 = 27.965
Mehrbetrag bei 60 % Toleranz: 8.100 ∗ 160 % = 12.960 36.065 – 12.960 = 23.105

[196] BKA (1993 b), S. 124; BKA (1994 b), S. 129.

# 7 Spekulation statt Ursachenanalyse

## 7.1 Unzureichende Untersuchung

Seit Jahrzehnten wird in der deutschen Suchtforschung, die sich mit dem Konsum von Heroin befasst, die Lehrmeinung vertreten, dass die Anzahl der Heroinkonsumenten von 1985 – 91 um ein Mehrfaches zugenommen habe und dass dies eine wesentliche Ursache für den zeitgleichen Anstieg der Drogentodesfälle sei. So argumentieren z. B. die Suchtexperten vom IFT in ihrer „Expertise über Schätzverfahren zum Umfang der Drogenproblematik in Deutschland“ von 1993:

> „Berücksichtigt man beispielsweise die seit 1986 stark angestiegene Zahl der Erstkonsumenten harter Drogen (1986: 2.954 Erstkonsumenten; 1991: 10.576 Erstkonsumenten), dann könnte sich die Gesamtzahl der Konsumenten harter Drogen in diesem Fünf-Jahres-Zeitraum etwa verdoppelt haben. Diese starke Zunahme bei den Konsumenten kann die Entwicklung bei den Todesfällen – Verfünffachung der Zahl zwischen 1986 und 1991 – jedoch nur teilweise erklären.“[197]

Schlüssige Erklärungen für diese gravierende Diskrepanz werden in dieser wenig umfangreichen Expertise nicht gegeben. Es wird lediglich auf die Notwendigkeit weiterer Studien hingewiesen, um die Letalität Drogenabhängiger genauer zu ermitteln:

> „..., da sich in den letzten Jahren die Gegebenheiten in der Drogenszene z. B. aufgrund der weitgehenden Verfügbarkeit von Heroin, dem zunehmenden Konsum von Kokain und insbesondere aufgrund der Entwicklung von HIV-Infektionen und AIDS in der Risikogruppe der Drogenabhängigen sehr stark verändert haben.“[198]

Dass der überproportionale Anstieg der Drogentodesfälle eingehender untersucht wird, hätte man von der aufwendigen Studie „Drogennot- und -todesfälle“ aus dem gleichen Jahr von Heckmann et al., einem achtköpfigen Team von Suchtexperten, erwarten können. Im Geleitwort zu diesem Beitrag erklärt der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer:

> „Die bis 1991 sprunghaft steigende Zahl der Drogentoten hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 1991 veranlasst, eine Drogenmortalitätsstudie ... und zusätzlich eine Drogennotfallstudie durchzuführen ... 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.“[199]

Ziel war also nicht, vor allem den Ursprung dieser Entwicklung zu ermitteln. Bei dieser Auftragsvergabe durch das Bundesministerium für Gesundheit erfolgte eine entscheidende Weichenstellung, die Festlegung auf eine Drogenpolitik der Schadensbegrenzung. Der eigentliche Schaden, die „sprunghaft steigende Zahl der Drogentoten“, wurde dagegen quasi als gegeben hingenommen. Das hatte letztlich zur Folge, dass die Drogenpolitik auf diese außergewöhnliche Herausforderung nicht angemessenen reagieren konnte.

---

[197] IFT (1993), S. 18.

[198] ebenda.

[199] Heckmann et al. (1993), S. 1.

Fast gleichlautend wie das IFT argumentieren Heckmann et a., dass eine angeblich starke Zunahme der Konsumentenzahl die Entwicklung bei den Todesfällen nur teilweise erklären könne und auch sie gehen bezüglich der Drogentoten von einer „Verfünffachung der Zahl zwischen 1986 und 1991“ aus.[200]

Bei diesem Verweis auf eine fünfmal höhere Zahl von Drogentoten handelt es sich um eine Falschmeldung. 2.122 Drogentodesfälle in den alten Bundesländern aus dem Jahr 1991 entsprechen dem 6,1-Fachen der 348 Drogentodesfälle von 1986. Bezogen auf 324 Drogentodesfälle von 1985 liegt sogar eine Zunahme auf das 6,5-Fache vor.[201] Da stellt sich die Frage, ob die Autoren beider Beiträge unabsichtlich falsche Angaben gemacht haben, zumal diese Angaben gleich ausfallen.

