
Soziale Probleme

Zeitschrift für soziale Probleme und soziale Kontrolle

20. Jahrgang, 2009, Heft 1/2

Dominique Duprez / Axel Groenemeyer (Hrsg.)

Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa

Drogenkonsum, Drogenprobleme und Drogenpolitik in Europa. Geschichte und aktuelle Entwicklungen im internationalen Vergleich <i>Dominique Duprez, Axel Groenemeyer</i>	5
Entwicklungen von Drogenproblemen und Drogenpolitik in Großbritannien <i>Geoffrey Pearson</i>	37
Gebrauch illegaler Drogen und die niederländische Drogenpolitik. Überblick und Bewertung <i>Marianne M. J. van Ooyen-Houben</i>	57
Requiem für den Krieg gegen Drogen. Portugiesische Erfahrungen der Entkriminalisierung <i>Cândido da Agra</i>	90
Die italienische Szene illegaler Drogen. Konsumformen und Politik <i>Amadeo Cottino, Franco Prina</i>	119
Drogenpolitik und Praktiken des Drogenkonsums im frankophonen Belgien <i>Caroline Jeanmart</i>	138
Heroin und Prekarität in Frankreich, 1990-2000. Die Genealogie eines Abstiegsprozesses <i>Patricia Bouhnik</i>	160
Entwicklungen des Drogenkonsums in Deutschland und die begrenzte Wirksamkeit der Kriminalpolitik <i>Karl-Heinz Reuband</i>	182



Centaurus-Verlag
ISSN 0939-608X

Drogenpolitik und Praktiken des Drogenkonsums im frankophonen Belgien*

von Caroline Jeanmart

Zusammenfassung

Über Drogenkonsum und Drogenpolitik in Belgien zu sprechen ist nicht einfach. Tatsächlich ist die Größe des Landes umgekehrt proportional zur Komplexität seines institutionellen und politischen Systems, das durch einen trennenden Föderalismus in permanenter Veränderung gekennzeichnet ist. Der Beitrag versucht nicht, ein allgemeines Bild des illegalen Drogenkonsums zu geben, sondern konzentriert sich auf einige spezifische Aspekte. Die verschiedenen Formen des Drogenkonsums sowie der Rechts- und Gesundheitspolitik werden kurz in einer historischen Perspektive beschrieben. Die aktuelle Situation des illegalen Drogenkonsums und der Drogenpolitik bilden den Kern des Beitrags. Zusätzlich wird der Konsum im Kontext der Partyszenen beschrieben.

1. Einleitung

Über den illegalen Drogenkonsum in Belgien zu sprechen ist nicht einfach. Tatsächlich ist die Größe des Landes umgekehrt proportional zur Komplexität seines institutionellen und politischen Systems, das durch einen trennenden Föderalismus gekennzeichnet ist, der zudem permanent Veränderungen unterworfen ist. In Bezug auf die Drogenfrage zeigt sich so eine vielschichtige und schwer zu systematisierende Praxis, hervorgerufen durch die zahlreichen zuständigen Institutionen und verkompliziert durch kulturelle Ungleichheiten aufgrund der verschiedener Sprachgemeinschaften (französisch, niederländisch und deutsch). Betrachtet man in Belgien über die Verschiedenheit der Vorgehensweisen und beruflichen Paradigmen hinaus die Systeme der Bestrafung, der Prävention, der Behandlung, der Hilfe oder der Risikominderung, so müsste man zwangsläufig die existierende Kompetenzer-

* Übersetzung aus dem Französischen: Bertrand Schaeffer, Maureen Arnold. Überarbeitung und Aktualisierungen von Axel Groenemeyer.

stückelung zwischen dem Bundesstaat und den verschiedenen Teilstaaten inklusive der auf beiden Seiten der Sprachgrenze vorhandenen Lokal-, Provinz-, Regional- und Gemeinschaftsinstanzen berücksichtigen. Und wenn man weiß, dass jeder dieser Teilstaaten über Zuständigkeitsbereiche und über verhältnismäßig autonome normative Macht verfügt, so ahnt man leicht die Zahl der Bestimmungen, die in der Organisation des repressiven Systems, der Suchtprävention oder der Behandlung der Drogenkonsumenten eine Rolle spielen können. Aus diesem Grund kann im Rahmen dieses Beitrags auch keine detaillierte Analyse der belgischen Drogenpolitik präsentiert werden.

Die politische Besorgnis über die Zersplitterung in der Drogenpolitik und der Vielzahl zuständiger Akteure hat dazu geführt, dass alle mit dieser Frage beschäftigten Regierungen immer wieder über die Etablierung von Konzertierungs- und Kooperationsverfahren, sowohl auf der politischen Ebene als auch auf der Ebene der Praxis, beraten haben. Die Einrichtung eines „Drogenarbeitskreises“ 2001 zur Verbesserung der Zusammenarbeit aller in Sachen Drogen zuständigen Ministerien (und nicht nur auf der bundesstaatlichen Ebene), ist z. B. ein Ausdruck dieser Bemühungen. Am 11. Mai 2003 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Staat, den politischen Gemeinschaften, der gemeinsamen Gemeinschaftskommission (COCOM), der französischen Gemeinschaftskommission (COCOF) und der Regionen für eine integrierte Drogenpolitik verabschiedet (Moniteur Belge [Belgisches Gesetzblatt] vom 2. Juni 2003).

In der neueren Geschichte Belgiens wird insbesondere die Gesundheits- und Strafrechtspolitik in Bezug auf die Kontrolle und Behandlung des Drogenproblems durch diese Situation der Zersplitterung markiert, da die Kulturen der Flamen und der Frankophonen auf der Grundlage jeweils unterschiedlicher Perspektiven agieren. Dies betrifft sowohl das Verständnis des „Drogenphänomens“ als soziale Tatsache als auch die Ethik der beruflichen Praxis (z. B. in Bezug auf die Substitutionsbehandlung). So erzeugt die Gestaltung der politischen Kompetenzverteilung in Sachen Drogen spezifische Besonderheiten auf beiden Seiten der Sprachgrenze, weshalb wir uns hier auf den frankophonen Teil des Landes fokussieren werden. Ebenfalls darf nicht vergessen werden, dass Belgien geographisch zwischen Frankreich und den Niederlanden liegt, die zwei sehr unterschiedliche Modelle der politischen Handhabung des „Drogenphänomens“ darstellen, und der Einfluss dieser zwei Nachbarn ist bedeutsam für das Verständnis der belgischen Drogenpolitik.

Dieser Beitrag erhebt nicht den Anspruch, einen Gesamtüberblick des Konsums unerlaubter Drogen im französischsprachigen Belgien zu erstellen, sondern möchte bestimmte Besonderheiten herausstellen. Dazu wird zunächst die Entwicklung der Strafrechts- und Gesundheitspolitik in Bezug auf Drogen im Rahmen einer historischen Perspektive diskutiert. Besondere Bedeutung erhält dabei die aktuellere Entwicklung von Drogenpolitiken und Praktiken mit einer risikomindernden Ausrich-

tung, wie z. B. niedrigschwellige Hilfsangebote und das Pilotprojekt der Heroinabgabe unter medizinischer Kontrolle. Als zweiter Aspekt des Drogenproblems werden die (begrenzten) Ergebnisse epidemiologischer Studien zur Verbreitung des Drogenkonsums referiert. Dabei zeigen sich in den letzten Jahren neue Konsumformen, wie z. B. der Drogenkonsum im Partymilieu, was eine eingehendere Erörterung dieses Phänomens nötig macht.

2. Entwicklungen der belgischen Drogenpolitik¹

Die Drogenpolitik hat in Belgien verschiedene Entwicklungen durchlaufen, die zu meist mit Veränderungen des Drogenkonsums begründet werden. Für die letzten Jahrzehnte lassen sich verschiedene Entwicklungen des Drogenproblems beschreiben: eine deutliche Erhöhung der Zahl von Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, eine Diversifikation der betroffenen Personenkreise und der konsumierten Substanzen, Veränderungen der Konsumformen, die Zunahme der mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen Risiken (HIV, Hepatitis, psychische Störungen) sowie eine stärkere Marginalisierung vieler Drogenabhängiger. Auf diese Entwicklungen, aber auch in Reaktionen auf damit verbundene Ängste und Voraussagen wurde mit Gesetzesänderungen, spezifische Maßnahmen und der Etablierung spezialisierter sozialer Dienste reagiert. Da allerdings das zur Diskussion stehende „Drogenproblem“ immer auch Gegenstand von Kontroversen über grundlegende Prinzipien und Perspektiven darstellt, erweisen sich die hinter den jeweiligen Maßnahmen und Politiken stehenden Logiken häufig als widersprüchlich. Je nachdem, ob der Drogenabhängige als Kranker oder als Krimineller, als schwache oder psychisch kranke Person oder als eine Gefahr für die Gesellschaft betrachtet wird, fallen die politischen Antworten unterschiedliche aus.