Heckmann et al. spekulieren über Ursachen für den Anstieg der Todesfallzahlen, der zwar zu gering als Verfünffachung angegeben ist, der aber die vermeintliche Verdoppelung der Konsumentenzahlen immer noch bei Weitem übertrifft. Sie führen folgenden Aspekt an:

> „Das höhere Mortalitätsrisiko für Erstkonsumenten ... aufgrund ihrer Unerfahrenheit im Umgang mit intravenösem Drogenkonsum kann jedoch zu einer erhöhten Mortalitätsrate ... beitragen.“[202]

Danach könnte die Unerfahrenheit der „Erstkonsumenten“, deren Anzahl angeblich stark gestiegenen sei, eine mögliche Ursache sein. Doch bereits im folgenden Absatz nehmen Heckmann et a. dieses Argument wieder zurück:

> „Berücksichtigt man weiter, daß das Durchschnittsalter der Drogentoten in diesem Zeitraum unverändert bei 28 bis 29 Jahren liegt, dann kann auch dem Faktor ‚Unerfahrenheit im Drogenkonsum‘ bei den Neueinsteigern bzw. Erstkonsumenten nur eine untergeordnete Bedeutung für die massiv angestiegene Zahl der Todesfälle eingeräumt werden.“[203]

Somit entfällt dieses Argument. Mit Hinweis auf ein angeblich unverändertes Durchschnittsalter der Drogentoten, welches von 1985 – 91 realiter sogar von 27 auf 29,2 Jahre gestiegen ist,[204] erklären auch die Autoren der IFT-Expertise, dass die „Unerfahrenheit im Drogenkonsum“ die fragliche Diskrepanz nicht erklären könne.[205]

Die Experten gelangen aber nicht zu der Erkenntnis, dass ein unverändertes Durchschnittsalter der Drogentoten – bzw. die unterschlagene Erhöhung des Durchschnittsalters – eine Zunahme bei den „Erstkonsumenten“ und damit bei den Konsumenten insgesamt ausschließt. Ein massenhafter Zustrom von Neukonsumenten hätte die Todesrate zunächst fast nur bei den jüngeren Altersstufen steigen lassen, bei denen vornehmlich Konsumanfänger von durchschnittlich 22 Jahren vertreten sind. Heckmann et al. selbst haben diesen Wert ermittelt.[206] Das Durchschnittsalter der Drogentoten hätte also sinken müssen.

---

[200] Heckmann et al. (1993), S. 38.

[201] Siehe Tabelle 9. Damit die Vergleichbarkeit nicht beeinträchtigt ist, wurden die 3 Drogentodesfälle, die 1991 in den neuen Bundesländern registriert worden sind, nicht berücksichtigt.

[202] Heckmann et al. (1993), S. 37.

[203] Heckmann et al. (1993), S. 38.

[204] BKA (1988 b), S. 90; BKA (1992 b), S. 101.

[205] IFT (1993), S. 18.

[206] Siehe Abschnitt 6.2.

Heckmann et al. befassen sich weiter mit möglichen Ursachen für den überproportionalen Anstieg der Todesfallzahlen und nennen folgende Aspekte:

> „Weitergehend differenzierte Erklärungen für diesen Anstieg müssen bislang hypothetisch bleiben. Einerseits werden die zunehmende Verelendung und somit erhöhte Morbidität ... der gestiegene Reinheitsgehalt des Stoffes ... die höhere Verfügbarkeit von Heroin ... der steigende Beikonsum ... 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.“[207]

Offenbar handelt es sich bei dieser Aufzählung nicht um das Ergebnis einer Untersuchung, sondern um bloße Spekulation. Somit befassen sich Heckmann et al. ebenso unzureichend wie das IFT mit der Zunahme der Drogentodesfälle und der Ursache dieses Phänomens, was der besonderen Situation nicht gerecht wird. Ein Auftrag zu einer eingehenden Ursachenanalyse ist offenbar nicht erteilt worden.

Auch die weiteren von Heckmann et al. für möglich gehaltenen Ursachen können keine plausible Erklärung für die dramatisch gestiegene Zahl der Drogentoten liefern, denn diese Ursachen hätten sich auch auf Konsumenten beim „Polizeilichen Dunkelfeld“ auswirken müssen. Bei denen ist jedoch keine nennenswerte Zunahme der Drogentodesfälle zu verzeichnen, jedenfalls nicht bei einer korrekten Zuordnung.[208]

## 7.2 Sogenannte und tatsächliche „Erstkonsumenten“

Die Autoren der zuletzt behandelten Beiträge beziehen sich auf Daten des BKA und argumentieren: Mehr „Erstkonsumenten harter Drogen“ ließen auf mehr „Konsumenten harter Drogen“ insgesamt schließen und vor allem dieser Zuwachs führe zu mehr Drogentodesfällen. Das Ergebnis dieser Schlussfolgerung wird als allgemeingültige Theorie präsentiert.

Möglicherweise hat hier der Begriff „Erstkonsument“ Verwirrung gestiftet, der nicht nur unangemessen, sondern falsch ist. Diesbezüglich merken Heckmann et al. an:

> „Erstkonsumenten sind im jeweiligen Berichtsjahr der Polizei erstmals als Konsumenten bekannt geworden, können aber durchaus schon seit mehreren Jahren unerkannt Drogen konsumiert haben.“[209]

Fast gleichlautend weist das BKA auf die Bedeutung dieses Begriffs in jedem RJB und jeder PKS hin.[210] Jedem Drogenexperten müsste also bewusst sein, dass von der Polizei keine „tatsächlichen Erstkonsumenten“ erfasst werden. Folglich ist eine Zunahme bei den „tatsächlichen Erstkonsumenten“ nicht monokausal von den Daten der „sogenannten Erstkonsumenten“ abzuleiten.

---

[207] Heckmann et al. (1993), S. 40.

[208] Siehe Abschnitt 6.7. In der hier vorgelegten Studie werden zwar nicht die Drogentodesfälle von 1991 analysiert, sondern zugunsten größtmöglicher Aktualität diejenigen von 2002. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass sich die prozentualen Anteile beim „polizeilichen Hell-“ und „Dunkelfeld“ wesentlich unterscheiden, wenn man die Zuordnung korrekt vornimmt.

[209] Heckmann et al. (1993), S. 36.

[210] Siehe beispielsweise BKA (1992 a), S. 189; BKA (1992 b), S. 94.

Erst durch Einbeziehung weiterer Parameter lassen sich die letztgenannten Daten schlüssig interpretieren. Das Ergebnis kann dann nur lauten: Die Anzahl der „tatsächlichen Erstkonsumenten“ und damit der Konsumenten insgesamt hat nicht zugenommen.[211] Jedenfalls trifft dies auf Heroinkonsumenten zu, die hier Thema sind und auf die der weit überwiegende Anteil der Drogentodesfälle zurückzuführen ist.

Auch nachdem 1993 der Begriff „Erstkonsument harter Drogen“ durch „Erstauffälliger Konsument harter Drogen“ ersetzt worden war, hatte die bis dahin vertretene Theorie zur Entwicklung der Konsumentenzahl weiterhin Bestand, obwohl diese spätestens jetzt zu revidieren gewesen wäre.

Diese Theorie beansprucht in der mit dieser Problematik betrauten Suchtforschung bis heute Gültigkeit. Damit gilt bis heute die genannte Kausalitätszuschreibung für den geradezu explosionsartigen Anstieg der Drogentodesfälle in dem fraglichen Zeitraum. Dessen Ursache sei vor allem eine gravierende Zunahme der Konsumentenzahl ab Mitte der 1980er-Jahre, die es aber nicht gegeben hat. Da jedoch die Strafverfolgung massiv verstärkt worden ist, lässt sich nur dies als Ursache Tausender zusätzlicher Drogentodesfälle in Betracht ziehen, zumal sich diese zusätzlichen Todesfälle fast nur beim „Polizeilichen Hellfeld“ ereignet haben.[212]

Dieser maßgebliche Wirkungszusammenhang wurde von Heckmann et al. und dem IFT nicht untersucht. Dieser Wirkungszusammenhang wird in der diesbezüglichen Forschung bis heute tabuisiert. So ist die deutsche Drogenpolitik weiterhin von einem hohen Niveau der Strafverfolgung geprägt, die Tausende Menschenleben fordert. Vor diesem Hintergrund bemüht man sich um eine Politik der Schadensbegrenzung, „um das Elend und Leid von Drogenabhängigen und ihren Angehörigen zu mildern.“[213]