Mit Rosenzweig (1998: 64) kann man davon ausgehen, dass sich das belgische Rechtssystem in Sachen Drogen „für den Gebraucher in drei Phasen entwickelt hat: Zuerst bestrafen *oder* behandeln, dann bestrafen *und* behandeln und schließlich die Verpflichtung sich unter Androhung einer Strafe behandeln zu lassen.“

2.1 *Bestrafen oder behandeln*

Das erste strafrechtliche Drogengesetz in Belgien datiert vom 24. Februar 1921.² Hauptsächlich auf den Handel mit Drogen fokussiert, wird der Konsum genau genommen nicht als Delikt betrachtet. Dieses Gesetz enthält wenige Details bezüglich des Konsumenten und es „trifft weder eine Unterscheidung zwischen den verschiedenen Drogen noch zwischen verschiedenen Verhaltenstypen, so dass der Drogenkonsument mit denselben Strafen rechnen muss wie derjenige, der mit Drogen handelt“ (Guillain 2003: 9).

Das Gesetz von 1921 wurde in der Folge internationaler Abkommen durch das Gesetz vom 9. Juli 1975³ in eine repressivere Richtung geändert, „um wirksamer neue Formen der Drogenkriminalität zu treffen“.⁴ Es kreierte neue Straftatbestände wie z. B. den Gruppengebrauch. Der Gesetzgeber zielte damit nicht auf ein spezifisches abweichendes Verhalten ab, „die emblematische Figur des Drogengebrauchers war nur ein Vorwand, um eine neue Form der sozialen Kontrolle gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Randgruppen zu legitimieren“ (Guillain 2003: 7). Es wurde nur auf den Gruppenkonsum gezielt und der Besitz (auch in Urin und Blut), der Erwerb und der Drogenhandel bestraft. Wie bereits im Gesetz von 1921 wurden auch 1975 keine Unterscheidungen zwischen den Drogentypen gemacht. Das Gesetz enthält außerdem eine Reihe von Bestimmungen, die diejenigen von 1921 ergänzen: „Die Erweiterung des Anwendungsbereiches des Gesetzes auf die psychotropen Substanzen, die imstande sind eine Abhängigkeit zu verursachen, die Anhebung der bezüglich der Drogendelikte anwendbaren Sanktionen, neue erschwerende Umstände, die Möglichkeit für die Gerichte, bei Rückfälligkeit innerhalb einer 5-Jahresfrist die Haftstrafe zu verdoppeln, die Einführung einer Reihe zusätzlicher Strafen, die Befreiung von oder die Milderung der Strafe für Denunzianten (bis zur vollständigen Absolution), die Erweiterung der Bedingungen für die Bewilligung einer Einstellung, der Bewährung und der Bewährungshilfe für Drogenabhängige (Rosenzweig 1998: 64). Im strikt juristischen Sinne ist jedoch der Eigengebrauch nicht strafbar. In diesem Gesetz wird auch auf therapeutische Maßnahmen verzichtet, was zwar in der Diskussion war, „aber aus ökonomischen Gründen fallen gelassen wurde“ (ebd.).

2.2 *Bestrafen und behandeln*

Die neuere Geschichte der Drogenpolitik in Belgien ist markiert durch eine Mitte der 1990er Jahre neu geschaffenen Spannung zwischen Behandlungen des Drogenproblems im Rahmen eines medizinisch-therapeutischen und des repressiven Paradigmas im Kontext der zunehmenden Bedeutung eines sich immer mehr ausbreitenden Sicherheitsdiskurses und, in geringerem Maße, der Verbreitung von HIV und Aids. In diesem Kontext einer gleichzeitigen Priorität des Kampfes gegen Kriminalitätsfurcht und für Gesundheitsförderung wurde in zahlreiche neue Maßnahmen der Prävention, der Sozialarbeit und der Risikominderung investiert. Kaminski und Mary heben hervor, dass seit den 1990er Jahren in Belgien das Drogenproblem neben der Jugend- und Einwanderungspolitik zu den am massivsten von der Politik bearbeiteten Politiksektoren gehört, in denen beträchtliche Energie seitens der Regierung investiert wurde (Kaminski/Mary 1999: 207).

Drei wichtige Entwicklungen kennzeichnen die von der belgischen Regierung eingeleitete Politik in Bezug auf die innere Sicherheit:

- Die 1992 geschaffenen „Sicherheitsverträge“ zielen auf die Konkretisierung eines „Notstandsprogramms der Bearbeitung gesellschaftlicher Probleme“ ab und trugen zur Schaffung einer Vielzahl lokaler Projekte bei, die sich an den lokalen Gegebenheiten orientierte und die Sicherheitspolitik in Bezug auf das Drogenproblem integrieren sollte. Ab Mitte der 1990er Jahre wurde eine große Zahl von Projekten und Maßnahmen massiv vom Innenministerium finanziert, diese konkurrierten allerdings nicht immer problemlos mit Einrichtungen und Maßnahmen des bereits bestehenden, eher unabhängigen Sektors.⁵
- Das ehrgeizige „Aktionsprogramm Drogensucht – Drogen“ (vom 3. Februar 1995) formuliert eine umfassende und bereichsübergreifende Politik der Risikominderung in Bezug auf öffentliche Gesundheit und Drogenkriminalität (Duprez et al. 2005; Kaminski 1996; Kaminski/Mary 1999). Dieses Regierungsprogramm entwickelt allerdings ein Eigenleben, dass es tendenziell von anderen nationalen Politiken der Inneren Sicherheit abkoppelt. Das „Aktionsprogramm“ enthält im Wesentlichen zehn sehr unterschiedliche, spezifische Maßnahmen in Bezug auf die Kontrolle und Behandlung des Drogenproblems: 1. Die Überführung der im Kampf gegen den Drogenhandel beschlagnahmten Vermögenswerte und Einkommen an das *Institut national d'assurance maladie-invalidité* (INAMI) [Staatliches Institut für Kranken- und Invaliditätsversicherung]. 2. Die Verbesserung der Aus- und Fortbildung des Gefängnispersonals in Bezug auf die Drogensucht. 3. Die Schaffung von Spritzentauschprogrammen. 4. Die Ausdehnung des Rechtes der Schließung von Einrichtungen, in denen Verstöße gegen die Drogengesetze festgestellt werden. 5. Die Etablierung und Förderung von Sozial- und Gesundheitskontaktläden für ausgegrenzte Drogenkonsumenten. 6. Die Ausarbeitung von Programmen zur Bekämpfung des „Freizeitkonsums“ illegaler Drogen (insbesondere in den Großraumdiscos). 7. Die Förderung und Entwicklung einer Drogenpolitik auf wissenschaftlicher Grundlage. 8. Die Optimierung der Organisation und die Erhöhung des therapeutischen Angebots für Drogenkonsumenten. 9. Die Durchführung von Maßnahmen zur Reduzierung des Drogenangebots (multilaterale Absprachen, Beweislastumkehr bezüglich der Geldwäsche). 10. Die Durchführung von Studien über die Folgen des Drogenkonsums auf die Verkehrssicherheit. Rosenzweig (1998: 64) interpretiert diesen Maßnahmenkatalog als einen Versuch, den gesundheitsbezogenen Aspekt der Heilung durch eine auf Sicherheit ausgerichtete bundesstaatliche Politik zu verwirklichen.
- Eine weitere wichtige Etappe der politischen Reaktion auf das Drogenproblem wird durch den am 19. Januar 2001 vorgelegten Bericht der Bundesregierung zur Drogenproblematik markiert, der aus einem Abkommen der so genannten „Regenbogenregierung“ hervorgegangen war.⁶ In diesem Bericht, der aus den

Empfehlungen einer parlamentarischen Arbeitsgruppe von 1997 hervorging, wurde versucht, das Drogenproblem wieder stärker an das Gesundheitssystem zu binden, was sich auch bereits dadurch ausdrückte, dass die entsprechende Kommission von der Gesundheitsministerin geleitet wurde. Es wurde das Ziel formuliert, die Drogenpolitik als eine „auf das rationale Management von Risiken zielende Politik der Normalisierung“ zu etablieren, wofür drei Kernziele im Vordergrund stehen sollten: Die Prävention gegenüber Nicht-Konsumenten und nicht-problematischen Konsumenten und Konsumentinnen; die Hilfe, die Risikoreduktion und die Resozialisierung für problematische Konsumenten und Konsumentinnen sowie die Bestrafung von Produzenten und Drogenhändlern.⁷

In Bezug auf das Strafrecht zeigten sich ebenso markante Entwicklungen. Abgesehen von der Aufnahme alternativer Maßnahmen in strafrechtliche Verordnungen, wie z. B. die Möglichkeit der staatsanwaltlichen Therapieauflage, wurden ab 1993 wiederholte Versuche unternommen, einer Angleichung strafrechtlicher Verfolgung im Feld des Drogenproblems zu erreichen. Es gab in Belgien bis dahin „keine gemeinsame Kriminalpolitik, die die juristische Behandlung auf diesem Gebiet leitete“ (Kaminski/Mary 1999: 214).

Die erste Ministerialrichtlinie in Bezug auf eine gemeinsame Kriminalpolitik in Sachen Drogenabhängigkeit (1993)⁸ war im Wesentlichen nur eine Wiederholung (Cauchie/Devresse 2001: 1169) und beschränkte sich darauf, an das Prinzip des Gesetzes von 1921 zu erinnern, keine Unterscheidung zwischen den Substanzen und den zu besitzenden oder konsumierten Mengen zu treffen.

Eine zweite Richtlinie vom 8. Mai 1998⁹ war das Ergebnis von Beratungen eines „parlamentarischen Arbeitskreises über Drogen in Belgien“. Hier erschien zum ersten Mal eine strafrechtliche Unterscheidung zwischen Cannabis und anderen Drogen in einem offiziellen Text. Der Text betont, dass eine repressive Intervention gegenüber Cannabiskonsumenten und -konsumentinnen nur gerechtfertigt sei, wenn der oder die Betroffene damit zusammenhängende weitere Verstöße begangen habe. Bei dieser Gelegenheit führt dieser Text das Verfahren eines vereinfachten, aber namentlichen polizeilichen Protokolls gegenüber dem „nicht problematischen“ Drogenkonsumenten ein. Eine Liste dieser vereinfachten Protokolle wird nur noch monatlich an die Staatsanwaltschaft übermittelt.¹⁰ Dem „problematischen Drogenkonsumenten“ gegenüber werden Strafverfolgungen beantragt, ebenso wie dem Konsumenten gegenüber, dessen Konsum von „Belästigungen der Öffentlichkeit“ (oder möglichen Belästigungen) begleitet ist.¹¹

In der Folge wurden über Reformgesetze (vom 4. April und 3. Mai 2003) Modifikationen am Gesetz von 1921 vorgenommen und sowohl der Straftatbestand des Gruppenkonsums abgeschafft als auch eine Unterscheidung zwischen Cannabis und anderen illegalen Drogen offiziell eingeführt. In einem weiteren königlichen Erlass (vom 16. Mai 2003) wurde eine relativ tolerante Drogenpolitik gegenüber

dem Besitz von Cannabis für den persönlichen Gebrauch etabliert. Demnach wird in diesen Fällen von gerichtlichen Folgen bei einem nicht-problematischen Konsum abgesehen. Es handelt sich allerdings explizit nicht um eine Entkriminalisierung von Cannabis. Im Falle eines „problematischen Konsums“ soll die Inanspruchnahme des sozialen und medizinischen Sektors Priorität erhalten. Die unmittelbar danach am 16. Mai 2003 verabschiedete Richtlinie¹² regelte die Politik der Risikominderung. In ihr wurde explizit die Unterscheidung von Besitz von Cannabis für den persönlichen Konsum und anderer illegaler Drogen hergestellt und damit die Drogen im Hinblick auf unterschiedliche Gesundheitsrisiken differenziert.

Am 20. Oktober 2004 verkündete der Schiedsgerichtshof aufgrund einer Beschwerde von mehreren auf dem Gebiet der Drogenabhängigkeit aktiven Vereinen und der französischsprachigen Liga für Menschenrechte ein Urteil, das teilweise das Gesetz vom 3. Mai 2003 annullierte. In Bezug auf den Artikel 16 des Gesetzes wurde festgestellt, dass die Definition des „problematischen Konsumenten“, die Tatbestände einer „Belästigung der Öffentlichkeit“ sowie Bestimmungen der Menge eines persönlichen Gebrauchs zu unbestimmt formuliert sind und nicht den erforderlichen Genauigkeits-, Klarheits- und Berechenbarkeitserfordernissen genügen. Als Reaktion darauf verkündeten das Justizministerium und die Generalstaatsanwaltschaft am 25. Januar 2005 eine neuen Richtlinie.¹³ Im neuen Text sind die Begriffe „Belästigung der Öffentlichkeit“ und „problematischer Gebrauch“ nicht mehr enthalten, und es wird eine Schwelle von maximal drei Gramm für den Eigenbedarf festgelegt. Allerdings wird das vereinfachte polizeiliche namentliche Protokoll in Bezug auf den Eigenbedarf wieder beibehalten und auch weiterhin können erschwerende Umstände sowie Störungen der öffentlichen Ordnung durch Konsumenten und Konsumentinnen von Cannabis eine strafrechtliche Verfolgung zur Folge haben.

2.3 Die Risikominderung: Das Stiefkind der Maßnahmen

Die repressiven Maßnahmen der 1980er Jahre und das Fehlen von Regelungen therapeutischer Maßnahmen zeigten schwerwiegende Folgen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit. Nach und nach entwickelten sich dann in den 1990er Jahren verschiedene Maßnahmen der Risikominderung. Vor diesem Hintergrund waren dann die beschriebenen Gesetzesänderungen notwendig geworden, um den auf die öffentliche Gesundheit zielenden Maßnahmen und Einrichtungen einen legalen Rahmen zu geben. Dies betraf vor allem den Artikel 3 des Gesetzes von 1921, nach dem Medizinern und Medizinerinnen jegliche Praktiken untersagt waren, die zu einer Aufrechterhaltung von Drogenabhängigkeit beitragen können und insbesondere die medizinische Verschreibung von Drogen verbat. Dieser Artikel war bereits 1921 Gegenstand von Diskussionen gewesen und 1993 tauchten die bereits damals formulierten Vorschläge wieder auf. Demnach sollten Substitutionsmittel von der

strafrechtlichen Bestrafung ausgenommen und eine gesetzliche Definition derselben eingefügt werden.¹⁴ Dieser Vorschlag führte zur heftigen Diskussionen, da viele Details, wie die Registrierung der Patienten und Patientinnen, die Spezialausbildung der Ärzte und Ärztinnen, die Beschränkung der Zahl von Patienten pro Arzt sowie die Bedingungen für die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Spezialisten nicht ausformuliert waren.

Obwohl die Änderungsvorschläge des Gesetzes nicht bis ins Parlament vordrangen, zeichnete sich ein Konsens zwischen den Behörden und der Ärzteschaft ab, der 1994 zur Organisation einer Konsenskonferenz über die Substitutionsbehandlungen (Methadon und Buprenorphin) führte.¹⁵ Der verabschiedete Text, der allerdings keine rechtsverbindliche Regelung darstellte, schließt im Prinzip keinen Arzt von der Substitutionsbehandlung aus, egal in welchem Bereich er arbeitet, aber er legt fest, dass soziale und psychologische Begleitung wesentliche Faktoren der Behandlung bilden.

Die Empfehlungen der Konsenskonferenz wurden 2001 auf Initiative des Gesundheitsministeriums in den Gesetzentwurf zur Änderung des Gesetzes von 1921 eingearbeitet und am 15. Juni 2001 verabschiedet (Jacques/Figiel 2006). Entsprechende Umsetzungsgesetze folgten dann im August 2002¹⁶ und im März 2004¹⁷. Mit dem Gesetz von 2002 wurden Substitutionsbehandlungen allerdings nicht vollständig entkriminalisiert, sondern die Verschreibung durch Ärzte und Ärztinnen an bestimmte Bedingungen geknüpft. Verstöße dagegen können weiterhin nach § 3, Artikel 3 des Gesetzes von 1921 als Verschreibungs-, Ausstellungs- oder Verabreichungsmissbrauch strafrechtlich verfolgt werden.

Auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen, der Spezialisten und verschiedener Behandlungszentren wurde sehr schnell Protest gegen diese Regelungen laut (Jeanmart 2007). Die Kritik richtete sich insbesondere gegen die Registrierung der Ärzte und Ärztinnen bei einem etablierten Netzwerk, einem Behandlungszentrum oder einer anderen befugten Struktur. Die Argumente waren einerseits deontologischer Art, insofern darauf verwiesen wurde, dass sich Mediziner und Medizinerinnen nicht für die Praxis der Ärzte, die sie vielleicht nicht kennen, verbürgen könnten. Andererseits waren sie nicht bereit sich der Logik einer Kontrolle durch diese Art von Institutionen zu unterziehen. Andere Kritiken richteten sich gegen Unklarheiten in Bezug auf die Ausbildung der Ärzte und Ärztinnen. Ein neuer Erlass vom Oktober 2006 nimmt diese Kritiken teilweise auf.¹⁸ Die Hauptänderungen betrafen die Bedingungen für die Teilnahme und die Registrierung der Ärzte in ein Netzwerk, die Bedingungen für die Verschreibung und die Verabreichung von Substitutionsmitteln, der Zahl der Patienten sowie die Kriterien für die Zustimmung der Betreuungsstellen und des Behandlungsnetzwerkes für Drogenkonsumenten.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich fachliche öffentliche Instanzen im Laufe der institutionellen Reformen vervielfacht haben, dabei aber die Politik der

Risikominderung erst sehr spät Eingang in die Politik gefunden hat und lange Zeit lokalen Initiativen überlassen worden war. In einer Bilanz des Ministeriums für Soziales und Gesundheit zur Bilanz der Vereinheitlichung der Politik psychischer Gesundheitsfürsorge wurde im Mai 2005 festgestellt, dass die Versuche einer Vereinheitlichung der Behandlungspolitik und entsprechende Initiativen immer noch in den Kinderschuhen stecken.