## 7.3 Erkenntnis und Interesse

Die in der Suchtforschung allgemein vertretene These einer rasanten Zunahme der Konsumentenzahl von 1985 – 91 präsentierte sich schon immer als unzureichend begründet und eher als das Ergebnis einer Spekulation. Diese These ist nicht länger haltbar, denn die in den Abschnitten 6.2 bis 6.4 angeführten drei Nachweise widerlegen sie als falsch. Eine allgemeine Anerkennung dieses Sachverhaltes steht jedoch aus.

In der vorliegenden Studie wird dagegen die These vertreten, dass die Drogenkonsumentenzahl im fraglichen Zeitraum weitgehend stagniert habe. Obwohl diese Studie bereits mehreren Drogenexperten zugänglich gemacht worden ist, wurde bisher ohne Begründung eine Auseinandersetzung mit der hier vertretenen These verweigert.

Nun ließe sich argumentieren, dass die hier vorgetragene These lediglich eine nicht relevante Außenseitermeinung repräsentiere. Doch eine solche Argumentation würde wissenschaftlichen Kriterien nicht standhalten können. Über Tatsachen kann man nicht abstimmen und sich nach einer Mehrheitsmeinung richten, als könne man die Wahrheit nach Belieben festlegen und als gehe es darum, was der Mehrheit gefalle oder nicht. Vielmehr ist die Frage zu

---

[211] Entsprechend der drei Nachweise von Abschnitt 6.2 bis 6.4.

[212] Siehe Abschnitt 6.7.

[213] Siehe Anfang Abschnitt 6.9, Geleitwort von Horst Seehofer zu Heckmann et al. (1993).

beantworten, welche der alternativen Thesen plausibel begründet ist und einer Überprüfung durch Experimente standhält, in diesem Fall einer Überprüfung durch statistische Daten.

Hier gibt es allerdings ein Problem: Die genannte Fragestellung beinhaltet eine herausragende Brisanz, wirft sie doch die Frage auf, ob die mit dieser Problematik befassten Wissenschaftler die Berichterstattung des BKA hinreichend kontrolliert haben oder ob sie letztlich für den Tod von 23.000 Menschen mitverantwortlich zeichnen. Deshalb geht es hier vor allem auch um eine Verknüpfung von Erkenntnis und Interesse. Ein wissenschaftlicher Diskurs wird dadurch behindert. So ist auch weiterhin mit Ignoranz von Drogenexperten gegenüber der hier vorgetragenen These zu rechnen. Bei unvoreingenommener Betrachtung wird sich jedoch der Wahrheitsgehalt dieser These langfristig nicht unterdrücken lassen.

**Schlussbemerkungen**

In Abschnitt 1 – 5 wurde nachgewiesen, dass „polizeibekannte“ Heroinkonsumenten mit einer etwa 60-mal höheren Wahrscheinlichkeit sterben als „polizeiunbekannte“ bzw. bei Anrechnung weitgefasster Toleranzen mit einer etwa 32 – 122 %-mal höheren. Bereits Mitte der 1980er-Jahre gab es diese Diskrepanz. Das musste eine besondere Herausforderung dargestellt haben. Doch offenbar hat das BKA erfolgreich verschleiert, dass sich die zusätzlichen Drogentodesfälle seit 1985 fast ausschließlich bei „polizeibekannten“ Konsumenten ereignet haben. So hat das BKA verhindert, dass jemand die zunehmende polizeiliche Repression als Ursache für den Anstieg der Drogentodesfallzahlen identifiziert hat. Jedenfalls sind entsprechende Hinweise nicht öffentlich gemacht worden; denn dann hätte sich gesellschaftlicher Widerstand formiert und eine weitere Forcierung der Strafverfolgung wäre gestoppt worden.