Zu diesen Initiativen gehört z. B. Verein *Modus Vivendi*, der bereits 1988 ein weithin unterstütztes und mittlerweile in vielen europäischen Ländern übernommenes Programm der Prävention und der Risikominderung etabliert hat, das sehr stark auf die Kompetenzen von Ex-Usern baut („boule de neige“).¹⁹ Zudem entstand in diesem Kontext eine „Belgische Charta der Risikominimierung“, „um den konzeptuellen Sockel aller Vorgehensweisen zu bilden, die sich auf den risikoarmen Umgang mit Drogen in der französischen Gemeinschaft Belgiens berufen“.²⁰

In diesem Dokument wird auch auf weiterhin bestehende rechtliche Probleme einer umfassenden Politik der Risikominderung hingewiesen. So bewegen sich viele Programme und Maßnahmen, wie z. B. der Spritzentausch sowie die Ausgabe von Informationsbroschüren, aber auch das Testen von Substanzen im Partymilieu und die medizinisch kontrollierte Heroinabgabe immer noch in einer gesetzlichen Grauzone und stoßen in ihrer Umsetzung auf zahlreichen Schwierigkeiten mit den Behörden.

2.4 Heroin für den medizinischen Gebrauch: Das Pilotprojekt einer Behandlung mit Diacetylmorphin

Die zurzeit aktuellste Entwicklung bezüglich der Risikominderung in Belgien ist die Entwicklung eines Pilotprojekts zur heroingestützten Behandlung. Die verschiedenen Erfahrungen mit den heroingestützten Behandlungen sind in vier europäischen Ländern evaluiert worden: In der Schweiz (1996), in den Niederlanden (2001), in Deutschland (2005) und in Spanien (2005). Diesen Erfahrungen entsprechend erzielt die Behandlung mit Diacetylmorphin bei langjährigen Heroinabhängigen, die eine erhebliche körperliche, psychische und soziale Verschlechterung zeigen, bessere Ergebnisse als die Behandlung mit Methadon. Positive Auswirkungen haben sich sowohl in Bezug auf die Gesundheit als auch im Hinblick auf das Risikoverhalten oder die Kriminalität gezeigt.

Im Rahmen dieser Maßnahmen, die mittlerweile nicht mehr im Stadium des Experimentierens sind, werden in anderen Ländern Europas mehrere tausend Patienten und Patientinnen behandelt. In den vier Ländern, auf deren Evaluationen sich auch das belgische Pilotprojekt bezieht, sind die Behandlungsmodalitäten ähnlich: Eine unter strengen Bedingungen medizinisch kontrollierte und mit einer psychosozialen Behandlung assoziierte Diacetylmorphinabgabe. Die Zielgruppe ist ebenfalls identisch: Langjährige opiatabhängige Patienten und Patientinnen in einer

schlechten körperlichen und geistigen Verfassung und ohne therapeutischen Erfolg durch bestehende abstinenzorientierte Behandlungseinrichtungen.

Belgien war in den letzten Jahren durch die Diskussionen über ein solches Projekt geprägt. Eine Machbarkeitsstudie ist bereits 2004 durch die *Politique scientifique fédérale* (Bundesstaatliche Wissenschaftliche Politik) in Auftrag gegeben worden, der Abschlussbericht, in dem die gleichartigen internationalen Erfahrungen (Vereinigtes Königreich, die Schweiz, die Niederlande) und die dahinter liegenden Anforderungen zusammengefasst wurden, ist 2005 veröffentlicht worden (Anseau et al. 2005).

Das Ziel dieses wissenschaftlich begleiteten Pilotprojektes besteht darin, eine diacetylmorphingestützte Behandlung mit der Methadontherapie zu vergleichen. Dazu werden zwei Gruppen von Patienten und Patientinnen gebildet werden, wobei die erste Gruppe Diacetylmorphin bekommt, während die zweite Gruppe als Kontrollgruppe fungiert und mit Methadon substituiert wird. Dieses Experiment zielt ebenfalls darauf hin, die idealen Bedingungen für die Einrichtung derartiger Behandlungen in Belgien zu ermitteln (Anseau et al. 2005).

Dieses für Liège vorgesehene Pilotprojekt ist bereits in dem von der Stadt ausgearbeiteten strategischen Drogenprogramm aufgenommen. Das Projekt wird zu 80 Prozent vom belgischen Gesundheitswesen, zu 15 Prozent von der Stadt Liège und zu 5 Prozent vom belgischen Justizministerium finanziert. Es sollen zunächst 200 Patienten und Patientinnen in das Programm aufgenommen werden, die bestimmte Kriterien erfüllen müssen.²¹ Ursprünglich sollte das Programm im Herbst 2007 (vorbereitende Phase) und im Januar 2008 (Umsetzungsphase) mit der Unterstützung des Gesundheitsministeriums und des Justizministeriums beginnen und sich über drei Jahre erstrecken. Allerdings gibt es auch im Herbst 2009 noch keinen definitiven Standort in der Stadt, die Verzögerungen sind u. a., wie auch aus anderen europäischen Städten bekannt, auch auf den Protest von Nachbarschaften an geplanten Standorten des Pilotprojektes zurückzuführen.

3. Der illegale Drogenkonsum: Aktuelle Daten mit begrenzter Aussagekraft

Ziel dieses Abschnitts ist die Darstellung eines (vereinfachten) Bild des Konsums illegaler Drogen in Belgien, und nach einer eher rückblickenden Betrachtung der Entwicklung des Drogenkonsums werden wir uns insbesondere für die aktuellen Daten interessieren, wobei hauptsächlich auf die in den internationalen und nationalen Berichten über Drogen in Belgien veröffentlichten Beschreibungen zurückgegriffen wird.

3.1 Die Entwicklung des illegalen Drogenkonsums in Belgien

Die Entwicklung des Konsums illegaler Drogen in Belgien zu schildern ist – in unseren Augen – ein einziges Hindernisrennen. Trotz verschiedener Recherchen war es schwer, Daten aus der Zeit vor 1990 zu bekommen. Die Erstellung der (oft lokalen und partiellen) Daten in Bezug auf den Drogenkonsum waren von Überlegungen über die Aids-Epidemie und über die Entwicklung der speziell auf Drogen bezogenen Maßnahmen begleitet. Das Weißbuch der französischen Gemeinschaft verdeutlicht diese Perspektive: „Bis in die 90er Jahre hinein ist sogar die Zahl der Drogenkonsumenten in der französischen Gemeinschaft in ihrer Größenordnung völlig unbekannt. Die sozialen Kosten der Drogensucht sind nicht evaluiert. Es gibt keine Erfassung der Dienststellen, der Behandlungen oder der Bedürfnisse bezüglich der Drogensucht. Außerdem wird auf dem Territorium kein Zusammentragen von epidemiologischen Daten organisiert. Die erste politische Entscheidung erklärt diese Sachlage: Das Gesetz von 1975 hat die repressive Seite privilegiert und kein Wort über die präventive und heilende Seite verloren“ (Binot/Jacques/Vanderveken 1989).

Im Allgemeinen scheint der Drogenkonsum und seine öffentliche Problematisierung in Belgien folgende Entwicklung durchlaufen zu haben: Der Opiumsüchtige des 19. Jahrhunderts, der Marihuanaraucher der 1960er und 1970er Jahre, der Klebstoffschnüffler der 1980er Jahre, der Cannabisraucher, der Heroinkonsument und der Experimentator mit synthetischen Drogen der 1990er Jahre und des ersten Jahrzehnts des neuen Jahrtausends sowie die Polytoxikomanie Ende des 20. Jahrhunderts und Anfang des 21. Jahrhunderts. Was dieses neue Jahrhundert ebenfalls charakterisiert, sind der gestiegene Erstkonsum und das Auftauchen und die Verbreitung der Injektion von Substitutionsmitteln.

Neuere soziologische und anthropologische Untersuchungen im frankophonen Belgien befassen sich insbesondere mit dem Risikoverhalten und dem Drogenkonsum in den unteren Schichten (Jamouille 2000, 2002, 2005), in den Partymilieus (Vanthournout 2001), mit der Mobilität der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen zwischen Frankreich und Belgien (Duprez/Hermant 2004; Jeanmart 2005) sowie mit den Substitutionsbehandlungen (Jeanmart 2007; Pelc et al. 2005).

3.2 Die jüngsten Tendenzen

Bezüglich des französischsprachigen Belgiens gibt es wenige relevante Zahlen. Der nationale Drogenbericht bezieht sich besonders auf die von bestimmten Einrichtungen gelieferten Zahlen, zeigt aber keine allgemeine Tendenzen auf. Wir werden also hauptsächlich nationale Zahlen vorstellen.

In Bezug auf die Prävalenz des Konsums illegaler Drogen zeigt die Untersuchung *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) bei

15-16-jährigen Schülern und Schülerinnen von 2003 insgesamt eine Lebenszeitprävalenz von 32,6 Prozent, mit einem höheren Prozentsatz bei den jungen Männern (37,2 %) als bei den jungen Frauen (28,3 %). Das heißt, in dieser Altersgruppe haben etwas ein Drittel der Schüler und Schülerinnen in Belgien zumindest einmal eine illegale Droge probiert. Nimmt man Marihuana und Haschisch heraus, so fällt die Prävalenzrate auf 7,9 Prozent für andere illegale Drogen (9,1 % der jungen Männer und 6,7 % der jungen Frauen). Diese Ergebnisse zeigen, dass Cannabis mit Abstand die am weitesten verbreitete illegale Substanz bei Jugendlichen darstellt (Sleiman/Roelands 2006).

Dem *National Health Interview Survey* (HIS)²² zufolge hatte die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in der Allgemeinbevölkerung von 2001 (11 %) bis 2004 (13 %) zugenommen (16 % bei den Männern und 10 % der Frauen 2004). Die Möglichkeit Cannabis zu probieren ist für die in der Stadt lebenden Personen (17 %) höher als für diejenigen, die in Vorstädten (12 %) oder auf dem Land (10 %) leben. 5 Prozent der Gesamtbevölkerung hatte Cannabis im vorangegangenen Jahr konsumiert (7 % der Männer und 3,2 % der Frauen). 12 Prozent dieser Konsumenten und Konsumentinnen waren im Alter von 15 bis 24 Jahren, 11 Prozent zwischen 25 und 34 Jahren und 2,3 Prozent in der Altersgruppe von 35 bis 44 Jahren. Die HIS-Untersuchung zeigt ebenfalls, dass die Lebenszeitprävalenz des unerlaubten Konsums von Beruhigungsmitteln 9,3 Prozent erreicht, wobei hier die Prävalenzrate der Frauen deutlich höher liegt als die der Männer (Sleiman/Roelands 2006).

Der Konsum von Kokain und Crack ist zurzeit nicht Gegenstand einer systematischen Untersuchung in der Gesamtbevölkerung. In den letzten Jahren scheint der Kokainkonsum bei den Jugendlichen stabil zu sein. Bezüglich des „Freizeitkonsums“ von Drogen im Partymilieu sind aber kaum Tendenzen erkennbar. Der Kokainkonsum scheint verbreiteter bei denen zu sein, die schon einmal im Gefängnis waren (ebd.).

Eine von 1999 bis 2006 in der französische Gemeinschaft von *Modus Vivendi* durchgeführten Untersuchung, bei der Daten über ein „Schneeballsystem“ in den Drogenszenen gesammelt wurden, kommt zu dem Ergebnis, dass unter den regelmäßigen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen die Injektion von Methadon, Buprenorphin und Morphin zugenommen hat (Methadon: von 1999 12 auf 28 % 2006, Buprenorphin: von 1999 12 auf 22 % 2005, Morphin: von 1999 33 auf 37 % 2006), während die Injektion von Amphetaminen (1999 12 %, 2006 13 %) stabil geblieben und von Kokain sogar gesunken ist (von 1999 58 % auf 42 % 2006). Der Anteil der Heroinkonsumenten und -konsumentinnen, die die Droge injizieren, ist demnach ebenfalls stabil geblieben (1999 54 %, 2006 53 %). Man sollte allerdings bezüglich des repräsentativen Charakters dieser Daten Bedenken anmelden.

Eine in den letzten Jahrzehnten neu entwickelte Form des Drogenkonsums in Belgien findet sich im Milieu der Techno- oder Partyszene, das sich sowohl im Hinblick auf die konsumierten Drogen als auch im Hinblick auf die Konsumformen und konsumierenden Populationen deutlich vom „klassischen“ Bild des prekarierten Drogenabhängigen von Opiaten unterscheidet (siehe Abschnitt 4).

3.3 Drogenmärkte und Drogenhandel in Belgien

2004 zeigten die Ergebnisse des Eurobarometers, dass 50 Prozent der Befragten in Belgien zwischen 15 und 24 Jahren Cannabis und 27 Prozent andere illegale Substanzen angeboten bekommen hatten (Sleiman/Roelands 2006). Der Kampf gegen die Produktion von und den Handel mit Drogen sowie gegen die Drogenkriminalität „besonders, wenn sie einen organisierten Charakter zeigen“ ist als eine der Prioritäten des neuen belgischen Sicherheitsplans (2008-2011) definiert. Er zielt hauptsächlich „1. auf die Produktion synthetischer Drogen, 2. auf den Cannabisanbau in Belgien, 3. auf den Drogenhandel (besonders den Kokainimport und die Heroin-durchfuhr) sowie 4. auf den Straßenhandel, einschließlich des Drogentourismus“ (Police fédérale 2008: 7). Der Plan beabsichtigt die „Schulung in Bezug auf die Kriminaltechnik für die entsprechenden Ermittler ... und die Investition in eine moderne Ausrüstung für die Flughäfen und Häfen, um die notwendigen Kontrollen der Flüge und der verdächtigen Reiserouten ausführen zu können“ (ebd.: 18). Eine weitere Priorität des Sicherheitsplans wird der Verkehrssicherheit bzw. der Bekämpfung von Drogen- und Alkoholkonsum am Steuer eingeräumt. Die Gesamtheit dieser Prioritäten ist mit dem vorangegangenen nationalen Sicherheitsplan (2004-2007) identisch, zudem wird ihre Übereinstimmung mit dem Drogenplan der Europäischen Union 2009-2012 betont.

Die den Drogenhandel betreffenden Zahlen werden hauptsächlich durch die Polizeidienststellen erfasst. Demnach ist in Belgien der Drogenhandel auf nationaler Ebene nicht auf eine Droge spezialisiert, sondern umfasst alle Substanzen der illegalen Märkte. Die Handelspreise der illegalen Drogen, mit Ausnahme von LSD, scheinen zwischen 2001 und 2003 leicht gesunken zu sein. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass sich in letzter Zeit die Produktion synthetischer Drogen und die Handelsaktivitäten geografisch ausgeweitet haben. Die Entdeckung einer wachsenden Zahl illegaler Labors in den letzten Jahren hat bestätigt, dass Belgien ein wichtiger Produzent synthetischer Drogen ist. Ecstasy und belgische Amphetamine werden in die USA, nach Kanada, in das Vereinigte Königreich und in letzter Zeit ebenfalls nach Australien exportiert (Sleiman/Roelands 2006). Es ist allerdings unklar, ob diese gestiegene Zahl von Entdeckungen illegaler Labors tatsächlich eine Ausweitung der Produktion widerspiegelt oder eher auf verstärkte Nachforschungen der Polizei zurückzuführen ist.

Die Polizeidienststellen berichten ebenfalls über ein neues Phänomen: Das so genannte *Multidrugs trafficking*, d. h. der Schmuggel verschiedener Drogen in einem Transport, besonders nach England. Tatsächlich ist Belgien die letzte Durchgangsstation auf einer wichtigen Route des Drogenhandels von Cannabis, Amphetaminen, Kokain und Heroin für den britischen Markt. 2004 wurde das erste Mal auch darüber berichtet, dass Drogenhändler illegale Einwanderer nach Großbritannien und Heroin zusammen transportieren würden. Schließlich sind insbesondere die Häfen von Antwerpen und Zeebrügge Haupteingänge für das Kokain auf belgischem Territorium und der Hafen von Antwerpen stellt eine wichtige Drehscheibe des internationalen Handels mit Kokain dar.

4. Die Technoszene und die Drogenexperimente²³

Südbelgien ist durch die Präsenz zahlreicher *Mega-Dancings* – „Technotempel“ – bekannt, die mit dem Drogenkonsum vor allem „neuer synthetischer Drogen“ und insbesondere Ecstasy in Verbindung gebracht werden. Diese Region, die an Wochenenden auch Tausende von französischen Jugendlichen anzieht, zeichnet sich durch eine Tradition der Mobilität der Partybesucher aus. Vor diesem Hintergrund wurde an der Universität Lille ein Forschungsprojekt über die Formen, Erfahrungen und Verläufe des Drogenkonsums in diesen Partymilieus durchgeführt, auf das sich dieser Abschnitt stützt (siehe Duprez/Hermant 2004; Duprez et al. 2005).

Auch wenn diese Untersuchung von einer Verbindung zwischen einer bestimmten Kultur mit dem Drogenkonsum ausgeht, wie sie auch in politischen Diskursen, Medien usw. immer wieder berichtet wird, so ist diese Verbindung doch keineswegs dergestalt, dass alle Besucher und Besucherinnen der Technoevents oder alle Anhänger dieser Kultur auch synthetische Drogen konsumieren. Obwohl Ecstasy schon immer als die emblematische Substanz der Technokultur dargestellt wird, galt die Aufmerksamkeit des Projekts der Gesamtheit der in diesem Milieu konsumierten Drogen und Substanzen. Tatsächlich ist z. B. in diesem Milieu, wie auch bei jeder anderen Festivität, der Konsum von Alkohol stark vertreten.