Warum aber die Sterberate bei den „polizeibekannten“ Konsumenten so viel höher ist, kann hier nicht beatwortet werden. Immerhin wird auf einige Aspekte aufmerksam gemacht. In Diskussionen während der Recherchen zu dieser Studie wurden wiederholt Argumente angeführt, die sich so zusammenfassen lassen: Ein Teil der Konsumenten verwahrlose in besonderem Maße infolge des Konsums. Sie würden krank, versorgten sich mit gepanschtem Stoff und gingen verstärkte Risiken bei der Beschaffungskriminalität ein. Gerade diese würden dann auch häufiger polizeiauffällig. Deshalb sei es nicht verwunderlich, dass diese dann auch häufiger sterben. Verstärkte aber im Umkehrschluss die forcierte Strafverfolgung die Verwahrlosung und körperliche Schwäche gerade der „polizeibekannten“ Konsumenten? Oder gab es doch noch andere Ursachen für die Zunahme der Todesfälle?

Es gibt auch diesen Zusammenhang: Eine forcierte Strafverfolgung bedarf u. a. eines höheren Personalaufwandes und ist mit zusätzlichen Kosten verbunden. Andererseits ergeben sich erhebliche Einsparungen bei den Sozialleistungen, den Arzt- und Therapiekosten usw., wenn mehr Konsumenten sterben. Die Konsumenten finanzierten sozusagen ihre eigene zunehmende Verfolgung durch Tausende Todesfälle.

Drogentodesfälle sind kein internes Problem der Polizei. Das Parlament, die Wissenschaft und nicht zuletzt die Öffentlichkeit haben einen Anspruch auf umfassende und korrekte Informationen. Deshalb hat das BKA einen gesetzlichen Auftrag, zur Rauschgiftkriminalität und zu ihren Folgeerscheinungen jährlich Bericht zu erstatten. Dies schließt Drogentodesfälle ein. Doch durch falsche Angaben zur vorherigen Polizeiauffälligkeit der Verstorbenen entzieht das BKA diese Problematik einer wissenschaftlichen Analyse sowie einer politischen und gesellschaftlichen Diskussion.

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse machen eine unabhängige Untersuchung dringend erforderlich. Bei dieser sind u. a. folgende Fragen zu klären:

- Wie viele verstobene Drogenkonsumenten waren vor ihrem Tod tatsächlich „polizeibekannt“, unabhängig von einer KhD-Einordnung und einem EKhD-Eintrag im INPOL?
- Warum ist die Sterberate bei „polizeibekannten“ Drogenkonsumenten um ein Vielfaches höher als bei „polizeiunbekannten“?
- Wie viele Konsumenten sterben während laufender polizeilicher Ermittlungen und/oder anschließender Strafverfahren?
- Welche Rolle spielt die Polizei bei den aufgezeigten Missverhältnissen?
- Ist z. B. die Wahrscheinlichkeit zu sterben geringer, wenn die Ermittlungsbeamten nicht wissen, dass sie es mit Heroinkonsumenten zu tun haben, und ggf. warum?

- Nahmen und nehmen das BKA und die LKÄ die nachgewiesenen falschen Darstellungen in Eigenregie oder in Abstimmung mit den zuständigen Ministerien vor?
- Wurde von 1985 an die Strafverfolgung systematisch forciert?

Letzteres ließe sich daran erkennen, dass mehr Personal in den entsprechenden Kommissariaten eingesetzt wurde. Davon ist in jedem Fall auszugehen, denn dieselbe Anzahl Drogenfahnder konnte nicht bei den Konsumentendelikten mit Heroin 1985 zunächst 6.477 Tatverdächtige ermitteln und 1991 dann 25.038.[214]

Wegen der falschen BKA-Berichterstattung und der falschen Darstellungen des IFT sowie von König und Kreuzer bleibt nur die Möglichkeit, zu analysieren und möglichst angemessen zu schlussfolgern, wie sich die tatsächlichen Verhältnisse wirklich darstellen. Die entsprechenden Bestätigungen stehen noch aus. So gibt es ein ganzes Bündel weiterer Fragen, die zu beantworten sind:

- Werden Tatverdächtige im INPOL als KhD oder als EKhD geführt? Werden sie nur in den jährlich erstellten Tabellen/Zeitreihen als EKhD gezählt?
- Sind die verstorbenen Drogenkonsumenten, die von den örtlichen Polizeidienststellen als bekannte KhD gemeldet werden, zu Recht „als KhD erfasst“ eingestuft? Wird also die sogenannte „Detailauswertung“ bei Verstorbenen vorgenommen, deren vorheriger EKhD-Eintrag im INPOL infolge der 2-jährigen Speicherfrist gelöscht worden ist, und/oder bei Verstorbenen, die noch nicht als EKhD im INPOL eingetragen worden sind, da sie während laufender Ermittlungsverfahren verstarben?
- In welcher Weise wurde die KhD-Einordnung der Drogentoten ab 1991 im Vergleich zu den Jahren 1985 – 87 geändert?
- Wie wurde die KhD-Einordnung der Drogentoten von 1988 – 90 vorgenommen und warum wurde die entsprechende Quote für 1987 nachträglich von 65 % auf 48 % gesenkt?
- War bzw. ist Dr. Wolfgang König ein Mitarbeiter des BKA?
- Hat die Europäische Drogenbeobachtungsbehörde EBDD die Funktion, die Berichterstattung der EU-Staaten zu vereinheitlichen und zu optimieren mit dem Ziel, Drogentodesfälle unauffällig erscheinen zu lassen? Verschleiert die EBDD systematisch nach deutschem Vorbild, dass der Anstieg dieser Todesfallzahlen seit 1985 fast nur auf polizeibekannte Konsumenten zurückzuführen ist infolge einer auch auf europäischer Ebene forcierten Strafverfolgung?[215] Wie viele Fälle betrifft das in Europa?

  An dieser Stelle wird noch einmal an die Erklärung des BKA zum offiziellen Auftrag der EBDD erinnert. Danach wurde diese Behörde gegründet,

  > „... um der Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten objektive, zuverlässige und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen ... zu liefern.“[216]

Es geht also nicht nur darum, ob die Berichterstattung falsch oder korrekt ist. Es geht um zig Tausende von Todesfällen, die man hätte vermeiden können, wenn die Strafverfolgung auf dem Niveau von 1985 geblieben wäre. Diese Situation ist noch heute unverändert aktuell. Täglich sterben Menschen, die nicht sterben müssten, da man Drogenkonsumenten kriminalisiert und strafrechtlich verfolgt, anstatt ihnen umfassende Hilfe und Therapien anzubieten.

---

[214] Siehe Tabelle 6

[215] Siehe Abschnitt 5.5.

[216] BKA (2003 b), S. 22. Siehe auch Abschnitt 1.5.

Im Focus stehen nicht nur die Verhältnisse in Deutschland. Vielmehr wurde offenbar die Berichterstattung zur Drogenkriminalität und zu den Drogentodesfällen europaweit vereinheitlicht durch die genannte Arbeitsgruppe der EBDD unter Federführung des IFT. So ist davon auszugehen, dass auf Anregung dieser Arbeitsgruppe auch in den anderen EU-Staaten dieselben Kategorien wie in Deutschland der Verschleierung der tatsächlichen Verhältnisse dienen, und dass das untersuchte Schätzverfahren für Polizeidaten in ganz Europa eingesetzt wurde und eventuell noch wird, damit die Drogenpolitik und die Arbeit der Polizei nicht in Frage gestellt werden.[217]

Bei einem Drogentodesfall sind die Kriminalbeamten angehalten, den Letztveräußerer der todesursächlichen Drogen zu ermitteln, um diesem nach Möglichkeit eine Mitschuld an dem jeweiligen Todesfall nachzuweisen. Wie ist es zu bewerten, dass angesichts dessen das BKA und die Polizei mitverantwortlich sind für Tausende Todesfälle?

Infolge der Kriminalisierung und Strafverfolgung der Drogenkonsumenten sterben so viele Menschen wie bei der Love-Parade in Duisburg – dies aber jede Woche seit den 1980er-Jahren. Angesichts dessen kann nur die Forderung nach einer Entkriminalisierung des Drogenkonsums gestellt werden.

Liegen nicht „fahrlässige Tötung“ und „unterlassene Hilfeleistung“ vor? Geht es überhaupt um „Fahrlässigkeit“? Voraussichtlich wurden in Europa weit mehr als 50.000 Todesfälle wissentlich verursacht und die Umstände verschleiert, damit die forcierte Strafverfolgung nicht wieder zurückgefahren werden musste.