In dieser Untersuchung wurde ein Bild des Drogenkonsumenten entworfen, das sich deutlich vom klassischen Bild des prekarierten Heroinabhängigen unterscheidet:

- Die Initiation in den Konsum erfolgt bei den Drogenkonsumenten und -konsumentinnen des Partymilieus am häufigsten über die Peerkontakte, wobei das Interesse an den Drogenerfahrungen im Vordergrund steht und nicht, wie häufig in Bezug auf den Drogenkonsum in prekären Milieus festgestellt, ein ökonomisches Interesse der Integration in illegale Märkte. Allerdings ist auch in diesem Milieu der Partyszene die Entwicklung einer durch den illegalen Handel bedingten kriminellen Karriere nicht auszuschließen.

- Ähnlich wie bei der Hippiebewegung in den 1960er Jahren ist die kulturelle Einbettung des Drogenkonsums und seine Verbindung zu einem spezifischen Musikstil für die Partyszene prägend. Die konsumierte Substanz wird als ein kulturelles Werkzeug gesehen, das es ermöglicht zu feiern, zu ertragen, physische Grenzen zu erfahren, eine bestimmte geistige Verfassung zu erreichen usw., während für prekarierte Drogenkonsumenten aus dem Milieu der Vorstädte diese kulturelle Verbindung fehlt und häufig davon ausgegangen wird, dass der Drogenkonsum der Bewältigung eines prekären und durch Perspektivlosigkeit gekennzeichneten Alltags bestimmt wird.
- Demgegenüber spielt beim Drogenkonsum im Partymilieu die Suche nach einem Bruch mit dem Alltag eine wichtige Rolle. Auch in diesem Sinne spricht man dann eher von einem auf die Wochenenden begrenzten „Freizeitkonsum“ (*recreational use*) der Drogen. Allerdings besteht durchaus immer auch das Risiko, in die Versuchung zu kommen, auch während der Woche Drogen zu konsumieren, um der „alltäglichen Banalität“ zu entkommen. Die Untersuchung hat aber gezeigt, dass diese Praxis bei den meisten eher selten oder zumindest nur gelegentlich vorkommt.

Auch wenn sich der Drogenkonsum in der Technoszene grundlegend von prekären Drogenszenen zu unterscheiden scheint, so wird die Abgrenzung allerdings an den Rändern durchaus unscharf. So verweisen z. B. Duprez und Kokoreff auf Drogenkonsumenten und -händler, die auf ihrem Weg in die Niederlande, wo sie sich Heroin besorgen wollen, bei belgischen *Méga-dancings* anhalten und dort synthetische Drogen konsumieren (Duprez/Kokoreff 2000). Zwar liegt die Annahme, dass die Konsumenten und Konsumentinnen des Partymilieus überwiegend aus gutsituierten Milieus und Schichten kommen, aufgrund der hohen Eintrittspreise, der Fahrtkosten und der oft praktizierten Selektion am Eingang der *Méga-dancings* nahe, aber auch dieses ist zu nuancieren: „Wir dachten ... nur aus der Mittel- und Oberschicht stammende Personen zu treffen. ... man muss aber auch damit rechnen, Personen aus sozial schwachen Milieus zu finden. ... die Wochenenden bedeuten eine enorme finanzielle Investition für Personen, die es sich jedoch in Bezug auf ihre sozialen Verhältnisse nicht leisten können. ... Die Interviewten entwickelten besondere Strategien zu sparen, ... die für manche darin bestehen, sich besonders im Drogenhandel zu engagieren“ (Duprez/Hermant 2004: 53 f.).

Den Aussagen zufolge hat der Drogenkonsum in diesem Milieu kaum negativen Einfluss auf andere Bereiche des Lebens und nur selten leidet darunter die berufliche oder schulische Laufbahn, auch wenn sie nicht gegen gravierende negative biographische Ereignisse, sei es in Zusammenhang mit dem illegalen Handel oder mit psychischen oder physischen Nebenwirkungen des Konsums gefeilt sind. Aller-

dings befinden sich auch die Kleindealer, denen man im beobachteten Partymilieu begegnet, offenbar überwiegend nicht in einer Situation des sozialen Abstiegs.

Der Konsum von Heroin wird in diesem Milieu überwiegend als antinomisch mit der Atmosphäre der Technoparty betrachtet und sollte daher vermieden werden. Dennoch scheint auch Heroinkonsum nicht völlig ausgeschlossen. Er zeigt sich durchaus in den Drogenkarrieren und wird dann manchmal eingesetzt, um nach den langen Party-Wochenenden wieder „runterzukommen“. Im Allgemeinen wird in diesen Situationen des „chilling-outs“ aber eher Alkohol oder Cannabis konsumiert.

In dieser ethnografischen Untersuchung zeichnen sich zwei unterschiedliche Typen in Bezug auf die Motivation für das Experimentieren mit den synthetischen Drogen ab. Es gibt einerseits diejenigen, die sich auf eine Technoparty (eine Free Party, eine Diskothek oder dergleichen) wagen, um eine andere Art zu feiern zu erleben, und andererseits diejenigen, die die Technoparty als Gelegenheit sehen neue Substanzen zu probieren.

4.1 Die Entdeckung einer neuen Art zu feiern

In den Gesprächen wurde das Experimentieren mit synthetischen Drogen häufig damit begründet, mit den Drogen die ganze Nacht und den folgenden Tag feiern zu können, renommierte Diskotheken oder andere Lokalitäten kennenzulernen oder allgemein eine andere Art zu feiern zu erfahren.

In Bezug auf das erste Mal zeigen die Gespräche, dass der Konsum von Ecstasy zunächst durchaus mit Furcht besetzt ist. Bevor eine Substanz erprobt wird, erkundigen sich einige bei Personen, die damit schon Erfahrungen gemacht haben und ergänzen diese Informationen durch andere Kanäle (Internet, Presse, Broschüren usw.). Diese erste Pille wird von einem Freund oder einem Bekannten angeboten. Am häufigsten findet die erste Einnahme während einer Technoparty statt, aber selten gleich beim ersten Besuch. Ecstasy stellt häufig die erste synthetische Droge dar. Dabei ist von Bedeutung, dass die Farben, die Logos der Pillen und ihre Anwendungsform, die darin besteht sie zu „schlucken“, eine deutlich andere Konnotation als die klassische Vorstellung der Injektion von Drogen transportieren. So wird auch das in Pulver vorliegende Speed am Anfang eher selten konsumiert: Pulver zu schniefen wird mehr mit einer negativ konnotierten Gebrauchsweise assoziiert.

In der experimentellen Phase wird häufig auf Rat erfahrener Freunde oder Bekannte nur die Hälfte der Pille genommen, um dann später auch die ganze Pille zu nehmen, wenn die Erfahrungen positiv gewesen sind. Manche sprechen von einer „Spirale“, um zu erklären, dass es, sobald man die positiven Erfahrungen der Technoparty kennengelernt hat, schwer wird, daran nicht wieder teilzunehmen und den Konsum nicht zu wiederholen. Die Partys am Wochenende werden oft als Mittel zum Ausbruch aus dem Alltag beschrieben, und die Drogen sind dafür ein Mittel,

die es erlauben, sich weiter von der wirklichen Welt zu entfernen. Dem Risiko, diesen „Ausbruch“ auch während der Woche zu wagen, wird damit begegnet, dass für die Erfahrungen der Kontext eines Clubs oder anderer Formen von Technoparties wichtig ist, um die positiven Wirkungen der Drogen zu empfinden.

Wenn die Wirkungen nicht mehr so sehr geschätzt werden, entweder weil die von der ersten Ecstasytablette verschafften positiven Wirkungen nur noch als nostalgischer Rückblick in Erinnerung bleiben oder weil zu oft unangenehme Nebenwirkungen empfunden werden, entscheiden sich die Konsumenten und Konsumentinnen nicht selten zu einer anderen Substanz zu wechseln, deren Wirkungen mehr geschätzt werden, andere ziehen es vor, die Dosen zu erhöhen oder wieder andere geben dann den Drogenkonsum ganz auf.

4.2 Auf der Suche nach neuen Konsumerfahrungen

Andere betroffene Personen reizt weniger das Interesse für die Technokultur als die Neugier neue Drogen auszuprobieren. Manche kommen in die Technoszene ohne jeglichen Bezugspunkt zur Musik und der damit verbundenen Kultur. Bei diesen Personen findet das erste Experimentieren häufig ohne vorhergehende Informationen über die Substanz statt. Die fehlende soziale und kulturelle Einbettung bei diesen Drogenkonsumenten und das Fehlen einer Initiation in die Szene scheinen allerdings häufiger mit einer negativ verlaufenden Drogenkarriere verbunden zu sein. Andersrum formuliert kann man sagen, dass gerade die soziale und kulturelle Einbettung des Drogenkonsums in die Szene und die Initiation über erfahrene Freunde die Konsumenten und Konsumentinnen ein Stückweit vor der Etablierung einer absteigenden Drogenkarriere mit negativen Auswirkungen auf andere Lebensbereiche des Alltags schützt.

5. Schlusswort

In den letzten beiden Jahrzehnten hat Belgien in Bezug auf den Drogenkonsum und die Drogenpolitik bedeutende Entwicklungen erfahren, die häufig mit Veränderungen des Drogenkonsums erklärt werden. Diese Entwicklungen betreffen sowohl die Kriminal- und die Gesundheitspolitik als auch die Typen und Formen des Drogenkonsums und Drogenhandels.

Seit den 1970er Jahren haben die politischen Reaktionen auf das Drogenproblem zwischen Sicherheit, Gesundheit und Risikominimierung geschwankt. Gegenwärtig geht die Tendenz im Bereich der Repression in Richtung auf eine stärkere Unterscheidung zwischen „weichen“ und „harten“ Drogen, wobei insbesondere bei Cannabis Regelungen gefunden wurden, die tendenziell den Besitz für den Eigenkonsum nicht mehr der Verurteilung aussetzen. Im Bereich der Gesundheits- und

Sozialpolitik hat sich in den letzten Jahren eine stärkere Orientierung an Maßnahmen der Risikominderung durchgesetzt. Auch wenn teilweise der gesetzliche Rahmen für einzelne Maßnahmen nach wie vor unsicher geblieben ist, so gehören niedrigschwellige Angebote, wie Kontaktcafés und die Substitution heutzutage zum Regelangebot der Drogenhilfe in Belgien. Mit der Durchführung eines Pilotprojektes der ärztlichen Verschreibung von Heroin wird zudem auch in diesem Bereich wieder ein später Anschluss an Entwicklungen in den Nachbarländern gesucht.

Allerdings sind die Maßnahmen und Einrichtungen der Drogenpolitik in Belgien, bedingt durch den trennenden Föderalismus durch eine starke Heterogenität auf der lokalen Ebene gekennzeichnet, die kaum in eine Gesamtpolitik integriert ist. Besonders im Bereich präventiver und risikominimierender Angebote sind viele Maßnahmen und Einrichtungen aufgrund lokaler Initiativen entstanden und besitzen häufig eine zeitlich begrenzte Projektform mit unsicherer Finanzierung aus jeweils ganz unterschiedlichen Quellen.²⁴ In der Praxis bedeutet dies z. B., dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer Einrichtung der Drogenhilfe innerhalb desselben Zentrums oder derselben Struktur jeweils immer mit mehreren Finanzierungsträgern mit jeweils unterschiedlichen Prioritäten und sich z. T. widersprechenden Anforderungen konfrontiert sind.

Diese Form von Drogenhilfepolitik über Projekte, die nur für kurze Perioden subventioniert werden, setzt sich in Belgien immer mehr durch. So kam bereits 2001 ein Regierungsbericht²⁵ zu dem Ergebnis, dass „keine langfristige Vision entwickelt wird“. Der Bericht hebt ebenfalls hervor, dass durch die Zersplitterung der Finanzierung von Projekten und Maßnahmen auch eine Weiterentwicklung der Drogenpolitik erschwert wird, da z. B. „verschiedene Evaluationskriterien für verschiedene Finanzierungen angewandt werden“, was die Arbeit vor Ort nicht gerade erleichtert.

Anmerkungen

- 1 Dieser Abschnitt wurde in Zusammenarbeit mit Marie-Sophie Devresse geschrieben.
- 2 Gesetz vom 24. Februar 1921: Loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et de substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes. (Moniteur Belge [Belgisches Gesetzblatt] vom 6. März 1921).
- 3 Loi du 9 juillet 1975 modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes. (Moniteur Belge vom 26. September 1975). Belgien hat die *Single Convention on Narcotic Drugs* erst 1969 ratifiziert. Die *Single Convention* von 1961 stellt auch heute noch die zentrale völkerrechtlich verbindliche Übereinkunft über die Kontrolle der Verbreitung von Drogen dar, sie löste die noch vom Völkerbund 1912 (Haager Konferenzen) und 1925 (Genfer Konferenz) verabschiedeten Internationalen Opiumabkommen ab.

- 4 Parlamentarisches Dokument, Senat, Sitzungsperiode 1970-1971, Sitzung vom 2. März 1970, S. 290, zitiert nach Guillain/Lalieux (1995).
- 5 Guillain (2003) berichtet, dass in dieser Periode z. B. unkoordiniert hier und da „Methadonzentren“ etabliert wurden, es tauchten mehr oder weniger ausgebildete Streetworker auf, die in mehr oder weniger direktem Kontakt mit der Polizei aktiv wurden, neue, für den Kampf gegen Drogensucht spezialisierte kommunale Polizeieinheiten wurden gegründet, Projekte der Prävention in Bezug auf „Risikogruppen“ sowie Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen in Schulen entwickelt und Teams zur psychologischen Unterstützung für Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen im Kontakt mit Drogenkonsumenten gebildet.
- 6 Als „Regenbogenkoalition“ wurde in Belgien die erste Regierung von Ministerpräsident Guy Verhofstadt zwischen Juli 1999 und Juni 2003 bezeichnet, die aus der nationalen Koalition von Sozialisten, Liberalen und Grünen hervorging.
- 7 Für eine Kritik dieser Regierungsnote siehe Cauchie/Devresse (2001) und Guillain (2003).
- 8 Directive générale du collège des procureurs généraux réunis sous la présidence du ministre de la Justice relative à la politique criminelle commune en matière de toxicomanie (vom 26. Mai 1993).
- 9 Directive commune relative à la politique des poursuites communes en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites (vom 8. Mai 1998).
- 10 Kommentare und Einschätzungen dieser Richtlinie finden sich im Bericht des *Service de la politique criminelle 1998-1999* [<http://www.dsb-spc.be/web/>] sowie bei Deltenre/Lebrun (2000), Guillain (1998) und Kaminski (1998).
- 11 Der „problematische Drogenkonsument“ wird in der Richtlinie definiert über Indikatoren wie insbesondere fortgesetzter regelmäßiger Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit, Gewöhnung, schwache sozioökonomische Integration oder das Vorliegen von Krisensituationen. Als Störungen der öffentlichen Ordnung werden insbesondere Verschmutzung, Lärmbelästigung, verbale Aggressivität, Belästigung und Drogenkonsum in der Öffentlichkeit und/oder sich unter dem Einfluss von Drogen in der Öffentlichkeit aufzuhalten genannt (siehe Guillain, 2003: 14).
- 12 Directive ministérielle relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites (vom 16. Mai 2003).
- 13 Directive commune de la ministre de la Justice et du Collège des procureurs généraux relative à la constatation, l'enregistrement et la poursuite des infractions en matière de détention de cannabis (vom 25. Januar 2005).
- 14 Es wurde vorgeschlagen, „dass die von einem Arzt zugeteilten Substitutionsbehandlungen nicht sanktioniert werden können“ und „Für die Anwendung dieses Gesetzes versteht man unter Substitutionsbehandlung jede Behandlung, die darin besteht, einem Toxikomanen Betäubungssubstanzen heilender Art zu verschreiben, zu verabreichen oder auszustellen, die im Rahmen einer Therapie darauf hinzielen, seine Gesundheit und seine Lebensqualität zu bewahren und die als höchster Ziel den Entzug des Patienten verfolgt“ (von M. Lallemand eingebrachter Gesetzesvorschlag vom 24. Februar 1921, bezüglich des illegalen Handels mit giftigen, schlaffördernden, betäubenden, desinfizierenden oder antiseptischen Substanzen. Parlamentarisches Dokument, Senat, S.E. 1991-1992, Nr. 447/1).
- 15 Der Konsens bezieht sich nur auf Methadon und Buprenorphin, das insbesondere in Frankreich unter dem Namen Subutex verbreitet ist. In der Diskussion war auch Bezitramid, was aber aufgrund ungenügender wissenschaftlicher Studien über dieses Medikament abgelehnt wurde. Danach wurde Bezitramid immer weniger verschrieben und schließlich ganz vom Markt genommen (Todts 2003). In Belgien existierte eine lange Tradition der Behandlung mit Methadon, Buprenorphin wurde erst ab 2001 in Belgien vermarktet und 2003 von den Krankenkassen zugelassen.
- 16 Loi visant à la reconnaissance légale des traitements de substitution vom 22. August 2002. Moniteur Belge, 1. Oktober 2002. *Internetquelle*: [http://www.just.fgov.be/index_fr.htm].