Das BKA berichtet seit Jahrzehnten falsch über Drogentodesfälle und führt das Parlament, die Wissenschaft und die Öffentlichkeit systematisch in die Irre. Allerdings gibt es zwei Seiten der Medaille: Die Politik, die Wissenschaft und die Medien haben es versäumt, die Berichterstattung des BKA angemessen zu hinterfragen. Sollte man nicht vor allem von der diesbezüglichen Suchtforschung erwarten können, dass diese eine Kontrolle ausübt?

Oder wurden die untersuchten Vorgänge bewusst toleriert? Wer war an diesen Vorgängen beteiligt? Wer war informiert? Welche Schlüsse sind zu ziehen auf den Zustand dieser Gesellschaft?

---

[217] Siehe Abschnitt 5.5.

**Literaturverzeichnis**

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland 1983 – 2009. Wiesbaden 1984 – 2010 (a).

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Rauschgift Jahresbericht 1983. Wiesbaden 1984 (b).

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Rauschgift Jahresbericht 1987 – 1994. Wiesbaden 1988 – 1995 (b).

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Rauschgiftjahresbericht Bundesrepublik Deutschland 1995 – 2002. Wiesbaden 1996 – 2003 (b).

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Bundeslagebild Rauschgift 2003. Wiesbaden 2004 (b).

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Bundeslagebild Rauschgift 2004 Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden 2005 (b).

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Daten zur Rauschgiftkriminalität 2005 in Deutschland – Zusammenfassung, inkl.: Bundeslagebild Rauschgift 2005 – Tabellenanhang. Wiesbaden 2006 (b). Fundstelle: http://www.bka.de, Pfad: Publikationen/Jahresberichte und Lagebilder/Rauschgiftkriminalität.

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Jahreskurzlage Rauschgift 2006, inkl.: Bundeslagebild Rauschgift 2006 – Tabellenanhang. Wiesbaden 2007 (b). Fundstelle: http://www.bka.de, Pfad: Publikationen/Jahresberichte und Lagebilder/Rauschgiftkriminalität.

***Bundeskriminalamt*** (Hg.): Rauschgift Jahreskurzlage 2007 – 2010, inkl.: Rauschgiftkriminalität Bundeslagebild 2007 – 2010 – Tabellenanhang. Wiesbaden 2008 – 2011 (b). Fundstelle: http://www.bka.de, Pfad: Publikationen/Jahresberichte und Lagebilder/ Rauschgiftkriminalität.

***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.

***Hessisches Landeskriminalamt Wiesbaden*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Hessen 1984. Wiesbaden 1985.

***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.

***König,*** Wolfgang und Arthur ***Kreuzer***: Rauschgifttodesfälle – Kriminologische Untersuchung polizeilicher Mortalitätsstatistiken. Mönchengladbach 1998.

***Kraus,*** Ludwig, Rose ***Shaw***, Rita ***Augustin*** und Frank ***Ritz:*** Analyse der Drogentodesfälle in Bayern. In: IFT Institut für Therapieforschung (Hg.), IFT-Berichte Bd. 116, München 2001.

***Kreuzer,*** Arthur, Ruth ***Römer-Klees*** und Hans ***Schneider:*** Beschaffungskriminalität Drogenabhängiger. BKA-Forschungsreihe Bd. 24, Wiesbaden 1991.

***Landeskriminalämter*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2000. Veröffentlicht jew. 2001.

***Landeskriminalamt Bayern*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1998, 1999 u. 2001. München 1999, 2000 u. 2002.

***Landeskriminalamt Nordrhein-Westfalen*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 1980, 1998, 1999 u. 2001. Düsseldorf 1981, 1999, 2000 u. 2002.

***Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2001. Stuttgart 2002.

***Landeskriminalamt Sachsen*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2001. Dresden 2002.

***Landeskriminalamt Thüringen*** (Hg.): Polizeiliche Kriminalstatistik 2001. Leipzig 2002.

***Landkreis Ansbach,*** Amt für Jugend und Familie (Hg.): Rahmenkonzept zur Jugendhilfe im Strafverfahren und Jugendgerichtshilfe im Landkreis Ansbach. Ansbach 2009. Fundstelle: http://www.landkreis-ansbach.de/media/custom/1504_451_1.PDF

***Voß,*** Jakob, Jörg ***Roschke*** und Ingo ***Tretkowski:*** Das polizeiliche Informationssystem INPOL; 2002. Fundstelle: http://www.ig.cs.tu-berlin.de/oldstatic/s2002/0435l547/inpol.pdf