- 17 Arrêté royal réglementant les traitements de substitution vom 19. März 2004. Moniteur Belge, 30. April 2004. *Internetquelle*: [http://www.just.fgov.be/index_fr.htm].
- 18 Arrêté royal du 6 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal du 19 mars 2004 réglementant les traitements de substitution. Moniteur Belge, 21. November 2006.
- 19 Das Programm ist in mehreren Sprachen im Internet veröffentlicht: [http://www.modusvivendi-be.org/cms/manuel_bdn.php].
- 20 Im Internet abrufbar unter: [http://www.modusvivendi-be.org/media/d_Charte_Rdr_91915.pdf].
- 21 Nach der offiziellen Pressemitteilung sind folgende Kriterien vorgesehen: Er oder sie müssen belgischer Staatsbürger oder rechtmäßig ansässiger Ausländer in Belgien sein; im Gerichtsbezirk Liège ansässig sein; mindestens 20 Jahre alt sein; seit mindestens 5 Jahren täglich Heroin konsumieren; Fixer oder Sniefer sein; mehrfach an den gegenwärtigen verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten gescheitert sein oder aufgrund seiner Situation (psychologisch, sozial, usw.) zum bestehenden Pflegeangebot keinen Zugang haben; für Frauen: Benutzung eines wirksamen Verhütungsmittels; seine und ihre Einwilligung geben.
- 22 Das Ziel dieser Untersuchung ist die regelmäßige Beschreibung des Gesundheitszustandes der belgischen Bevölkerung. Diese Untersuchung wurde bislang dreimal wiederholt (1997, 2001 und 2004). In der Untersuchung von 2004 tauchten nur Fragen über den Cannabiskonsum auf. In der Untersuchung von 2001 war die Rate der Prävalenz in Bezug auf Ecstasy und andere Drogen so gering, dass man 2004 auf diese Fragen verzichtete. Damit wird ein Grundproblem der Erfassung des Drogenkonsums über allgemeine Bevölkerungsumfragen deutlich. Selbst wenn nur nach Lebenszeitprävalenz gefragt wird, ist der Anteil zu gering, um valide Aussagen machen zu können.
- 23 Dieser Abschnitt wurde unter Mitarbeit von Séverine Hermant verfasst.
- 24 Die öffentliche Finanzierung der Hilfen für Drogenabhängige aller Art kommt in Belgien von nicht weniger als 14 verschiedenen Institutionen, die ihre Prioritäten jeweils selbst definieren.
- 25 Note politique fédérale relative à la problématique de la drogue (vom 19. Januar 2001). Der Bericht ist im Internet verfügbar unter: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_35439_FR_Belgium%20Policy%20Note%202001-%20French.pdf].

Literatur

- Anseau, Marc/Gustin, Frédéric /Hodiaumont, Fabienne/Lemaître, André/Lo Bue, Salvatore/Lorant, Vincent/Portet, Maria-Isabel/Reggers, Jean/Tyberghein, Marianne/van Deun, Paul, 2005: DHC0. Délivrance d'héroïne sous contrôle médical. Étude de faisabilité et de suivi. Gent: Academia Press.
- Binot, E./Jacques, J.-P./Vanderveken, M., 1989: Livre Blanc: Toxicomanie en Communauté française. État des lieux et recommandations (Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Communauté française de Belgique). Bruxelles: Le Généraliste.
- Cauchie, Jean-François/Devresse, Maire-Sophie, 2001: La nouvelle réglementation belge pour le cannabis. Une politique du clair-obscur. *Revue de Droit Pénal et de Criminologie* 12: 1165-1186.
- Deltenre, Samuel/Lebrun, Valérie, 2000: La nouvelle directive à l'égard des usagers de drogue: changement de politiques? Entre pénalisation de l'usage et usages de la pénalisation. *Revue de Droit pénal et de Criminologie* 5 : 534-570.
- Duprez, Dominique/Hermant, Séverine, 2004: Fêtes techno et consommation de drogues: introduction à une analyse des conduites à risques dans la région transfrontalière franco-belge (Rapport de recherche intermédiaire). Lille: Université de Lille, Clersé.

- Duprez, Dominique/Kokoreff, Michel, 2000: Les mondes de la drogue. Paris: Odile Jacob.
- Duprez, Dominique/Lamarche, Colette/Devresse, Marie-Sophie/Hermant, Séverine/Jeanmart, Caroline, 2005: Les politiques publiques au carrefour des usages de drogues transfrontaliers. Résultats d'une analyse en groupe réalisée avec des professionnels en toxicomanie belges et français. Villeneuve d'Ascq: Université de Lille, Clersé.
- Guillain, Christine, 1998: La nouvelle directive du Collège des procureurs généraux relative à la politique des poursuites en matière de drogues illicites. *Journal des procès* 352: 11-14.
- Guillain, Christine, 2003: La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues. *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1796: 48.
- Guillain, Christine/Lalieux, Karine, 1995 : De la loi sur les drogues à la répression des drogués. S. 37-61 in: *Les dossiers de la Revue de droit pénal et de criminologie 1* (Actes de la journée d'études du 22 avril 1994, Bruxelles, organisée par « Présence et action culturelles »). Bruges: La Charte.
- Jacques, Jean-Pierre/Figiel, Christian (Hrg.), 2006: Drogues et substitution. Traitements et prise en charge du sujet. Bruxelles: De Boeck.
- Jamouille, Pascale, 2000: Drogues de rue. Récits et styles de vie. Bruxelles: De Boeck.
- Jamouille, Pascale, 2002: La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risques. Bruxelles: De Boeck.
- Jamouille, Pascale, 2005: Des hommes sur le fil. La construction de l'identité masculine en milieux précaires. Paris: La Découverte.
- Jeanmart, Caroline, 2005: Des usagers de drogues et des familles. Analyse de trajectoires de recours en territoire transfrontalier franco-belge. Villeneuve d'Ascq: Université de Lille, Clersé.
- Jeanmart, Caroline, 2007: Médecins généralistes et usagers de drogues. Analyse des pratiques de part et d'autre d'une frontière (Belgique-France). Thèse de doctorat en sociologie, Université de Lille 1. Lille.
- Kaminski, Dan, 1996: Approche globale et intégrée: de l'usage politique des drogues. S. 233-242 in: de Ruyver, B./Vermeulen, G./de Leenheer, A./Marchandise, T. (Hrsg.), *Approches sécuritaire et socio-sanitaire: complémentaires ou contradictoires?* (Actes du troisième congrès national « Gestion des drogues en 2000 »). Antwerpen/Bruxelles: Maklu/Bruylant.
- Kaminski, Dan, 1998: La directive du 17 avril 1998. La troisième voie... entre la loi et le débat. *Les Cahiers de Prospective Jeunesse* 3/2 : 3-6.
- Kaminski, Dan/Mary, Philippe, 1999: Politiques (criminelles) en matière de drogues: évolution et tendances en Belgique. *Déviance et Société* 23/2 : 205-220.
- Liesse, A./Piron, V./Rwubusini, M./Hriga, F./Bastin, P./Dal, M., 2006: L'usage des drogues en Communauté française. *Rapport Communauté française 2004-2005*. Bruxelles: Eurotox.
- Pelc, Isidore/Nicaise, Pablo/Corten, Philippe/Bergeret, Isabelle/Baert, Iseult/Alvarez Irusta, Lucia/L., Casselman, Joris/Meuwissen, Karolien, 2005: Les traitements de substitution en Belgique. Développement d'un modèle d'évaluation des diverses filières de soins et de patients. Gent: Academia Press.
- Police Fédérale, 2004: Plan national de sécurité 2004-2007. (Conseil des Ministres vom 30. März 2004). Brüssel. *Internetquelle*: [http://www.just.fgov.be/fr_htm/ordre_judiciaire/parquet/plan_national_securite.pdf].

- Police Fédérale, 2008: Plan national de sécurité 2008-2011. (Conseil des Ministres vom 1. Februar 2008). Brüssel. *Internetquelle*: [<http://www.polfed-fedpol.be/pub/pdf/PNS2008-2011.pdf>].
- Rosenzweig, Michel, 1998: Les drogues dans l'histoire. Entre remède et poison. Archéologie d'un savoir oublié. Bruxelles: De Boeck.
- Sleiman Sandrine/Roelands, Marc, 2006: Belgian National Report on Drugs 2006 (National Report to the EMCDDA 2006 by the Reitox National Focal Point "BELGIUM". New Developments, Trends and In-depth information on Selected Issues. Bruxelles: Scientific Institute of Public Health. *Internetquelle*: [<http://www.iph.fgov.be/reitox/Publications/BNR06.pdf>].
- Todts, Sven, 2003: Country Reports: Belgium. S. 28-46 in: EMCDDA (Hrsg.), Legal Aspects of Substitution Treatment. An Insight into Nine EU Countries. Lissabon: EMCDDA. *Internetquelle*: [http://eldd.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10276_EN_substitution_legal.pdf].
- Vanthournout, Alain, 2001: Techno, rêves... et drogues? Rencontrer les jeunes dans les nouveaux lieux d'extase. Bruxelles: De Boeck & Belin.

Drug Policy and Practice of Drug Consumption in French-speaking Belgium

Abstract

Speaking about consumption of illegal drugs per se in Belgium is not a simple matter. In fact, the small size of the country is inversely proportional to the complexity of its institutional and political system, marked by a federalism which is moving apart through constant evolution. The article relates to the French-speaking part of the country. It does not pretend to cover the whole of the consumption of illegal drugs, but instead focuses upon certain specific features. The different ways in which drugs are used and political and health policies are described.

Caroline Jeanmart

*Public Health School
Université catholique de Louvain
30, Clos Chapelle aux Champs
1200 Bruxelles
Belgien*

caroline.jeanmart@uclouvain.be